



University of
Sistan and Baluchestan

Geography and Territorial Spatial Arrangement

Print ISSN: 2345 - 2277

Online ISSN: 2783 - 5278



Association of Geography
and Planning
of Border Areas of Iran

Explaining and Presenting an Urban Development Model Based on the Age-Friendly City Approach (Case Study: Asadabad City)

Alireza Sheikholeslami¹, Hamid Asadi²✉

1. Assistant Professor, Department of Urban Planning, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Borujerd Branch, Borujerd, Iran.

E-mail: guplan@gmail.com

2. Ph.D. Candidate in Urban Planning, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Borujerd Branch, Borujerd, Iran.

✉ E-mail: Hamidasadimayor@gmail.com



How to Cite: Sheikholeslami, A & Asadi, H. (2026). Explaining and Presenting an Urban Development Model Based on the Age-Friendly City Approach (Case Study: Asadabad City). *Geography and Territorial Spatial Arrangement*, 16 (60), 213-216.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22111/gajj.2026.56019.3364>

Article type:

Research Article

Received:

30/06/2026

Received in revised form:

19/07/2026

Accepted:

26/07/2026

Publisher online:

03/08/2026

ABSTRACT

The increasing elderly population in Asadabad and inequalities in access to urban services have intensified the need to evaluate the city's compatibility with the World Health Organization's Age-Friendly City framework. This study aimed to assess the current status of Asadabad and propose an urban development model based on the Age-Friendly City approach. This descriptive-analytical and applied research was conducted using a mixed-method (quantitative-qualitative) approach. In the quantitative phase, the statistical population consisted of 3,870 older adults aged 65 years and above residing in Asadabad (based on the 2016 census of the Statistical Center of Iran). Using Morgan's table, a sample size of 351 individuals was estimated and selected through simple random sampling. Data were collected using a researcher-made questionnaire consisting of 36 items within eight dimensions aligned with the WHO framework. Data analysis was performed using descriptive statistics and one-sample t-test at a significance level of 0.05 using SPSS software. In the qualitative phase, the Delphi technique was conducted in three rounds with the participation of 15 experts, with consensus criteria defined as a mean score above 4 out of 5 and an agreement coefficient of 70%. The findings revealed that the overall mean score of the indicators (2.03) was significantly lower than the desirable level (3) ($P < 0.001$). The most significant weaknesses were observed in supportive and healthcare services, lack of standardization in new housing construction, and inadequate physical infrastructure. Conversely, "public respect for older adults" (mean = 3.95) and "appropriate driver behavior" were identified as relative strengths. Based on the integration of quantitative findings and expert consensus, and through a reorganization process in which five Delphi-derived axes were consolidated into four final axes by merging public spaces and urban furniture axes due to their conceptual and operational overlap, the proposed urban development model is built upon four key pillars: optimization of physical infrastructure, development of specialized healthcare services, facilitation of civic and social participation of older adults, and improvement of spatial and technological accessibility with an emphasis on spatial justice. The implementation of these pillars, through citizen participation, continuous monitoring, and adequate budget allocation, can contribute to reducing social isolation, enhancing functional independence, and improving the quality of life of older adults in Asadabad; however, empirical verification of these outcomes requires longitudinal studies and post-implementation evaluations.

Keywords:

Urban Development, Age-Friendly City, Older Adults, Asadabad.



© the Author(s).

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

Extended Abstract

Introduction

Population aging, as one of the most significant demographic transformations of the 21st century, has brought extensive consequences in social, economic, spatial, and managerial domains. This phenomenon, resulting from declining fertility rates and increasing life expectancy, has simultaneously intensified the need for rethinking urban planning systems and public policy. In response to this trend, the World Health Organization (WHO) launched the Global Age-Friendly Cities project in 2007 to identify the lived experiences of older adults in various cities worldwide. The findings were organized into eight key dimensions (outdoor spaces and buildings, transportation, housing, social participation, respect and social inclusion, civic participation and employment, communication and information, and community support and health services), which gradually became the theoretical and operational foundation for age-friendly urban planning. Asadabad city, according to the latest official data from the Statistical Center of Iran, is facing population aging. The population of older adults aged 65 and above in this city increased from 2,574 in 1986 to 3,870 in 2016, indicating an increase of approximately 50% over three decades. The aging index (the ratio of the population aged 65 and above to the population under 15) also increased from 21.4% in 1986 to 23.7% in 2016, and projections indicate that this index will reach 42.5% by 2036. Despite this upward trend, access to urban services in Asadabad is accompanied by significant spatial inequalities. To date, no comprehensive study has been conducted to assess the compatibility of this city with the WHO Age-Friendly City framework and to propose a model tailored to local conditions. Therefore, this study aimed to assess the current status of Asadabad and propose an urban development model based on the Age-Friendly City approach.

Study Area

Asadabad city is the capital of Asadabad County, located in the west of Hamadan Province. It is situated 53 kilometers west of Hamadan on the communication route to Kermanshah Province. It is bordered by Qorveh County in Kurdistan Province to the north, Sonqor and Kangavar Counties in Kermanshah Province to the west, and Bahar and Tuyserkan Counties in Hamadan Province to the east. The area of Asadabad city, based on the latest comprehensive and detailed urban plans, is estimated at approximately 900 hectares. According to the 2016 census, the population of this city was 53,708, indicating a relative density of about 60 persons per hectare. The average elevation of Asadabad is 1,607 meters above sea level. Politically, Asadabad County has 3 cities (Asadabad, Ajin, and Paliz), 2 districts (Central and Pir-Salman), 6 rural districts, and 99 inhabited villages. The population of older adults aged 65 and above in this city in 2016 was 3,870.

Material and Methods

This research is applied in terms of purpose and descriptive-analytical in nature, with a mixed-method (quantitative-qualitative) sequential exploratory approach. In the quantitative phase, the statistical population consisted of 3,870 older adults aged 65 and above residing in Asadabad (based on the 2016 census). Using Morgan's table, a sample size of 351 individuals was estimated and selected through stratified simple random sampling (with proportional allocation in four city districts). Data were collected using a researcher-made questionnaire consisting of 36 items within eight dimensions aligned with the WHO framework on a five-point Likert scale. Content validity was confirmed using CVR/CVI method (with 10 experts' approval) and face validity through a pilot test on 30 older adults. The overall reliability of the questionnaire was calculated with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84, with reliability ranges for the dimensions between 0.735 and 0.930. Data analysis was performed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and one-sample t-test at a significance level of 0.05 using SPSS software, with the numerical value of 3 considered as the desirable level (cut-off point) on the Likert scale. In the qualitative phase, the Delphi technique was conducted in three consecutive rounds with the participation of 15 experts in the fields of urban planning, urban design, transportation, and elderly services (selected purposefully based on criteria of expertise, experience, familiarity with the city, and disciplinary diversity). Consensus criteria were defined as a mean score above 4 out of 5 and an agreement coefficient above 70%. Finally, by integrating the findings of the two phases in three steps (identifying significant gaps from the quantitative phase, expert prioritization from the qualitative phase, and reorganization of the eight WHO dimensions into four strategic axes), the final urban development model based on the Age-Friendly City approach was extracted.

Result and Discussion

The findings revealed that the overall mean score of the age-friendly city indicators in Asadabad (2.03) was significantly lower than the desirable level (3) ($P < 0.001$). The most significant weaknesses were observed in supportive and specialized healthcare services for older adults (mean = 1.42, indicating the lack of home care infrastructure, physiotherapy, and psychological counseling), lack of standardization in new housing construction (mean = 1.65, indicating construction without adherence to universal design principles), inadequate physical infrastructure including green spaces, safe sidewalks and access to banks and clinics, and inefficient public transportation. Conversely, two relative strengths were identified: "public respect for older adults" (mean = 3.95) and "appropriate driver behavior" (mean = 3.68), indicating the presence of positive social capital in the local community. The results of the one-sample t-test showed that all eight indicators were significantly below the desirable level. Based on the severity of the gap, social participation (difference = -1.23), civic participation and employment (difference = -1.20), and supportive and healthcare services (difference = -1.20) were identified as top priorities for intervention. In the qualitative phase, the Delphi technique revealed that experts confirmed four areas as top intervention priorities: public transportation (mean = 4.61, agreement coefficient = 86%), street safety (mean = 4.49, agreement coefficient = 83%), healthcare services (mean = 4.35, agreement coefficient = 81%), and urban furniture (mean = 4.32, agreement coefficient = 79%). Notably, the transportation indicator, despite having a smaller gap in the quantitative findings (difference = -0.63 compared to -1.23 for social participation), received the highest priority from experts, indicating the strategic importance of transportation in the quality of life of older adults. These findings are consistent with the results of previous research in Tabriz, Kermanshah, and Varamin, indicating that inadequacy in achieving age-friendly cities is a general issue in Iran's urban planning system. However, in the intermediate city of Asadabad, due to regional imbalance in service distribution, the gap in physical infrastructure and specialized services is deeper than in metropolises. Based on the integration of quantitative findings and expert consensus, and through a reorganization process in which five Delphi-derived axes were consolidated into four final axes by merging public spaces and urban furniture axes due to their conceptual and operational overlap, the proposed urban development model is built upon four key pillars: (1) optimization of physical infrastructure through improving public spaces, constructing safe sidewalks, creating accessible parks, and applying universal design principles in new housing; (2) development of specialized healthcare services including establishing elderly clinics, home care services, mobile health units, and training healthcare staff; (3) facilitation of civic and social participation through forming an elderly council, intergenerational programs, volunteer activities, and campaigns to combat age stereotypes; and (4) improvement of spatial and technological accessibility through appropriate public transportation, simplification of administrative processes, user-friendly applications, and digital literacy training for older adults.

Conclusion

This research, utilizing a mixed-method (quantitative-qualitative) approach and integrating survey data from 351 older adults with the opinions of 15 experts, successfully identified significant gaps in the eight dimensions of the age-friendly city in Asadabad and presented an urban development model based on the Age-Friendly City approach. The scientific contribution of this research can be explained at two levels: first, identifying the gap pattern in the intermediate city of Asadabad, which showed that contrary to metropolises, in this city social capital (public respect with a mean of 3.95 and driver behavior with a mean of 3.68) is relatively favorable, but the gap in physical infrastructure and specialized services (with a mean of 1.42) is much deeper, revealing the need for differentiated planning for intermediate cities; second, presenting a methodology for transforming the eight WHO dimensions into an operational model through a three-step integration process that can serve as a model for other intermediate cities in Iran. The proposed model consists of four strategic axes (optimization of physical infrastructure, development of specialized healthcare services, facilitation of civic and social participation, and improvement of spatial and technological accessibility) which, through citizen participation, continuous monitoring, and adequate budget allocation, can contribute to reducing social isolation, enhancing functional independence, and improving the quality of life of older adults in Asadabad. Future research should address longitudinal evaluation of the effects of these interventions, comparative studies in other intermediate cities of Iran, and analysis of the role of moderating variables such as literacy, income, and family support in older adults' perception of age-friendliness.

Key words: Urban Development, Age-Friendly City, Older Adults, Asadabad.

References

- Barzanjeh Atri, Shirin; Asrari, Basmanj, Hassan; Sheikhejad, Leila; Asghari Jafarabadi, Mohammad; Hosseinzadeh, Mina and Jabarzadeh Tabrizi, Frank. (2022). The views of the elderly on the components of age-friendly cities: A cross-sectional study. *Health Image*, 13(3), 296-310. SID. [HTTPS://SID.IR/PAPER/1020545/FA](https://sid.ir/paper/1020545/fa) (In Persian)
- Den Ouden, M. E. M., Schuurmans, M. J., Arts, I. E. M. A., & van der Schouw, Y. T. (2011). Physical performance characteristics related to disability in older persons: A systematic review. *Maturitas*, 69(3), 208-219. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.04.008>
- Fainstein, Susan S. 2008. Mega-projects in New York, London and Amsterdam. *International Journal of Urban and Regional Research* 32 (4): 768-785. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.2008.00826.x>
- Gehl, Jan.(2010). *Cities for People*. Washington: Island Press, 269 pp. ISBN 978-1-58726-573-7.
- Harvey, D. (2008). The right to the city. *New Left Review*, 53, 23-40. <https://davidharvey.org/media/righttothecity.pdf>
- Hossein Gholizadeh, Reza; Rahnama, Mohammad and Barghamdi, Hassan. (2012). Evaluation of Age-Friendly City Indicators in Urban Areas of Mashhad. *Geography and Development*, 18(60), 374-395. Doi:10.22059/JHGR.2015.51385 (In Persian)
- Hosseini, Hatam. (2012). Demographic Analysis of Population Aging in Iran. *Iranian Demographic Association Letter*, 7(13), 7-32. [HTTPS://WWW.JPAIASSOC.IR/ARTICLE_722463.HTML](https://www.jpaiassoc.ir/article/722463.html) (In Persian)
- Hosseinzadeh Dalir, Karim, Pishnamaz Ahri, Saeideh. (2018). Identifying the factors influencing the planning and design of an age-friendly city: a case study of Tabriz metropolis. *Research on the Geography of Urban Planning*, 11(4), 42-65. Doi:10.22111/GAIJ.2023.43471.3060 (In Persian)
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin*, 60(1), 1-42. https://www.researchgate.net/publication/239586880_Global_Aging_The_Challenge_of_Success
- Mousavi, Mirnajaf and Bayramzadeh, Nima. (2024). Analysis of population aging trends in the countries of the Indian subcontinent. *Subcontinental Studies*, published online. Doi:10.22111/jsr.2024.47248.2392 (In Persian)
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Human aging: Universal changes in a later life and factors affecting healthy human aging. *Science*, 277(5327), 1433-1438. <https://scispace.com/pdf/john-rowe-and-robert-kahn-1997-successful-ageing-the-gjfg8nop9j.pdf>
- Soja, Edward W. (2010). *Seeking Spatial Justice*. University of Minnesota Press. <https://www.upress.umn.edu/9780816666683/seeking-spatial-justice/>
- Tabrizi, Nazanin; Nozrasal, Sahand; Naqvi, Maryam and Esmaeili, Majid. (2018). Measuring the attitude of elderly tourists towards Mashhad city in terms of age-friendly city indicators. *Urban Tourism Journal*, 5(3), 83-99. Doi:10.22059/JUT.2018.235473.337 (In Persian)
- United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). (2016). *World Cities Report 2016: Urbanization and development - emerging futures*. United Nations. <https://unhabitat.org/world-cities-report>
- United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). (2016). *The New Urban Agenda*. United Nations. <https://habitat3.org/the-new-urban-agenda/>
- Wolfgang F. E. Preiser, Elaine Ostroff (2001). *Universal design guidelines*. Center for Universal Design, North Carolina State University. https://books.google.com/books/about/Universal_Design_Handbook.html?id=s9FHAQAAIAAJ
- World Health Organization (WHO). (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Global strategy and action plan on ageing and health 2013–2020*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Geneva: WHO Press.

