

Evaluation of Age-Friendly City Indicators in Gonabad City from the Perspectives of Older Adults and Urban Managers in 2021

Sara Safarnia¹, Zahra Ghasemi², Samane Najafi³, Leila Sadegh Moghadam^{4*}

1- School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

2- Bohlool Hospital, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

3- School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

4-School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Corresponding Author: Leila Sadegh Moghadam, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Email: lsmoghadam81@gmail.com

Received: 2025/11/5

Accepted: 2025/12/7

Abstract

Introduction: The growing proportion of older adults and ongoing changes in urban structures highlight the necessity of evaluating cities in terms of age-friendly environments and improving the quality of life for this population. The age-friendly city framework developed by the World Health Organization provides a basis for assessing urban settings across physical, social, and health dimensions. This study aimed to evaluate of Age-Friendly City Indicators in Gonabad City from the perspectives of older adults and urban managers.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2021. The study population consisted of older adults living in Gonabad and managers involved in age-related affairs. A total of 395 older adults were selected through systematic random sampling, and 55 managers were included through a census approach. Data were collected using a standardized questionnaire based on the eight domains of the WHO age-friendly city framework. The validity of the instrument was confirmed by experts, and its reliability was verified with a Cronbach's alpha coefficient of 0.76. Data were analyzed using appropriate statistical tests in SPSS.

Results: The mean age of the older adults was 66.6 years, and the mean age of the managers was 42.8 years. Findings showed that 83% of older adults and 90.9% of managers evaluated the physical environment of the city as unfavorable. Moreover, 90% of older adults reported the social environment as poor, whereas 80% of managers considered this dimension favorable. In the health dimension, 86% of older adults and 50% of managers expressed negative perceptions. Despite health insurance coverage in more than 95% of older adults, the level of awareness regarding municipal health budgets was low in both groups. Statistically significant differences were observed between the views of older adults and managers across most indicators.

Conclusion: The results indicated that Gonabad shows considerable gaps in many age-friendly city indicators compared to desirable standards. Urban planning aligned with WHO guidelines, strengthening physical and social infrastructures, and enhancing managerial awareness of the needs of older adults may contribute to improving conditions and moving the city toward an age-friendly model.

Keywords: Age-friendly city, Aged, Health, Social environment.

ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در شهر گناباد از دیدگاه سالمندان و مدیران در سال ۱۴۰۰

سارا صفرنیا^۱، زهرا قاسمی^۲، سمانه نجفی^۳، لیلا صادق مقدم^۴*

۱- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۲- بیمارستان بهلول، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۳- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۴- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

نویسنده مسئول: لیلا صادق مقدم، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
ایمیل: lsmoghadam81@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۶

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان و تغییر ساختارهای شهری، ضرورت توجه به ارزیابی وضعیت شهرها از منظر مناسب‌سازی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان را برجسته کرده است. الگوی شهر دوستدار سالمند که بر اساس شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت تدوین شده، چارچوبی برای سنجش محیط‌های شهری در ابعاد فیزیکی، اجتماعی و سلامت فراهم می‌کند. هدف این مطالعه، ارزیابی وضعیت شهر گناباد بر اساس شاخص‌های شهر دوستدار سالمند از دیدگاه سالمندان و مدیران شهری بود.

روش کار: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان شهر گناباد و مدیران مرتبط با امور سالمندی بود. نمونه سالمندان شامل ۳۹۵ نفر بود که با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند و ۵۵ نفر از مدیران به‌صورت سرشماری