تبیین و ارائه الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند (نمونه موردی: شهر اسدآباد)

علیرضا شیخ الاسلامی^۱، حمید اسدی^{۲*}

مقاله پژوهشی

چکیده

افزایش جمعیت سالمند در شهر اسدآباد و نابرابری در دسترسی به خدمات شهری، ضرورت سنجش تطابق این شهر با مؤلفه‌های شهر دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت را دوچندان ساخته است. پژوهش حاضر، با هدف تبیین وضعیت موجود و ارائه الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند، در اسدآباد انجام شده است. این پژوهش از نظر ماهیت، توصیفی-تحلیلی و از نظر هدف، کاربردی است و با رویکرد ترکیبی (کمی-کیفی) انجام شده است. در بخش کمی، جامعه آماری شامل ۳۸۷۰ سالمند ۶۵ سال و بالاتر ساکن اسدآباد بود (براساس آمار سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران) که براساس جدول مورگان، حجم نمونه ۳۵۱ نفر برآورد و با روش تصادفی ساده انتخاب شد. گردآوری داده‌ها، با پرسش‌نامه محقق ساخته (۳۶ گویه در قالب ۸ شاخص منطبق بر چارچوب WHO) انجام گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون «t تک‌نمونه‌ای» با سطح معنی‌داری ۰.۰۵ در نرم‌افزار «SPSS» انجام شد. در بخش کیفی، تکنیک دلفی در سه مرحله با مشارکت ۱۵ خبره اجرا و معیار اجماع، میانگین بالاتر از ۴ از ۵ و ضریب توافق ۷۰ درصد در نظر گرفته شد. یافته‌ها نشان‌دهنده میانگین کلی شاخص‌ها (۲/۰۳) به‌طور معناداری پایین‌تر از سطح مطلوب (۳) است ($P < 0.001$). بیشترین ضعف‌ها، در حوزه خدمات حمایتی و درمانی، عدم استانداردسازی مسکن‌های جدید و کمبود زیرساخت‌های فیزیکی مشاهده شد. در مقابل، «احترام عمومی مردم» (میانگین ۳/۹۵) و «رفتار مناسب رانندگان»، به‌عنوان نقاط قوت نسبی گزارش گردید. بر پایه تلفیق نتایج کمی و اجماع خبرگان، الگوی توسعه شهری پیشنهادی بر چهار محور کلیدی استوار است: بهینه‌سازی زیرساخت‌های فیزیکی، توسعه خدمات بهداشتی تخصصی، تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی سالمندان و بهبود دسترسی‌های فضایی و فناوریانه با تأکید بر عدالت فضایی. اجرای این محورها می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان اسدآباد باشد.

جغرافیا و آمایش شهری- منطقه‌ای
پاییز ۱۴۰۵، سال ۱۶، شماره ۶۰
تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴
تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۵/۱۲
صفحات: ۲۴۰-۲۱۳



واژه‌های کلیدی:
توسعه شهری، شهر دوستدار سالمند، سالمند، اسدآباد.

مقدمه

سالمندی جمعیت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن بیست و یکم، پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، فضایی و مدیریتی به‌همراه داشته است. این پدیده که ناشی از کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی است، اگرچه از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران، بازتابی از موفقیت سیاست‌های بهداشت عمومی و ارتقای رفاه اجتماعی تلقی می‌شود (موسوی و بایرام‌زاده، ۱۴۰۳)، اما هم‌زمان ضرورت بازاندیشی در نظام برنامه‌ریزی شهری و سیاست‌گذاری عمومی را دوچندان ساخته است؛ زیرا تأمین نیازهای مالی، خدمات سلامت، حمایت‌های اجتماعی، امنیت، تحرک‌پذیری، روابط عاطفی و مشارکت اجتماعی این گروه، مستلزم طراحی مداخلات هدفمند و آینده‌نگر است (حسین‌زاده دلیر و پیشنهادی، ۱۴۰۲: ۴۲).

در پاسخ به این روند، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ با همکاری آژانس بهداشت عمومی کانادا، پروژه جهانی

*guplan@gmail.com

۱- استادیار گروه شهرسازی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، بروجرد، ایران.

۲- دانشجوی دکتری رشته شهرسازی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، بروجرد، ایران. (نویسنده مسئول)
Hamidasadimayor@gmail.com

شهرهای دوستدار سالمند را با هدف شناسایی تجارب زیسته سالمندان در شهرهای مختلف جهان آغاز کرد. جامعه آماری این پروژه را سالمندان ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می‌دادند و یافته‌های آن در قالب هشت محور کلیدی سامان‌دهی شد؛ محورهایی که به تدریج به مبنای نظری و اجرایی برنامه‌ریزی برای شهرهای دوستدار سالمند تبدیل شدند (تبریزی و همکاران، ۱۳۹۷: ۸۶). شبکه جهانی شهرها و جوامع دوستدار سالمند در سال ۲۰۱۰ با مأموریت توسعه تبادل تجربه، ترویج الگوهای موفق و پشتیبانی از راهکارهای نوآورانه و مبتنی بر شواهد شکل گرفت. براساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت، جامعه دوستدار سالمند، جامعه‌ای است که در آن تفاوت‌های فردی و ظرفیت‌های متنوع سالمندان به رسمیت شناخته می‌شود؛ مشارکت آنان در عرصه‌های مختلف زندگی اجتماعی ارتقا می‌یابد؛ به انتخاب‌ها و سبک زندگی آنان احترام گذاشته می‌شود و نیازها و اولویت‌های وابسته به سن به صورت منعطف و پاسخگو مورد توجه قرار می‌گیرد (WHO, 2007).

اهمیت محیط شهری در کیفیت زندگی سالمندان را می‌توان در چارچوب دیدگاه‌های ارتقای سلامت نیز تبیین کرد. سازمان جهانی بهداشت، در منشور اتاوا (۱۹۸۶) تصریح می‌کند که سلامت افراد از محیط زندگی روزمره آنان منفک نیست و به شدت از بسترهای اجتماعی، کالبدی و محیطی تأثیر می‌پذیرد (برزجه عطری و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۰۰). از این رو، طراحی و برنامه‌ریزی فضاهای شهری متناسب با نیازهای سالمندان، می‌تواند به ارتقای تعاملات اجتماعی، افزایش استقلال فردی، تقویت حس ارزشمندی و بهبود سلامت جسمی و روانی آنان منجر شود. تحقق این هدف، مستلزم شناخت وضعیت موجود، ارزیابی میزان انطباق محیط شهری با نیازهای سالمندان و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر شرایط محلی است (حسین‌قلی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹: ۳۷۴).

شهر اسدآباد، براساس آخرین داده‌های رسمی مرکز آمار ایران، با پدیده سالمندی جمعیت مواجه شده است. مطابق سرشماری‌های انجام‌شده، جمعیت سالمندان ۶۵ سال و بالاتر این شهر از ۲۵۷۴ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۳۸۷۰ نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده است که بیانگر افزایش حدود ۵۰ درصدی در طول سه دهه است. شاخص سالخوردگی (نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر به جمعیت زیر ۱۵ سال) نیز از ۲۱/۴ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۲۳/۷ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته و پیش‌بینی‌ها براساس نرخ رشد دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۵ نشان می‌دهد که این شاخص تا سال ۱۴۰۵ به ۳۱/۶ درصد و تا سال ۱۴۱۵ به ۴۲/۵ درصد خواهد رسید؛ به عبارت دیگر، در افق ۱۴۱۵، از هر سه نفر جمعیت شهر، یک نفر بالای ۶۵ سال خواهد بود.

با وجود این روند صعودی، دسترسی به خدمات شهری در اسدآباد، با نابرابری‌های فضایی قابل توجهی همراه است. بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد که توزیع مراکز خدماتی، درمانی، حمل‌ونقل و فضاهای عمومی در سطح محلات شهر، متوازن نیست و این نابرابری، سالمندان را به عنوان گروهی با محدودیت‌های حرکتی و عملکردی، بیشتر از سایر گروه‌های سنی تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال، تاکنون مطالعه‌ای جامع برای سنجش میزان تطابق این شهر با مؤلفه‌های شهر دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت و ارائه الگوی متناسب با شرایط محلی انجام نشده است؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تبیین وضعیت موجود و ارائه الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند در شهر اسدآباد، انجام شده است. الگوی پیشنهادی در این پژوهش، به مثابه چارچوبی عملیاتی متشکل از چهار محور راهبردی (زیرساخت‌های فیزیکی، خدمات بهداشتی، مشارکت اجتماعی و دسترسی‌های فضایی و فناوری) تعریف می‌شود که هر محور، مشتمل بر مجموعه‌ای از اقدامات، شاخص‌های پایش و نهادهای متولی اجراست. این الگو، بر پایه تلفیق یافته‌های کمی (شکاف‌های معنادار در هشت شاخص WHO) و خروجی تکنیک

دلفی (اولویت‌های خبرگان) تدوین شده و به‌منزله چارچوبی برای تصمیم‌سازی و تخصیص منابع در برنامه‌ریزی شهری اسدآباد طراحی گردیده‌است. پژوهش، ضمن شناسایی شکاف میان وضعیت موجود و مطلوب، به‌دنبال ارائه راهکارهای عملیاتی و مداخلات هدفمند در چهار محور کلیدی است تا بتواند گامی مؤثر در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و تحقق عدالت فضایی در این شهر بردارد.

ضرورت انجام این پژوهش از آن‌جا ناشی می‌شود که بدون شناخت دقیق از وضعیت موجود (مستند بر داده‌های سرشماری و پیمایش) و اولویت‌بندی نیازها (براساس اجماع خبرگان)، هرگونه برنامه‌ریزی و تخصیص منابع ممکن است از کارآمدی لازم برخوردار نباشد و حتی به تشدید نابرابری‌های موجود دامن‌بزند.

مرور ادبیات نشان می‌دهد که موضوع شهر دوستدار سالمند در سال‌های اخیر، در ابعاد مختلفی چون: سلامت روان، مشارکت اجتماعی، عدالت فضایی، دسترسی‌پذیری، کیفیت محیط شهری و سیاست‌گذاری عمومی مورد توجه قرار گرفته‌است. در این بخش، ابتدا پیشینه تجربی پژوهش‌های خارجی و سپس مطالعات داخلی بررسی می‌شود.

توسعه شهری در این پژوهش، نه به‌مثابه رشد کمی و گسترش افقی شهر، بلکه به‌عنوان فرایندی کیفی، چندبعدی و عدالت‌محور مفهوم‌سازی می‌شود که بر بهبود کیفیت زیست‌پذیری، دسترسی‌پذیری، مشارکت‌پذیری و تاب‌آوری محیط شهری برای تمامی گروه‌های سنی، با تأکید ویژه بر گروه‌های آسیب‌پذیر، استوار است. این مفهوم‌سازی، مبتنی بر پارادایم توسعه انسان‌محور^۱ و عدالت فضایی^۲ در برنامه‌ریزی شهری است که بر توزیع عادلانه خدمات، زیرساخت‌ها و فرصت‌ها در سطح شهر و محلات تأکید دارد (Fainstein, 2008; Harvey, 2008). از این منظر، توسعه شهری زمانی تحقق می‌یابد که محیط کالبدی، خدمات عمومی، نظام حمل‌ونقل، فضاهای اجتماعی و ساختارهای تصمیم‌گیری، به‌گونه‌ای سامان یابند که نیازهای متنوع گروه‌های جمعیتی، به‌ویژه سالمندان را پاسخگو باشند و به کاهش نابرابری‌های فضایی و اجتماعی بینجامند.

شهر دوستدار سالمند، در چارچوب نظری سازمان جهانی بهداشت، صرفاً یک برنامه خدمات رفاهی یا مجموعه‌ای از استانداردهای کالبدی نیست؛ بلکه رویکردی جامع به برنامه‌ریزی و مدیریت شهری است که بر بازطراحی ساختارهای فضایی، نهادی و اجتماعی شهر براساس نیازهای سالمندان تأکید دارد (WHO, 2007). این رویکرد، در سطح نظری، با پارادایم "توسعه شهری فراگیر"^۳ هم‌پوشانی دارد که بر حق همه شهروندان برای دسترسی برابر به فرصت‌ها، خدمات و فضاهای شهری تأکید می‌کند (UN-Habitat, 2016).

ارتباط مفهومی میان توسعه شهری و شهر دوستدار سالمند، در چهار سطح قابل تبیین است (جدول ۱).

جدول ۱- سطوح ارتباط میان توسعه شهری و شهر دوستدار سالمند

سطح	مؤلفه توسعه شهری	مؤلفه متناظر در شهر دوستدار سالمند
کالبدی-فضایی	توزیع عادلانه خدمات، دسترسی‌پذیری، اختلاط کاربری‌ها	فضاهای باز، حمل‌ونقل، مسکن، مبلمان شهری
اجتماعی-مشارکتی	انسجام اجتماعی، مشارکت شهروندی، سرمایه اجتماعی	مشارکت اجتماعی، احترام و شمول، مشارکت مدنی
خدماتی-کارکردی	کیفیت خدمات عمومی، زیرساخت‌های سلامت و رفاه	خدمات حمایتی و بهداشتی، ارتباطات و اطلاعات
نهادی-مدیریتی	حکمرانی شهری، تصمیم‌گیری مشارکتی، عدالت رویه‌ای	مشارکت مدنی، شمول اجتماعی در تصمیم‌گیری‌ها

(منبع: مطالعات نگارنده، ۱۴۰۵)

^۱ Human-Centered Development

^۲ Spatial Justice

^۳ Inclusive Urban Development

از این منظر، شهر دوستدار سالمند نه یک برنامه موازی با توسعه شهری، بلکه یکی از پیشران‌های اصلی تحقق توسعه شهری فراگیر و عدالت‌محور تلقی می‌شود؛ زیرا هرگونه توسعه شهری که نیازهای سالمندان (به‌عنوان یک سوم جمعیت در افق ۱۴۱۵) را نادیده بگیرد، نه تنها "عدالت‌محور" نیست، بلکه ناپایدار و ناکارآمد نیز خواهد بود. پرسش اساسی این است که چگونه هشت مؤلفه شهر دوستدار سالمند WHO می‌توانند به یک "الگوی توسعه شهری" تبدیل شوند؟ پاسخ، در دو ویژگی کلیدی این مؤلفه‌ها نهفته است:

نخست: این مؤلفه‌ها صرفاً شاخص‌های ارزیابی وضعیت موجود نیستند، بلکه هر یک به‌طور مستقیم به یکی از ابعاد اساسی برنامه‌ریزی شهری (کالبدی، حمل‌ونقل، مسکن، خدمات عمومی، مشارکت اجتماعی، حکمروایی، ارتباطات و سلامت عمومی) اشاره دارند. به عبارت دیگر، این هشت مؤلفه، حوزه‌های کلیدی مداخله در نظام برنامه‌ریزی شهری را مشخص می‌کنند.

دوم: در این پژوهش، "الگوی توسعه شهری" به‌مثابه چارچوبی عملیاتی تعریف می‌شود که

۱- محورهای راهبردی مداخله را مشخص می‌کند (چهار محور مستخرج از تلفیق یافته‌های کمی و دلفی).

۲- اقدامات اجرایی هر محور را تعیین می‌نماید.

۳- نهادهای متولی و شاخص‌های پایش را معرفی می‌کند.

۴- مراحل زمانی و اولویت‌بندی مداخلات را مشخص می‌سازد.

بنابراین، الگوی پیشنهادی این پژوهش، حاصل فرایند تلفیق و بازآرایی هشت مؤلفه WHO در چهار محور راهبردی است که براساس شکاف‌های معنادار (یافته‌های کمی) و اولویت‌های خبرگان (خروجی دلفی) دسته‌بندی و اولویت‌بندی شده‌اند. این بازآرایی، مؤلفه‌های پراکنده WHO را در قالب مجموعه‌ای منسجم از راهبردهای توسعه شهری سامان می‌دهد که قابلیت اجرا، پایش و ارزشیابی دارند.

براساس داده‌های سرشماری (۱۳۶۵-۱۳۹۵)، شاخص سالخوردگی شهر اسدآباد از ۲۱/۴ درصد در ۱۳۶۵ به ۲۳/۷ درصد در ۱۳۹۵ رسیده (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵) و پیش‌بینی می‌شود تا ۱۴۱۵ به ۴۲/۵ درصد افزایش یابد (محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵). این تحول جمعیتی، شهر اسدآباد را با چالش جدی در نظام توسعه شهری مواجه می‌سازد؛ زیرا ساختار کالبدی، شبکه حمل‌ونقل، توزیع خدمات، فضاهای عمومی و نظام تصمیم‌گیری این شهر، عمدتاً براساس نیازهای جمعیت جوان و میانسال طراحی شده و با نیازهای روبه‌رشد سالمندان هم‌خوانی ندارد. از سوی دیگر، نبود الگوی بومی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند در شهرهای میانی ایران، این چالش را تشدید کرده‌است؛ زیرا مدیران و برنامه‌ریزان شهری، فاقد چارچوب تصمیم‌سازی مشخصی برای پاسخ به این تحول جمعیتی هستند؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پرکردن این شکاف نظری-کاربردی، به تبیین وضعیت موجود و ارائه الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند در اسدآباد پرداخته‌است.

مبانی نظری و چارچوب مفهومی پژوهش

❖ مفهوم‌سازی توسعه شهری

پیش از پرداختن به مؤلفه‌های شهر دوستدار سالمند، ضروری است مفهوم "توسعه شهری" در این پژوهش تعریف شود؛ زیرا عنوان مقاله بر "ارائه الگوی توسعه شهری" تأکید دارد و بدون تعریف روشن از این مفهوم، منطق استخراج الگو مبهم خواهد ماند.

"توسعه شهری" در این پژوهش، نه به مثابه رشد کمی و گسترش افقی شهر (که در ادبیات برنامه‌ریزی با عنوان "رشد شهری" از آن یاد می‌شود)، بلکه به عنوان فرایندی کیفی، چندبعدی و عدالت‌محور مفهوم‌سازی می‌شود که بر بهبود کیفیت زیست‌پذیری، دسترسی‌پذیری، مشارکت‌پذیری و تاب‌آوری محیط شهری برای تمامی گروه‌های سنی، با تأکید ویژه بر گروه‌های آسیب‌پذیر، استوار است (Fainstein, 2008; UN-Habitat, 2016). این مفهوم‌سازی مبتنی بر سه پارادایم نظری است (جدول ۲).

جدول ۲- پارادایم نظری مفهوم توسعه شهری

پارادایم نظری	مبانی مفهومی	دلالت برای پژوهش حاضر
توسعه انسان‌محور	شهر باید براساس نیازهای واقعی ساکنان طراحی شود، نه صرفاً براساس ملاحظات اقتصادی یا کالبدی (Gehl, 2010)	سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های اصلی کاربران شهر، باید محور تصمیم‌گیری‌های توسعه شهری قرار گیرند.
عدالت فضایی	توزیع عادلانه خدمات، زیرساخت‌ها و فرصت‌ها در سطح شهر و محلات (Harvey, 2008; Soja, 2010)	شناسایی و کاهش نابرابری‌های فضایی در دسترسی سالمندان به خدمات شهری
توسعه فراگیر	حق همه شهروندان برای دسترسی برابر به فرصت‌ها، خدمات و فضاهای شهری (UN-Habitat, 2016)	طراحی الگویی که نیازهای متنوع سالمندان را در تمامی ابعاد (کالبدی، اجتماعی، خدماتی) پوشش دهد.

(منبع: مبانی نظری پژوهش (مطالعات نگارنده)، ۱۴۰۵)

از این منظر، توسعه شهری زمانی تحقق می‌یابد که محیط کالبدی، خدمات عمومی، نظام حمل‌ونقل، فضاهای اجتماعی و ساختارهای تصمیم‌گیری به گونه‌ای سامان‌یابند که نیازهای متنوع گروه‌های جمعیتی، به ویژه سالمندان (که به دلیل محدودیت‌های عملکردی، آسیب‌پذیرترین گروه کاربران شهری محسوب می‌شوند)، را پاسخگو باشند و به کاهش نابرابری‌های فضایی و اجتماعی بینجامند.

❖ سالمندی جمعیت و نسبت آن با توسعه شهری

سالمندی جمعیت، پدیده‌ای ساختاری در تحولات جمعیت‌شناختی معاصر است که در نتیجه گذار از سطوح بالای باروری و مرگ‌ومیر به سطوح پایین‌تر ایجاد می‌شود. در این فرایند، سهم جمعیت جوان کاهش می‌یابد و در مقابل، نسبت جمعیت سالمند در ساختار جمعیتی افزایش پیدا می‌کند (Kinsella & Phillips, 2005). این تحول، به ویژه در کشورهای در حال توسعه با شتاب فزاینده‌ای در حال وقوع است و به یکی از چالش‌های بنیادین اجتماعی، اقتصادی و فضایی عصر حاضر تبدیل شده است (حسینی، ۱۳۹۱).

نسبت سالمندی جمعیت با توسعه شهری در سه سطح قابل تبیین است (جدول ۳).

۱-Urban Development

۲-Urban Growth

جدول ۳- سالمندی جمعیت با توسعه شهری

سطح	نسبت با توسعه شهری	پیامد برای برنامه‌ریزی شهری
سطح کالبدی	افزایش جمعیت سالمند، تقاضا برای فضاهای قابل دسترس، مسکن مناسب، حمل‌ونقل عمومی و مبلمان شهری را افزایش می‌دهد	نیاز به بازطراحی معابر، پیاده‌روها، ساختمان‌های عمومی و فضاهای سبز براساس اصول طراحی جهانی
سطح اجتماعی - کارکردی	سالمندان نیازمند دسترسی آسان به خدمات درمانی، حمایتی، فرهنگی و مشارکتی هستند	ضرورت توزیع متوازن خدمات در سطح محلات و کاهش فاصله سفرهای شهری
سطح نهادی - مدیریتی	سالمندان باید در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با توسعه شهری مشارکت داده‌شوند	ضرورت ایجاد نهادهای مشارکتی (شورای سالمندان، برنامه‌های بین‌نسلی) و بازنگری در فرایندهای تصمیم‌گیری

(منبع: حسینی، ۱۳۹۱)

بنابراین، سالمندی جمعیت نه یک مسئله صرفاً جمعیت‌شناختی یا رفاهی، بلکه چالشی بنیادین برای نظام توسعه شهری است که پاسخگویی به آن مستلزم بازنگری در سیاست‌های کالبدی، خدماتی، اجتماعی و نهادی شهر است.

❖ سالمندی فعال و دلالت‌های آن برای توسعه شهری

سالمندی نباید صرفاً به مثابه مرحله‌ای از افول زیستی و کناره‌گیری اجتماعی در نظر گرفته‌شود؛ بلکه باید آن را دوره‌ای از زندگی دانست که با وجود برخی محدودیت‌های عملکردی، همچنان ظرفیت‌های متعددی برای مشارکت، تعامل، یادگیری و حضور اجتماعی در آن وجود دارد. مفهوم "سالمندی موفق" بر تداوم مشارکت فعال سالمندان در زندگی اجتماعی و حفظ کیفیت زندگی آنان تأکید می‌کند (Rowe & Kahn, 1997). در امتداد این رویکرد، مفهوم «سالمندی فعال» که از سوی سازمان جهانی بهداشت ترویج شده‌است، بر بهینه‌سازی فرصت‌های مرتبط با سلامت، مشارکت و امنیت به منظور ارتقای کیفیت زندگی در دوران سالمندی تمرکز دارد (WHO, 2007).

سالمندی فعال، مستلزم سه شرط اساسی در محیط شهری است:

- ۱- امکان‌پذیری فیزیکی: محیط شهری باید به گونه‌ای طراحی شود که سالمندان بتوانند با حداقل محدودیت، تردد، دسترسی و حضور در فضاهای عمومی داشته‌باشند. تغییرات فیزیولوژیک نظیر: کاهش قدرت بینایی، شنوایی، تعادل، استقامت جسمی و سرعت واکنش، ضرورت بازنگری در الگوهای طراحی شهری را برجسته می‌سازد.
 - ۲- دسترسی‌پذیری خدماتی: خدمات سلامت، حمایت اجتماعی، فرهنگی و تفریحی باید در فاصله قابل دسترس از محل سکونت سالمندان قرار گیرند.
- مشارکت‌پذیری اجتماعی: فضاها و نهادهای شهری باید زمینه‌ساز مشارکت اجتماعی، مدنی و اقتصادی سالمندان باشند (Den Ouden et al., 2011).

بنابراین، سالمندی فعال تنها زمانی محقق می‌شود که محیط شهری بتواند پاسخگوی نیازهای عملکردی، اجتماعی و روانی سالمندان باشد؛ یعنی توسعه شهری باید به گونه‌ای جهت‌گیری کند که سالمندی فعال را ممکن سازد.

❖ شهر دوستدار سالمند: از مفهوم تا مؤلفه‌های عملیاتی

مفهوم شهر دوستدار سالمند بر این اصل استوار است که ساختار و کارکرد شهر باید به گونه‌ای سامان‌یابد که سالمندان بتوانند با حداکثر استقلال، ایمنی و آسایش در محیط شهری زندگی کنند و از خدمات، فعالیت‌ها و فرصت‌های موجود بهره‌مند شوند (WHO, 2007). این رویکرد، از اصول طراحی فراگیر الهام می‌گیرد که بر طراحی محیط‌ها و محصولات به گونه‌ای تأکید دارد که برای تمامی افراد با طیف متنوعی از توانایی‌ها قابل استفاده باشد.

(Wolfgang, et al., 2001)؛ با این حال، شهر دوستدار سالمند فراتر از طراحی فراگیر، تمرکز ویژه‌ای بر مقتضیات سالمندی دارد و به ابعاد اجتماعی، نهادی و مشارکتی نیز توجه می‌کند. سازمان جهانی بهداشت، در چارچوب پروژه جهانی شهرهای دوستدار سالمند (۲۰۰۷)، هشت مؤلفه کلیدی را شناسایی کرده‌است که هر یک بیانگر یکی از ابعاد اساسی برنامه‌ریزی و مدیریت شهری در پاسخ به نیازهای سالمندان است (جدول ۴).

جدول ۴- مؤلفه‌های هشت‌گانه شهر دوستدار سالمند (WHO)

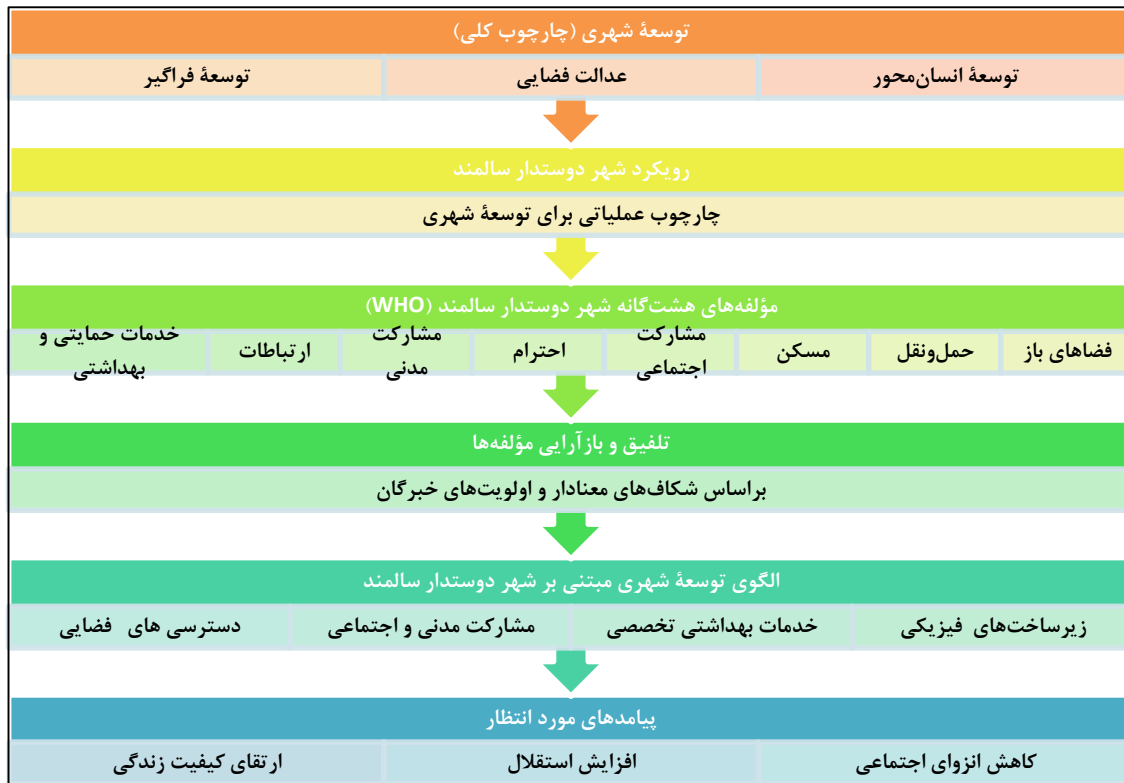
مؤلفه	تعریف عملیاتی	حوزه مرتبط در برنامه‌ریزی شهری
فضاهای باز و ساختمان‌ها	پیااده‌روهای ایمن، میلان شهری مناسب، فضاهای سبز قابل دسترسی، ساختمان‌های عمومی با دسترسی استاندارد	طراحی شهری، کالبد شهری
حمل و نقل	وسایل نقلیه قابل دسترسی، ایستگاه‌های ایمن، رفتار مناسب رانندگان، هزینه مناسب	حمل و نقل شهری
مسکن	ایمنی، قیمت مناسب، دسترسی به خدمات تعمیراتی، طراحی متناسب با نیازهای سالمندان	مسکن شهری، برنامه‌ریزی محله‌ای
مشارکت اجتماعی	وجود فضاهای اجتماع‌محور، برنامه‌های تفریحی و آموزشی، فعالیت‌های داوطلبانه	برنامه‌ریزی اجتماعی، فضای عمومی
احترام و شمول اجتماعی	نگرش مثبت جامعه، پوشش رسانه‌ای، احترام در مراکز خدماتی	سیاست‌های اجتماعی، سرمایه اجتماعی
مشارکت مدنی و اشتغال	فرصت‌های شغلی مناسب، استفاده از نظرات سالمندان در تصمیم‌گیری‌ها، فعالیت‌های داوطلبانه	حکمرانی شهری، اقتصاد شهری
ارتباطات و اطلاعات	اطلاع‌رسانی مناسب، خوانایی علائم، دسترسی به فناوری، آموزش دیجیتال	زیرساخت‌های ارتباطی، فناوری اطلاعات
خدمات حمایتی و بهداشتی	دسترسی به مراکز درمانی، خدمات مراقبت در منزل، مشاوره، داروخانه‌ها	خدمات عمومی، سلامت شهری

(منبع: مبانی نظری پژوهش (مطالعات نگارنده)، ۱۴۰۵)

این هشت مؤلفه، صرفاً شاخص‌های ارزیابی نیستند؛ بلکه هر یک به یکی از حوزه‌های اساسی نظام برنامه‌ریزی و توسعه شهری اشاره دارند. به عبارت دیگر، شهر دوستدار سالمند در واقع چارچوبی برای بازطراحی نظام توسعه شهری براساس نیازهای سالمندان است.

❖ رابطه مؤلفه‌ها و منطق استخراج الگو

براساس مرور ادبیات نظری، چارچوب مفهومی پژوهش در قالب مدل زیر ترسیم می‌شود که رابطه میان مفاهیم کلیدی را نشان می‌دهد:



شکل ۱- چارچوب مفهومی پژوهش

الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند، در این پژوهش به مثابه چارچوبی عملیاتی و راهنما تعریف می شود (جدول ۵).

جدول ۵- الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند

مؤلفه الگو	توضیح
محورهای راهبردی	حوزه های اصلی مداخله (برآمده از تلفیق یافته های کمی و دلفی)
اقدامات اجرایی	مجموعه اقدامات مشخص در هر محور
نهادهای متولی	دستگاه ها و نهادهای مسئول اجرای هر اقدام
شاخص های پایش	معیارهای سنجش پیشرفت و اثربخشی
اولویت بندی زمانی	توالی و زمان بندی اجرای اقدامات

(منبع: مبانی نظری پژوهش (مطالعات نگارنده)، ۱۴۰۵)

این الگو، برخلاف "مدل" که معمولاً به روابط علی میان متغیرها اشاره دارد، بیشتر چارچوبی برای تصمیم سازی و تخصیص منابع در برنامه ریزی شهری است. با این حال، مبنای استخراج محورهای الگو، رابطه علی میان شکاف های موجود (یافته های کمی) و اولویت های مداخله (اجماع خبرگان) است. تبدیل هشت مؤلفه پراکنده WHO به چهار محور راهبردی الگو، براساس دو فرایند تحلیلی صورت گرفته است:

فرایند اول: شناسایی شکاف‌های معنادار (بخش کمی)

آزمون t تک‌نمونه‌ای نشان‌داد کدام مؤلفه‌ها بیشترین فاصله را با سطح مطلوب دارند. مؤلفه‌های دارای پایین‌ترین میانگین (خدمات حمایتی، فضاها، باز، مشارکت مدنی) به‌عنوان اولویت‌های نخست شناسایی شدند.

فرایند دوم: اولویت‌بندی خبرگان (تکنیک دلفی)

خبرگان، مؤلفه‌های حمل‌ونقل، ایمنی معابر، مبلمان شهری و خدمات درمانی را به‌عنوان اولویت‌های مداخله تأیید کردند. مؤلفه‌های دارای هم‌پوشانی مفهومی، در محورهای جامع‌تر ادغام شدند و بازآرایی نهایی انجام شد (جدول ۶).

جدول ۶- بازآرایی نهایی مؤلفه‌ها

محور راهبردی الگو	مؤلفه‌های WHO ادغام‌شده	منطق ادغام
بهینه‌سازی زیرساخت‌های فیزیکی	فضاهای باز و ساختمان‌ها + مسکن + مبلمان شهری	همگی به ابعاد کالبدی و فضایی شهر اشاره دارند و در برنامه‌ریزی شهری، یک حوزه مداخله محسوب می‌شوند
توسعه خدمات بهداشتی تخصصی	خدمات حمایتی و بهداشتی + بخشی از حمل‌ونقل (دسترسی به درمان)	دسترسی به خدمات سلامت، یکی از اساسی‌ترین نیازهای سالمندان است و در یافته‌های کمی پایین‌ترین میانگین را داشته‌است
تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی	مشارکت اجتماعی + مشارکت مدنی و اشتغال + احترام و شمول اجتماعی	هر سه به ابعاد اجتماعی-مشارکتی اشاره دارند و در ادبیات نظری، با یکدیگر پیوند مفهومی دارند
بهبود دسترسی‌های فضایی و فناوریانه	حمل‌ونقل + ارتباطات و اطلاعات	هر دو به زیرساخت‌های ارتباطی و جابه‌جایی اشاره دارند و در کنار هم، «دسترسی» را به‌عنوان مفهوم اصلی شکل می‌دهند

(منبع: مبانی نظری پژوهش (مطالعات نگارنده)، ۱۴۰۵)

براساس چارچوب مفهومی، رابطه علی میان مفاهیم به‌صورت (شکل ۲) تبیین می‌شود:



شکل ۲- رابطه علی میان مفاهیم پژوهش

افزایش جمعیت سالمند و نابرابری فضایی در اسدآباد، باعث ایجاد شکاف در مؤلفه‌های هشت‌گانه شهر دوستدار سالمند شده‌است. این شکاف‌ها، از طریق آزمون‌های آماری (t-تک‌نمونه‌ای) شناسایی و کمی شدند؛ سپس، خبرگان با استفاده از تکنیک دلفی، این شکاف‌ها را اولویت‌بندی کرده و مهم‌ترین حوزه‌های مداخله را تعیین نمودند. تلفیق این دو منبع (یافته‌های کمی و اجماع خبرگان)، به استخراج چهار محور راهبردی الگو انجامید. اجرای این محورها، به‌طور علی می‌تواند منجر به کاهش انزوای اجتماعی، افزایش استقلال عملکردی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان شود؛ هرچند تأیید تجربی این پیامدها مستلزم پژوهش‌های طولی و ارزشیابی پس از اجراست.

❖ جمع‌بندی مبانی نظری (از نظریه تا الگو)

براساس مرور ادبیات نظری و چارچوب مفهومی ترسیم‌شده، می‌توان سه سطح تحلیل را برای پژوهش حاضر تفکیک کرد (جدول ۷).

جدول ۷- سطوح تحلیلی

سطح	عنوان	محتوای اصلی	کاربرد در پژوهش
سطح کلان	توسعه شهری (چارچوب کلی)	توسعه انسان‌محور، عدالت فضایی، توسعه فراگیر	تعیین جهت‌گیری کلی الگو
سطح میانی	رویکرد شهر دوستدار سالمند	طراحی فراگیر، سالمندی فعال WHO هشت مؤلفه	ارائه مؤلفه‌های سنجش و مداخله
سطح خرد	الگوی توسعه شهری پیشنهادی	چهار محور راهبردی با اقدامات، متولیان و شاخص‌ها	خروجی نهایی پژوهش برای برنامه‌ریزی شهری اسدآباد

(منبع: مبانی نظری پژوهش (مطالعات نگارنده)، ۱۴۰۵)

آنچه از این چارچوب برمی آید، این است که شهر دوستدار سالمند، رویکردی میانی برای تحقق توسعه شهری در سطح کلان و در مقیاس خرد (شهر اسدآباد) است. به عبارت دیگر، پژوهش حاضر با پذیرش پارادایم توسعه انسان محور و عدالت فضایی در سطح کلان، از مؤلفه های شهر دوستدار سالمند، به عنوان ابزاری برای عملیاتی سازی این پارادایم در سطح محلی استفاده کرده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی-تحلیلی با رویکرد ترکیبی (کمی-کیفی) از نوع اکتشافی متوالی است. در مرحله کمی، جامعه آماری شامل ۳۸۷۰ سالمند ۶۵ سال و بالاتر ساکن شهر اسدآباد (براساس سرشماری ۱۳۹۵) بود که براساس جدول مورگان، حجم نمونه ۳۵۱ نفر برآورد و به روش تصادفی ساده طبقه ای (با تخصیص متناسب در چهار منطقه شهر) انتخاب شد. گردآوری داده ها با پرسش نامه محقق ساخته (۳۶) گویه در قالب ۸ شاخص منطبق بر چارچوب WHO در مقیاس پنج درجه ای لیکرت انجام گرفت. روایی محتوایی با روش CVR/CVI (تأیید ۱۰ متخصص) و روایی صوری با پیش آزمون روی ۳۰ سالمند تأیید شد. پایایی کل پرسش نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۴ و دامنه پایایی شاخص ها بین ۰,۷۳۵ تا ۰,۹۳۰ محاسبه گردید. تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آزمون t تک نمونه ای با سطح معنی داری ۰,۰۵ در نرم افزار SPSS انجام شد و مقدار عددی ۳ به عنوان سطح مطلوب (نقطه برش) در مقیاس لیکرت در نظر گرفته شد. در بخش کیفی، تکنیک دلفی در سه دور متوالی با مشارکت ۱۵ نفر از خبرگان حوزه های شهرسازی، طراحی شهری، حمل و نقل و خدمات سالمندی (انتخاب شده به روش هدفمند با معیارهای تخصص، سابقه، آشنایی با شهر و تنوع تخصصی) اجرا شد. در دور اول، شاخص های برگرفته از یافته های کمی در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنان خواسته شد هر گویه را از نظر اهمیت، قابلیت تحقق و ضرورت بومی سازی ارزیابی کنند و در نتیجه، ۳ گویه حذف، ۲ گویه ادغام و ۱ گویه جدید اضافه گردید. در دور دوم، بازخورد نتایج دور اول ارائه و میزان اهمیت هر مؤلفه با محاسبه میانگین و انحراف معیار سنجیده شد و معیار اجماع، میانگین بالاتر از ۴ از ۵، انحراف معیار کمتر از ۰,۷۵ و ضریب توافق بالاتر از ۷۰ درصد در نظر گرفته شد. در دور سوم، شاخص های تأیید شده نهایی شدند و چهار حوزه حمل و نقل عمومی (میانگین ۴,۶۱، ضریب توافق ۰,۸۶)، ایمنی معابر (میانگین ۴,۴۹، ضریب توافق ۰,۸۳)، خدمات درمانی (میانگین ۴,۳۵، ضریب توافق ۰,۸۱) و مبلمان شهری (میانگین ۴,۳۲، ضریب توافق ۰,۷۹) به عنوان اولویتهای نخست مداخله تأیید شدند.

در نهایت، با تلفیق یافته های دو مرحله در سه گام (شناسایی شکاف های معنادار از بخش کمی، اولویت بندی خبرگان از بخش کیفی، و بازآرایی هشت مؤلفه WHO در چهار محور راهبردی)، الگوی نهایی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند استخراج گردید. برای افزایش اعتبار یافته ها، راهبردهای مثلث سازی (تلفیق دو منبع داده و دو روش)، بازبینی مشارکت کنندگان و بازبینی هم تایان به کار گرفته شد. محدودیت های پژوهش شامل محدودیت داده های جمعیتی (اتکا به سرشماری ۱۳۹۵)، محدودیت دسترسی به سالمندان در دوران کووید-۱۹، تعمیم پذیری محدود به شهر اسدآباد و ماهیت مقطعی پژوهش بود که امکان بررسی اثرات طولی مداخلات را فراهم نمی ساخت.

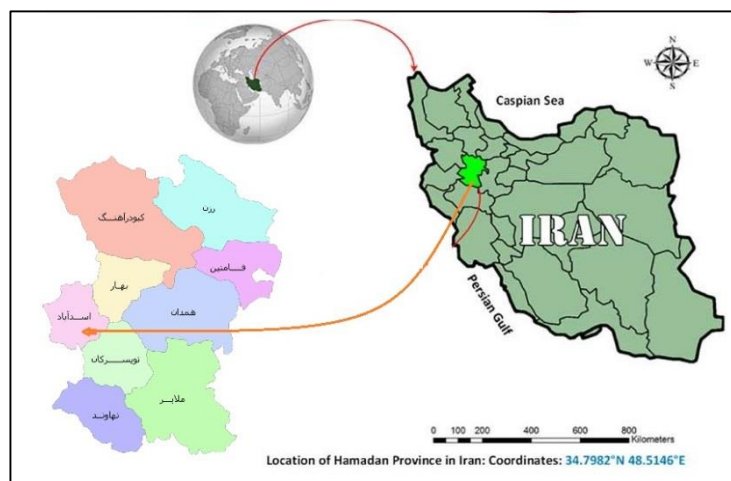
جدول ۸- شاخص و گویه‌های پرسش‌نامه

شاخص	گزاره (گویه)	پایایی
فضاهای باز شهری و ساختمان‌ها	پایاده‌روهای سطح شهر برای تردد من (سالمندان) عریض، هموار و بدون مانع هستند (Q11)؛ مبلمان شهری (نیمکت‌ها) در پارک‌ها و معابر به اندازه کافی و در فواصل مناسب برای استراحت تعبیه شده‌است (Q12)؛ فضای سبز و پارک‌ها به اندازه کافی برای استفاده من و سایر سالمندان نزدیک است (Q13)؛ سطح شیب‌دار (ریمپ) برای ورود به ساختمان‌های عمومی (بانک، ادارات، مراکز خرید) تعبیه شده‌است (Q14)؛ سرویس‌های بهداشتی عمومی تمیز و در دسترس در سطح شهر و پارک‌ها وجود دارد (Q15)؛ نورپردازی معابر در شب به اندازه‌ای است که من احساس امنیت کنم (Q16)؛	778.
حمل‌ونقل	ایستگاه‌های اتوبوس/تاکسی در شهر نزدیک و به راحتی قابل دسترسی هستند (Q21)؛ رانندگان وسایل حمل‌ونقل عمومی با من (سالمندان) با حوصله و احترام رفتاری کنند (Q22)؛ وسایل حمل‌ونقل عمومی (اتوبوس) برای سوار و پیاده‌شدن من (سالمندان) استاندارد و مناسب است (پله کم) (Q23)؛ هزینه حمل‌ونقل عمومی مناسب و برای من قابل پرداخت است (Q24)؛ برای رفتن به مراکز مهم شهر (بیمارستان، بازار، پارک) به راحتی می‌توانم از وسایل نقلیه عمومی استفاده کنم (Q25)؛	735.
مسکن	خانه من از نظر قیمت و هزینه برایم مناسب است و فشار زیادی به من وارد نمی‌کند (Q31)؛ خانه من از نظر ایمنی (عدم وجود پله‌های بلند، کف لغزنده و ...) برای زندگی من مناسب است (Q32)؛ در محله من، خانه‌های نوساز با طراحی مناسب برای زندگی سالمندان ساخته می‌شود (Q33)؛ امکان دریافت خدمات تعمیراتی و نگهداری منزل با هزینه مناسب در شهر وجود دارد (Q34)؛	746.
مشارکت اجتماعی	در شهر مکان‌هایی (فرهنگسرا، سرای محله، پارک) برای دورهمی و دیدار من با دوستان و هم سن‌وسالانم وجود دارد (Q41)؛ برنامه‌های اوقات فراغت (کلاس‌های آموزشی، اردوهای تفریحی) ویژه سالمندان در شهر برگزار می‌شود (Q42)؛ من به راحتی می‌توانم در این برنامه‌ها شرکت کنم (Q43)؛ فعالیت‌های داوطلبانه و خیریه در سطح شهر وجود دارد که من می‌توانم در آن‌ها مشارکت داشته باشم (Q44)؛	767.
احترام و شمول اجتماعی	مردم شهر به من (سالمندان) احترام می‌گذارند و رفتار خوبی با من دارند (Q51)؛ در رسانه‌های محلی (رادیو، تلویزیون، روزنامه) به موضوعات مربوط به سالمندان به اندازه کافی پرداخته می‌شود (Q52)؛ در برنامه‌های عمومی و فرهنگی شهر به حضور و مشارکت سالمندان ارزش داده می‌شود (Q53)؛ در مراکز خدماتی (بانک، ادارات و ...) بدون معطلی و با اولویت به من خدمت‌رسانی می‌شود (Q54)؛	894.
مشارکت مدنی و اشتغال	فرصت‌های شغلی مناسب و پاره‌وقت برای سالمندان علاقه‌مند در شهر وجود دارد (Q61)؛ مدیران شهری (شهرداری، شورا) از نظرات و تجربیات سالمندان در تصمیم‌گیری‌ها استفاده می‌کنند (Q62)؛ شرایط و امکانات لازم برای فعالیت‌های داوطلبانه سالمندان در شهر فراهم است (Q63)؛ اطلاعات مربوط به فرصت‌های مشارکت مدنی و اشتغال به راحتی به من می‌رسد (Q64)؛	848.
ارتباطات و اطلاعات	اطلاعات مهم شهری (قطع آب، برق، برنامه‌های فرهنگی) از طریق روش‌های مناسب (بلندگوهای مساجد، تلویزیون محلی، بنرهای بزرگ) به من اطلاع‌رسانی می‌شود (Q71)؛ اطلاعات روی تابلوها و علائم شهری (تابلوهای راهنما) با خط خوانا و اندازه مناسب نوشته شده‌است (Q72)؛ من به اینترنت و تلفن همراه دسترسی دارم و تا حدودی می‌توانم از آن‌ها استفاده کنم (Q73)؛ دوره‌های آموزشی ساده و رایگان برای آشنایی سالمندان با تلفن همراه و اینترنت در شهر برگزار می‌شود (Q74)؛	806.
خدمات حمایتی و بهداشتی	دسترسی من به مراکز بهداشتی و درمانی (بیمارستان، درمانگاه، پزشک) در شهر آسان است (Q81)؛ هزینه‌های درمانی برای من مناسب است و بیمه تا حد زیادی آن‌ها را پوشش می‌دهد (Q82)؛ خدمات مراقبت در منزل (پرستار، فیزیوتراپ) به راحتی در شهر در دسترس است (Q83)؛ داروخانه‌های شهر به اندازه کافی و نزدیک محل زندگی من هستند (Q84)؛ مراکز مشاوره و روان‌شناسی ویژه سالمندان در شهر وجود دارد (Q85)؛	930.

میزان ضریب آلفا کرونباخ برای کل پرسش‌نامه، ۸۴/۴ به‌دست آمد و نشانگر این است که پرسش‌نامه از پایایی مناسب برخوردار است.

محدوده مورد مطالعه

شهر اسدآباد در غرب استان همدان و در همسایگی دو استان کردستان و کرمانشاه قرار گرفته‌است. این شهر از شمال به شهرستان قروه استان کردستان، از غرب به شهرستان‌های سنقر، کلیایی و کنگاور از توابع استان کرمانشاه و از شرق به شهرستان‌های بهار و تویسرکان استان همدان محدود می‌شود.



شکل ۳- موقعیت شهر اسدآباد

(منبع: نگارنده: ۱۴۰۵)

شهر اسدآباد مرکز شهرستان اسدآباد در غرب استان همدان واقع شده‌است. این شهر در فاصله ۵۳ کیلومتری غرب همدان و در محور ارتباطی استان کرمانشاه قرار دارد و از شمال به شهرستان قروه استان کردستان، از غرب به شهرستان‌های سنقر، کلیایی و کنگاور از توابع استان کرمانشاه و از شرق به شهرستان‌های بهار و تویسرکان استان همدان محدود می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

مساحت شهر اسدآباد براساس آخرین طرح‌های جامع و تفصیلی شهری، حدود ۹۰۰ هکتار برآورد شده‌است (شهرداری اسدآباد، ۱۳۹۱). جمعیت این شهر براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۵۳۷۰۸ نفر بوده‌است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵) که با توجه به مساحت ۹۰۰ هکتاری، تراکم نسبی حدود ۶۰ نفر در هکتار را نشان می‌دهد. ارتفاع متوسط اسدآباد از سطح دریا ۱۶۰۷ متر است.

از لحاظ تقسیمات سیاسی، شهرستان اسدآباد دارای ۳ شهر به نام‌های اسدآباد، آجین و پالیز، ۲ بخش (مرکزی و پیرسلمان)، ۶ دهستان (سیدجمال‌الدین، دربندرود، جلگه، پیرسلمان، کلیایی، چهاردولی) و ۹۹ روستای دارای سکنه است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵؛ سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان همدان، ۱۴۰۰).

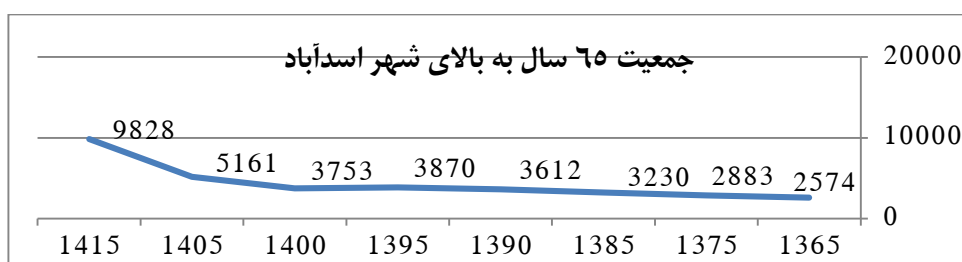
در ادامه، به بررسی ویژگی‌های جمعیت سالمند این شهر، مطابق با آخرین داده‌های رسمی مرکز آمار ایران پرداخته‌شده که نتایج آن در جدول (شماره ۲) نشان داده شده‌است:

جدول ۹- ویژگی‌های جمعیتی شهر اسدآباد

شاخص سالخوردگی	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال از جمعیت کل	جمعیت بالای ۶۵ سال	جمعیت بالای ۶۰ سال	جمعیت زیر ۱۴ سال	جمعیت کل	سال
۲۱/۴	۷/۵	۲۵۷۴	۳۲۰۹	۱۲۰۲۴	۳۴۵۱۶	۱۳۶۵
۲۲/۲	۶/۰	۲۸۸۳	۳۸۱۹	۱۲۹۸۶	۴۸۳۸۶	۱۳۷۵
۲۳/۰	۶/۲	۳۲۳۰	۴۳۵۴	۱۴۰۲۵	۵۱۹۱۱	۱۳۸۵
۲۳/۸	۶/۶	۳۶۱۲	۴۹۸۰	۱۵۱۷۹	۵۵۰۲۴	۱۳۹۰
۲۳/۷	۶/۶	۳۸۷۰	۵۳۲۰	۱۶۳۳۴	۵۸۴۴۱	۱۳۹۵
۲۷/۳	۶/۱	۳۷۵۳	۶۰۵۱	۱۳۷۲۵	۶۱۸۲۴	۱۴۰۰
۳۱/۶	۷/۹	۵۱۶۱	۶۸۹۸	۱۶۳۳۲	۶۵۵۳۴	۱۴۰۵*
۴۲/۵	۱۳/۳	۹۸۲۸	۹۷۶۸	۲۳۱۲۸	۷۳۶۳۴	۱۴۱۵*

* پیش‌بینی براساس مدل رشد هندسی با نرخ ثابت ($r=1.3\%$) محاسبه شده از نرخ رشد دوره سرشماری ۱۳۸۵-۱۳۹۵ (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). در این پیش‌بینی، فرض شده است که روندهای باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت در سطح شهرستان اسدآباد، مشابه روندهای دوره پایه ادامه می‌یابد.

(منبع: یافته‌ها و محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵)



شکل ۴- نمودار جمعیت سالمند شهر اسدآباد

(منبع: نگارنده، ۱۴۰۵)

یافته‌ها

❖ ویژگی‌های جمعیت‌شناسی پاسخ‌دهندگان

براساس معیار ورود به مطالعه، نمونه آماری (۳۵۱ نفر)، دارای ۶۵ سال سن و بالاتر بودند؛ بیشترین فراوانی در محدوده سنی ۷۵ تا ۸۹ سال (۴۹،۷ درصد) و پس از آن گروه ۶۵ تا ۷۴ سال (۴۰،۷ درصد) قرار دارند و گروه ۹۰ سال و بالاتر نیز ۹،۶ درصد از نمونه را تشکیل می‌دهند. توزیع جنسیت تقریباً متوازن است (۵۰،۸ درصد مرد و ۴۹،۲ درصد زن). در مورد وضعیت تأهل، بیشترین فراوانی مربوط به سالمندان متأهل با ۴۰،۷ درصد است، بیوه (همسر فوت شده) با ۲۸،۸ درصد در رتبه دوم قرار دارد، مجرد (هرگز ازدواج نکرده) با ۱۶،۹ درصد و مطلقه/جدا زندگی‌کننده با ۱۳،۶ درصد در رتبه‌های بعدی هستند. از نظر سطح تحصیلات، اکثریت افراد دارای تحصیلات پایین هستند (۳۲،۴ درصد بی‌سواد و ۲۶،۵ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، مجموعاً ۵۸،۹ درصد زیر دیپلم) و تنها ۱۳،۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم و بالاتر) هستند. در وضعیت سکونت، بیشترین درصد مربوط به سالمندانی است که با همسر و فرزندان زندگی می‌کنند (۳۴،۹ درصد)، اما درصد قابل توجهی (۳۲،۴ درصد) نیز به تنهایی زندگی می‌کنند که از نظر حمایت اجتماعی و خطر انزوای اجتماعی حائز اهمیت است.

❖ غربالگری داده‌ها

۱- بررسی مفروضه‌های آمار پارامتریک

پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های آمار پارامتریک شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و مقیاس فاصله‌ای بودن متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که داده‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری شده‌اند و ضرایب چولگی^۱ و کشیدگی^۱ تمامی شاخص‌ها در محدوده ± 2 قرار دارد (جدول ۱۰)، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید می‌گردد؛ بنابراین، استفاده از آزمون‌های پارامتریک (t-تک‌نمونه‌ای) برای تحلیل داده‌ها مجاز است.

جدول ۱۰- شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن توزیع مؤلفه‌های پژوهش

شاخص	کد	تعداد (N)	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
فضاهای باز شهری و ساختمان‌ها	Q1	۳۵۱	۱	۳	۱,۹۰	۰,۵۵۴	-۰,۰۴۴	۰,۱۶۵
حمل‌ونقل	Q2	۳۵۱	۱	۴	۲,۳۷	۰,۶۵۰	۰,۲۳۶	-۰,۰۴۱
مسکن	Q3	۳۵۱	۱	۴	۲,۰۴	۰,۶۴۶	۰,۳۳۴	۰,۴۷۶
مشارکت اجتماعی	Q4	۳۵۱	۱	۳	۱,۷۷	۰,۵۷۰	۰,۰۳۱	-۰,۳۴۹
احترام و شمول اجتماعی	Q5	۳۵۱	۲	۴	۲,۸۴	۰,۶۸۴	۰,۲۱۰	-۰,۸۶۹
مشارکت مدنی و اشتغال	Q6	۳۵۱	۱	۳	۱,۸۰	۰,۶۴۱	۰,۲۱۰	-۰,۶۵۳
ارتباطات و اطلاعات	Q7	۳۵۱	۱	۴	۲,۶۶	۰,۷۰۴	-۰,۰۶۹	-۰,۲۱۹
خدمات حمایتی و بهداشتی	Q8	۳۵۱	۱	۳	۱,۸۰	۰,۶۴۱	۰,۲۱۰	-۰,۶۵۳
کل پرسش‌نامه	Q	۳۵۱	۱	۳	۲,۰۳	۰,۳۲۶	۰,۵۹۶	۱,۳۲۶

(منبع: یافته‌ها و محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵)

۲- نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای

به‌منظور سنجش معناداری تفاوت میان وضعیت موجود و وضعیت مطلوب، از آزمون t تک‌نمونه‌ای با سطح مطلوب (نقطه برش) عدد ۳ استفاده شده‌است. نتایج این آزمون در جدول (۱۱) ارائه شده‌است.

جدول ۱۱- نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای برای مقایسه میانگین شاخص‌ها

شاخص	کد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری (Sig.)	اختلاف میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪
فضاهای باز شهری و ساختمان‌ها	Q1	۱,۹۰	۰,۵۵۴	-۳۷,۳۰	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۱,۱۰	-۱,۱۶ تا -۱,۰۴
حمل‌ونقل	Q2	۲,۳۷	۰,۶۵۰	-۱۸,۱۳	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۰,۶۳	-۰,۷۰ تا -۰,۵۶
مسکن	Q3	۲,۰۴	۰,۶۴۶	-۲۷,۶۰	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۰,۹۶	-۱,۰۳ تا -۰,۸۹
مشارکت اجتماعی	Q4	۱,۷۷	۰,۵۷۰	-۴۰,۴۳	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۱,۲۳	-۱,۲۹ تا -۱,۱۷
احترام و شمول اجتماعی	Q5	۲,۸۴	۰,۶۸۴	-۴,۳۹	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۰,۱۶	-۰,۲۳ تا -۰,۰۹
مشارکت مدنی و اشتغال	Q6	۱,۸۰	۰,۶۴۱	-۳۵,۰۵	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۱,۲۰	-۱,۲۷ تا -۱,۱۳
ارتباطات و اطلاعات	Q7	۲,۶۶	۰,۷۰۴	-۹,۰۵	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۰,۳۴	-۰,۴۲ تا -۰,۲۷
خدمات حمایتی و بهداشتی	Q8	۱,۸۰	۰,۶۴۱	-۳۵,۰۵	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۱,۲۰	-۱,۲۷ تا -۱,۱۳
کل پرسش‌نامه	Q	۲,۰۳	۰,۳۲۶	-۵۵,۶۵	۳۵۰	> ۰,۰۰۱	-۰,۹۷	-۱,۰۰ تا -۰,۹۴

(منبع: یافته‌ها و محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵)

^۱ - Skewness

در این محاسبات، مقدار عددی ۳ به عنوان سطح مطلوب (نقطه برش) در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت و سطح معنی داری ۰,۰۵ در نظر گرفته شده است.

۳- تحلیل شکاف‌ها و اولویت‌بندی مؤلفه‌ها

نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای (جدول ۱۲) نشان می‌دهد که همه هشت شاخص به‌طور معناداری پایین‌تر از سطح مطلوب (عدد ۳) قرار دارند ($P > 0,001$) و میانگین کلی شاخص‌ها (۲/۰۳) بیانگر شکاف معنادار و گسترده میان وضعیت موجود و مطلوب است؛ با این حال، شدت شکاف در میان شاخص‌ها یکسان نیست و همین تفاوت در شدت شکاف، مبنای اولویت‌بندی مداخلات قرار گرفته است. براساس فاصله هر شاخص از عدد ۳ (ستون اختلاف میانگین در جدول ۱۲)، شاخص‌ها به سه سطح اولویت تفکیک می‌شوند.

جدول ۱۲- اولویت‌بندی مؤلفه‌ها

شاخص‌ها	کد	اختلاف میانگین از ۳	دلالت برای الگو	سطح اولویت
مشارکت اجتماعی	Q4	-۱,۲۳	نیاز به مداخله فوری در حوزه مشارکت اجتماعی	اولویت نخست (بیشترین شکاف)
مشارکت مدنی و اشتغال	Q6	-۱,۲۰	نیاز به مداخله فوری در حوزه مشارکت مدنی	
خدمات حمایتی و بهداشتی	Q8	-۱,۲۰	نیاز به مداخله فوری در حوزه خدمات بهداشتی	
فضاهای باز شهری	Q1	-۱,۱۰	نیاز به مداخله در زیرساخت‌های کالبدی	اولویت دوم (شکاف قابل توجه)
مسکن	Q3	-۰,۹۶	نیاز به مداخله در حوزه مسکن	
حمل‌ونقل	Q2	-۰,۶۳	نیاز به مداخله در حمل‌ونقل عمومی	اولویت سوم (شکاف کمتر اما معنادار)
ارتباطات و اطلاعات	Q7	-۰,۳۴	نیاز به مداخله در زیرساخت‌های ارتباطی	
احترام و شمول اجتماعی	Q5	-۰,۱۶	نیاز به مداخله در حوزه نگرش اجتماعی	

منبع: یافته‌ها و محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵

اگرچه شاخص‌های Q5 (احترام و شمول اجتماعی) با میانگین ۲,۸۴ و Q7 (ارتباطات و اطلاعات) با میانگین ۲,۶۶ کمترین شکاف را نسبت به سایر شاخص‌ها دارند، اما همچنان به‌طور معناداری پایین‌تر از سطح مطلوب هستند ($P > 0,001$) و نمی‌توان آن‌ها را "وضعیت مطلوب" تلقی کرد؛ با این حال، به دلیل شکاف کمتر، این دو حوزه اولویت پایین‌تری برای مداخله فوری دارند.

۴- الگوی توسعه شهری

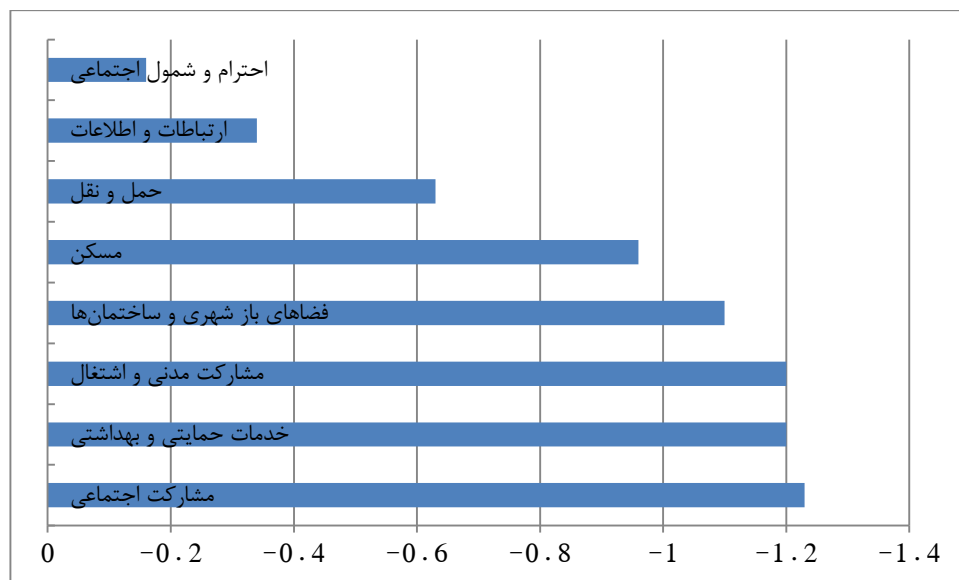
یافته‌های کمی فوق، شناخت دقیق شکاف‌ها را فراهم می‌آورند، اما به‌تنهایی برای ارائه الگوی توسعه شهری کافی نیستند؛ زیرا

۱- الگو نیازمند اولویت‌بندی است که صرفاً براساس شدت شکاف انجام نمی‌شود (برخی حوزه‌ها با وجود شکاف کمتر، ممکن است از نظر خبرگان اولویت بیشتری داشته باشند).

۲- الگو نیازمند دسته‌بندی مؤلفه‌ها در محورهای اجرایی منسجم است (هشت مؤلفه پراکنده WHO باید در چهار محور قابل اجرا ساماندهی شوند).

۳- الگو نیازمند تعیین اقدامات اجرایی، نهادهای متولی و شاخص‌های پایش است که از داده‌های کمی قابل استخراج نیستند.

بنابراین، یافته‌های کمی ورودی اصلی برای مرحله کیفی (تکنیک دلفی) و فرایند تلفیق هستند. در ادامه، نتایج تکنیک دلفی نشان خواهد داد که خبرگان چگونه این شکاف‌ها را اولویت‌بندی کرده‌اند و در نهایت، چگونگی تبدیل این شکاف‌ها به چهار محور راهبردی الگو تبیین خواهد شد. شکل (۳) نمایی از شکاف هشت شاخص را به صورت بصری نشان می‌دهد.



شکل ۵- نمودار مقایسه میانگین شاخص‌ها با سطح مطلوب

❖ نتایج تکنیک دلفی

۱- اعتبارسنجی، پالایش و اولویت‌بندی شاخص‌ها

تکنیک دلفی در این پژوهش با هدف اعتبارسنجی، پالایش و اولویت‌بندی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند به کار گرفته شد. در دور اول، ۳۶ گویه مستخرج از ادبیات نظری و یافته‌های کمی در اختیار ۱۵ نفر از خبرگان حوزه‌های شهرسازی، طراحی شهری، حمل‌ونقل و خدمات سالمندی قرار گرفت و از آنان خواسته شد هر گویه را از سه جنبه اهمیت (در مقیاس ۵ درجه‌ای)، قابلیت تحقق در شرایط محلی اسدآباد و ضرورت بومی‌سازی ارزیابی کنند. تحلیل آماری (میانگین و انحراف معیار) نشان داد که شاخص‌های مرتبط با حمل‌ونقل عمومی، ایمنی معابر، کیفیت مبلمان شهری و دسترسی به خدمات درمانی، بالاترین میانگین اهمیت را کسب کرده‌اند. براساس معیارهای اجماع (میانگین ≤ 3.5 و انحراف معیار ≥ 1)، ۳ گویه حذف، ۲ گویه ادغام و ۱ گویه جدید (مرتبط با خدمات مشاوره‌ای تلفنی) براساس پیشنهاد خبرگان اضافه گردید. در دور دوم، با ارائه بازخورد نتایج دور اول، پراکندگی نظرات کاهش-

یافت و انحراف معیارها اُفت کرد که بیانگر افزایش همگرایی و دستیابی به اجماع است. در دور سوم، شاخص‌های تأییدشده نهایی شدند و چهار حوزه حمل‌ونقل عمومی (میانگین ۴,۶۱، ضریب توافق ۰/۸۶)، ایمنی معابر (میانگین ۴,۴۹، ضریب توافق ۰/۸۳)، خدمات درمانی (میانگین ۴,۳۵، ضریب توافق ۰/۸۱) و مبلمان شهری (میانگین ۴,۳۲، ضریب توافق ۰/۷۹) به‌عنوان اولویت‌های نخست مداخله تأیید شدند.

۲- فرایند تبدیل یافته‌ها به محورهای نهایی و الگوی توسعه شهری

خروجی نهایی دلفی، به‌تنهایی شامل چهار اولویت نخست (حمل‌ونقل، ایمنی، درمان، مبلمان) است، اما برای دستیابی به الگوی توسعه شهری، این اولویت‌ها باید در چهارچوبی منسجم و عملیاتی سازماندهی شوند. فرایند تبدیل در سه گام متوالی انجام شده است:

گام اول: شناسایی شکاف‌های معنادار (براساس یافته‌های کمی)

نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای (جدول ۱۱) نشان داد که همه هشت شاخص به‌طور معناداری پایین‌تر از سطح مطلوب (عدد ۳) قرار دارند ($P > 0.001$)؛ با این حال، شدت شکاف در میان شاخص‌ها متفاوت است. براساس اختلاف میانگین از عدد ۳، شاخص‌ها به سه سطح اولویت تفکیک شدند (جدول ۱۲).

گام دوم: تلفیق شکاف‌های کمی با اولویت‌های خبرگان (دلفی)

در این گام، دو دسته یافته با یکدیگر تلفیق شدند:

دسته اول (شکاف‌های کمی): شاخص‌هایی که بیشترین فاصله را از سطح مطلوب داشتند ($Q4, Q6, Q8, Q1, Q3$).
دسته دوم (اولویت‌های خبرگان): شاخص‌هایی که خبرگان به‌عنوان اولویت‌های نخست مداخله تأیید کردند (حمل‌ونقل، ایمنی معابر، خدمات درمانی، مبلمان شهری).

هم‌پوشانی میان این دو دسته، مبنای اصلی اولویت‌بندی نهایی را تشکیل می‌دهد؛ به‌عنوان مثال، شاخص $Q8$ (خدمات حمایتی و بهداشتی) هم در بین بالاترین شکاف‌های کمی قرار دارد (اختلاف ۱,۲۰-) و هم توسط خبرگان به‌عنوان اولویت نخست تأیید شده است (میانگین ۴,۳۵). در مقابل، شاخص $Q2$ (حمل‌ونقل) اگرچه شکاف کمتری در یافته‌های کمی دارد (اختلاف ۰,۶۳-)، اما خبرگان آن را بالاترین اولویت مداخله معرفی کرده‌اند (میانگین ۴,۶۱) که نشان‌دهنده اهمیت راهبردی این حوزه از منظر کارشناسی است.

گام سوم: بازآرایی و دسته‌بندی مؤلفه‌ها در چهار محور راهبردی

در این گام، هشت مؤلفه WHO با درنظرگرفتن هم‌پوشانی مفهومی و ملاحظات اجرایی، در چهارمحور راهبردی بازآرایی شدند. جدول (۱۳) این فرایند را به‌صورت شفاف نشان می‌دهد.

جدول ۱۳- فرایند بازآرایی هشت مؤلفه WHO در چهارمحور راهبردی الگو

محور راهبردی الگو	مؤلفه‌های WHO ادغام شده	منطق ادغام	پشتوانه در یافته‌های کمی	پشتوانه در دلفی
۱ بهینه‌سازی زیرساخت‌های فیزیکی	۱- فضاهای باز و ساختمان‌ها (Q1) ۲- مسکن (Q3) ۳- بخشی از مبلمان شهری	هر سه به ابعاد کالبدی و فضایی شهر اشاره دارند و در برنامه‌ریزی شهری، یک حوزه مداخله محسوب می‌شوند	اختلاف میانگین (Q1) ۱،۱۰- (Q3) ۰،۹۶-	تأیید مبلمان شهری به‌عنوان اولویت چهارم (میانگین ۴،۳۲)
۲ توسعه خدمات بهداشتی تخصصی	۱- خدمات حمایتی و بهداشتی (Q8) ۲- بخشی از دسترسی به درمان (Q2)	پایین‌ترین میانگین در یافته‌های کمی و تأیید خبرگان به‌عنوان اولویت عملیاتی	اختلاف میانگین ۱،۲۰- (بالترین شکاف)	تأیید به‌عنوان اولویت سوم (میانگین ۴،۳۵)
۳ تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی	۱- مشارکت اجتماعی (Q4) ۲- مشارکت مدنی و اشتغال (Q6) ۳- احترام و شمول اجتماعی (Q5)	هر سه به ابعاد اجتماعی-مشارکتی اشاره دارند و در ادبیات نظری با یکدیگر پیوند مفهومی دارند	اختلاف میانگین (Q4) ۱،۲۳- (Q6) ۱،۲۰-	تأیید ضمنی در اولویت‌های خبرگان (به‌عنوان حوزه‌های مکمل)
۴ بهبود دسترسی‌های فضایی و فناوریانه	۱- حمل‌ونقل (Q2) ۲- ارتباطات و اطلاعات (Q7)	هر دو به زیرساخت‌های ارتباطی و جابه‌جایی اشاره دارند و در کنار هم، "دسترسی" را به‌عنوان مفهوم اصلی شکل می‌دهند	اختلاف میانگین (Q2) ۰،۶۳- (Q7) ۰،۳۴-	تأیید حمل‌ونقل به‌عنوان اولویت نخست (میانگین ۴،۶۱)

(منبع: یافته‌ها و محاسبات نگارنده، ۱۴۰۵)

۳- از محورهای راهبردی تا الگوی توسعه شهری

پس از استخراج چهارمحور راهبردی، الگوی نهایی توسعه شهری با افزودن سه مؤلفه عملیاتی به هر محور تکمیل شد (جدول ۱۴).

جدول ۱۴- الگوی نهایی توسعه شهری

مؤلفه الگو	مثال از محور ۱ (زیرساخت‌های فیزیکی)	توضیح
اقدامات اجرایی	مناسب‌سازی پیاده‌روها، احداث رمپ، نصب مبلمان شهری مناسب	مجموعه اقدامات مشخص در هر محور
نهادهای متولی	شهرداری، سازمان عمران، اداره راه و شهرسازی	دستگاه‌های مسئول اجرا
شاخص‌های پایش	درصد پیاده‌روهای مناسب‌سازی شده، تعداد نیمکت‌های نصب شده	معیارهای سنجش پیشرفت

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۵



شکل ۶- نمودار فرایند تبدیل یافته‌ها به الگوی توسعه شهری

❖ نقش مکمل روش‌های کمی و کیفی در استخراج الگوی توسعه شهری

یکی از نقاط قوت روش‌شناختی پژوهش حاضر، ترکیب دو رویکرد کمی و کیفی برای دستیابی به الگوی توسعه شهری است. این دو رویکرد نقش‌های مکمل و غیرقابل‌جایگزینی در فرایند پژوهش ایفا کرده‌اند که در ادامه تبیین می‌شود.

روش‌های کمی (آزمون t تک‌نمونه‌ای) با سنجش وضعیت موجود از دیدگاه ۳۵۱ سالمند، تصویری کمی از شدت نارسایی‌ها در هشت شاخص شهر دوستدار سالمند ارائه دادند. یافته‌های این بخش نشان داد که همه شاخص‌ها به‌طور معناداری پایین‌تر از سطح مطلوب قرار دارند ($P > 0.001$) و بیشترین شکاف‌ها مربوط به مشارکت اجتماعی (۱,۲۳-)، مشارکت مدنی (۱,۲۰-) و خدمات حمایتی و بهداشتی (۱,۲۰-) است. این یافته‌ها، ابعاد مسئله و شدت آن را به‌صورت عینی و مبتنی بر داده‌های میدانی مشخص کردند؛ با این‌حال، روش‌های کمی به‌تنهایی نمی‌توانستند اولویت‌بندی مداخلات را مشخص کنند؛ زیرا صرفاً مبتنی بر شدت شکاف هستند و عوامل دیگری مانند: قابلیت تحقق، اثربخشی و ملاحظات اجرایی را در نظر نمی‌گیرند.

تکنیک دلفی با مشارکت ۱۵ خبره، این خلأ را پر کرد. خبرگان با در نظر گرفتن عواملی فراتر از شدت شکاف (مانند: هزینه-اثربخشی، زیرساخت‌های موجود، ظرفیت نهادی و تأثیر چندبعدی)، چهار اولویت نخست را برای مداخله تعیین کردند: حمل‌ونقل عمومی (میانگین ۴,۶۱)، ایمنی معابر (میانگین ۴,۴۹)، خدمات درمانی (میانگین ۴,۳۵) و مبلمان شهری (میانگین ۴,۳۲). نکته قابل‌تأمل این است که شاخص حمل‌ونقل با وجود شکاف کمتر در یافته‌های کمی (اختلاف ۰,۶۳- در مقایسه با ۱,۲۳- برای مشارکت اجتماعی)، از نظر خبرگان بالاترین اولویت را کسب کرد.

این تناقض ظاهری نشان می‌دهد که خبرگان اهمیت راهبردی حمل‌ونقل را در کیفیت زندگی سالمندان (به‌عنوان زیرساخت دسترسی به همه خدمات) بیش از شدت صرف شکاف در نظر گرفته‌اند. ترکیب این دو رویکرد در گام تلفیق، امکان اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد را فراهم کرد: یافته‌های کمی، شدت مسئله را نشان دادند و خروجی دلفی، جهت‌گیری عملی و اولویت‌های اجرایی را مشخص ساخت. به عبارت دیگر، روش‌های کمی پاسخ به سؤال "وضعیت موجود چگونه است؟" و دلفی پاسخ به سؤال "از کجا باید شروع کرد؟" را ارائه دادند. در نهایت، فرایند بازآرایی (ادغام مؤلفه‌های هم‌پوشانه در چهارمحور راهبردی) با استفاده از هر دو منبع داده انجام شد و الگوی نهایی را شکل داد. جدول (۱۵) این نقش‌های مکمل را به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

جدول ۱۵- نقش مکمل روش‌های کمی و کیفی در فرایند پژوهش

معیار مقایسه	روش‌های کمی (آزمون t)	تکنیک دلفی (کیفی)
هدف	سنجش وضعیت موجود و تعیین شدت شکاف‌ها	اعتبارسنجی، پالایش و اولویت‌بندی شاخص‌ها
منبع داده	داده‌های پیمایشی از ۳۵۱ سالمند	نظرات و قضاوت‌های ۱۵ خبره
ابزار اصلی	پرسش‌نامه محقق ساخته (۳۶ گویه) + آزمون t تک‌نمونه‌ای	پرسش‌نامه دلفی در سه دور
خروجی اصلی	تعیین شکاف معنادار در همه شاخص‌ها ($P > 0.001$) با بیشترین شکاف در Q8، Q6، Q4	تعیین چهار اولویت نخست: حمل‌ونقل، ایمنی، درمان، میلمان
نقش در پژوهش	تبیین علمی "چیستی" و "چقدری" مسئله	تعیین "از کجا شروع کنیم؟" و "چگونه اولویت‌بندی کنیم؟"
کاربرد در الگو	تعیین شدت نیاز در هر محور	تعیین ترتیب و اولویت مداخلات در هر محور

(منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۵)

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر، به وضوح نشان داد که شهر اسدآباد با میانگین کلی ۲/۰۳ از ۵، فاصله‌ای معنادار و گسترده با معیارهای شهر دوستدار سالمند دارد و ۳۴ گویه از ۳۶ گویه مورد بررسی در سطح پایین‌تر از حد مطلوب (نمره مرجع ۳) قرار گرفته‌اند که بیانگر شکاف عمیق در ابعاد کالبدی، خدماتی و اجتماعی-مشارکتی است. بیشترین ضعف‌ها در حوزه‌های خدمات حمایتی و درمانی تخصصی سالمندان با میانگین ۱/۴۲ (نشان‌دهنده نبود زیرساخت‌های مراقبت در منزل، فیزیوتراپی و مشاوره روان‌شناسی)، عدم استانداردسازی مسکن‌های جدید با میانگین ۱/۶۵ (افزایش ساخت‌وساز بدون رعایت اصول طراحی جهانی)، کمبود زیرساخت‌های فیزیکی شامل: فضاهای سبز، پیاده‌روهای ایمن و دسترسی به بانک و درمانگاه، و ناکارآمدی حمل‌ونقل عمومی شناسایی شد؛ این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین در شهرهای تبریز، کرمانشاه و ورامین همسو است و نشان می‌دهد که ناکارآمدی در تحقق شهر دوستدار سالمند، مسئله‌ای عمومی در نظام برنامه‌ریزی شهری ایران است، هرچند در شهر میانی اسدآباد به دلیل عدم توازن منطقه‌ای در توزیع خدمات، شکاف در زیرساخت‌های فیزیکی و خدمات تخصصی عمیق‌تر از کلان‌شهرهاست. در مقابل، دو نقطه قوت نسبی شامل: "احترام عمومی مردم به سالمندان" با میانگین ۳/۹۵ و "رفتار مناسب رانندگان" با میانگین ۳/۶۸ شناسایی شد که نشان‌دهنده وجود سرمایه اجتماعی مثبت در

جامعه محلی و بستری مناسب برای اجرای برنامه‌های مشارکتی و بین‌نسلی است، هرچند این نگرش مطلوب به‌تنهایی نمی‌تواند جبران‌کننده کمبودهای ساختاری و خدماتی باشد. اجماع خبرگان در تکنیک دلفی نیز همراستا با یافته‌های کمی اما با اولویت‌بندی راهبردی متفاوت (با تأکید بر حمل‌ونقل به‌عنوان بالاترین اولویت با میانگین ۴/۴۶ و ضریب توافق ۰/۸۶)، چهارمحور بهینه‌سازی زیرساخت‌های فیزیکی، توسعه خدمات بهداشتی تخصصی، تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی و بهبود دسترسی‌های فضایی و فناوریانه را برای مداخله فوری تأیید کرد که اعتبار الگوی پیشنهادی را افزایش می‌دهد؛ با این حال، پژوهش با محدودیت‌هایی چون مقطعی‌بودن، اتکا به داده‌های سرشماری ۱۳۹۵، خوداظهاری پاسخ‌دهندگان، عدم بررسی متغیرهای تعدیل‌گر (درآمد، سواد سلامت، حمایت خانوادگی) و تعمیم‌پذیری محدود به شهر اسدآباد مواجه است که ضرورت انجام پژوهش‌های طولی و تطبیقی را برای تأیید تجربی پیامدهای الگو و امکان‌سنجی تعمیم به سایر شهرهای میانی ایران آشکار می‌سازد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد ترکیبی (کمی-کیفی) و تلفیق داده‌های پیمایشی از ۳۵۱ سالمند با نظرات ۱۵ خبره، موفق به شناسایی شکاف‌های معنادار در هشت مؤلفه شهر دوستدار سالمند در شهر اسدآباد شد و با استفاده از فرایند سه‌گانه تلفیق (شناسایی شکاف‌های کمی، اولویت‌بندی خبرگان، بازآرایی مؤلفه‌ها)، الگوی توسعه شهری مبتنی بر رویکرد شهر دوستدار سالمند را ارائه نمود. بر پایه تلفیق نتایج کمی و اجماع خبرگان و با طی فرایند بازآرایی که طی آن پنج‌محور خروجی دلفی (زیرساخت‌های حمل‌ونقل و پیاده‌راه‌ها، ایمنی و روشنایی شهری، خدمات درمانی و بهداشتی، فضاهای عمومی و سبز، مبلمان و کاربری‌های خدماتی) با ادغام دو محور فضاهای عمومی و مبلمان شهری به‌دلیل هم‌پوشانی مفهومی و اجرایی و اولویت یکسان در دلفی (میانگین ۴/۳۲ و ۴/۲۱)، به چهارمحور نهایی تبدیل شدند، پژوهش الگویی متشکل از چهارمحور راهبردی را برای حرکت اسدآباد به‌سوی شهر دوستدار سالمند پیشنهاد می‌کند: نخست، بهینه‌سازی زیرساخت‌های فیزیکی از طریق مناسب‌سازی فضاهای عمومی، احداث پیاده‌روهای ایمن، ایجاد پارک‌های قابل‌دسترسی و به‌کارگیری اصول طراحی جهانی در مسکن‌های جدید؛ دوم، توسعه خدمات بهداشتی تخصصی شامل: ایجاد کلینیک‌های سالمندان، خدمات مراقبت در منزل، واحدهای سیار سلامت و آموزش کادر درمان؛ سوم، تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی با تشکیل شورای سالمندان، برنامه‌های بین‌نسلی، فعالیت‌های داوطلبانه و کمپین‌های مقابله با کلیشه‌های سنی و چهارم، بهبود دسترسی‌های فضایی و فناوریانه از طریق حمل‌ونقل عمومی مناسب، ساده‌سازی فرایندهای اداری، اپلیکیشن‌های کاربرپسند و آموزش سواد دیجیتال به سالمندان.

دست‌آورد علمی این پژوهش در دو سطح قابل تبیین است: نخست، شناسایی الگوی شکاف در شهر میانی اسدآباد که نشان‌داد برخلاف کلان‌شهرها، در این شهر سرمایه اجتماعی (احترام عمومی با میانگین ۳/۹۵ و رفتار رانندگان با میانگین ۳/۶۸) وضعیت نسبتاً مطلوبی دارد، اما شکاف در زیرساخت‌های فیزیکی و خدمات تخصصی (با میانگین ۱/۴۲) به‌مراتب عمیق‌تر است که ضرورت برنامه‌ریزی متمایز برای شهرهای میانی را آشکار می‌سازد؛ دوم، ارائه روش‌شناسی تبدیل مؤلفه‌های هشت‌گانه WHO به الگوی عملیاتی از طریق فرایند سه‌گانه تلفیق که می‌تواند الگویی برای سایر شهرهای میانی ایران باشد. اجرای این محورها با مشارکت‌گری شهروندان، نظارت مستمر و تخصیص بودجه کافی می‌تواند به کاهش انزوای اجتماعی، افزایش استقلال عملکردی و ارتقای کیفیت زندگی

سالمندان اسدآباد منجر شود؛ هرچند تأیید تجربی این پیامدها مستلزم پژوهش‌های طولی و ارزشیابی پس از اجرای مداخلات است. پژوهش‌های آینده باید به بررسی طولی اثرات این مداخلات، مطالعات تطبیقی در سایر شهرهای متوسط ایران و تحلیل نقش متغیرهای تعدیل‌گر مانند: سواد، درآمد و حمایت خانوادگی در ادراک سالمندان از دوستدار سالمندی شهر بپردازند.

منابع

- برزنجعه‌عطری، شیرین؛ اسراری‌باسمنج، حسن؛ شیخ‌نژاد، لیلا؛ اصغری جعفرآبادی، محمد؛ حسین‌زاده، مینا و جبارزاده تبریزی، فرانک. (۱۴۰۱). دیدگاه سالمندان درباره مؤلفه‌های شهرهای دوستدار سالمند: یک مطالعه مقطعی. تصویر سلامت، ۱۳(۳)، ۲۹۶-۳۱۰.
- [SID. HTTPS://SID.IR/PAPER/1020545/FA](https://sid.ir/paper/1020545/fa)
- تبریزی، نازنین؛ نوذاصل، سهند؛ نقوی، مریم و اسماعیلی، مجید. (۱۳۹۷). سنجش نگرش گردشگران سالمند به شهر مشهد از نظر شاخص‌های شهر دوستدار سالمند. نشریه گردشگری شهری، ۵(۳)، ۸۳-۹۹.
- [10.22059/JUT.2018.235473.337](https://doi.org/10.22059/JUT.2018.235473.337)
- حسین‌زاده دلیر، کریم، و پیشنماز اهری، سعیده. (۱۴۰۲). شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر برنامه‌ریزی و طراحی شهر دوستدار سالمند؛ نمونه موردی: کلان‌شهر تبریز. پژوهش‌های جغرافیای برنامه‌ریزی شهری، ۱۱(۴)، ۴۲-۶۵.
- [10.22111/GAIJ.2023.43471.3060](https://doi.org/10.22111/GAIJ.2023.43471.3060)
- حسین‌قلی‌زاده، رضا؛ رهنما، محمد و برغمندی، حسن. (۱۳۹۹). ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در مناطق شهری مشهد. جغرافیا و توسعه، ۱۸(۶۰)، ۳۷۴-۳۹۵.
- [10.22059/JHGR.2015.51385](https://doi.org/10.22059/JHGR.2015.51385)
- حسینی، حاتم. (۱۳۹۱). تحلیل جمعیت‌شناختی سالخوردگی جمعیت در ایران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۷(۱۳)، ۷-۳۲.
- [HTTPS://WWW.JPAIASSOC.IR/ARTICLE 722463.HTML](https://www.jpaiassoc.ir/article/722463.html)
- موسوی، میرنجف و بایرام‌زاده، نیما. (۱۴۰۳). تحلیل روند سالخوردگی جمعیت در کشورهای شبه‌قاره هند. مطالعات شبه‌قاره، انتشار آنلاین.
- [10.22111/jsr.2024.47248.2392](https://doi.org/10.22111/jsr.2024.47248.2392)

References

- Fainstein, Susan S. 2008. Mega-projects in New York, London and Amsterdam. *International Journal of Urban and Regional Research* 32 (4): 768-785. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.2008.00826.x>.
- Harvey, D. (2008). The right to the city. *New Left Review*, 53, 23-40. <https://davidharvey.org/media/righttothecity.pdf>
- United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). (2016). *World Cities Report 2016: Urbanization and development - emerging futures*. United Nations. <https://unhabitat.org/world-cities-report>
- United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). (2016). *The New Urban Agenda*. United Nations. <https://habitat3.org/the-new-urban-agenda/>
- Den Ouden, M. E. M., Schuurmans, M. J., Arts, I. E. M. A., & van der Schouw, Y. T. (2011). Physical performance characteristics related to disability in older persons: A systematic review. *Maturitas*, 69(3), 208-219. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.04.008>
- Soja, Edward W. (2010). *Seeking Spatial Justice*. University of Minnesota Press. <https://www.upress.umn.edu/9780816666683/seeking-spatial-justice/>
- Gehl, Jan. (2010). *Cities for People*. Washington: Island Press, 269 pp. ISBN 978-1-58726-573-7.
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin*, 60(1), 1-42. https://www.researchgate.net/publication/239586880_Global_Aging_The_Challenge_of_Success

- Wolfgang F. E. Preiser, Elaine Ostroff (2001). Universal design guidelines. Center for Universal Design, North Carolina State University. https://books.google.com/books/about/Universal_Design_Handbook.html?id=s9FHAQAAIAAJ
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Human aging: Universal changes in a later life and factors affecting healthy human aging. Science, 277(5327), 1433-1438. <https://scispace.com/pdf/john-rowe-and-robert-kahn-1997-successful-ageing-the-gjfg8nop9j.pdf>
- World Health Organization. (2007). Global age-friendly cities: A guide. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2007). Global Age-Friendly Cities: A Guide. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2011). Global strategy and action plan on ageing and health 2013–2020. Geneva: WHO.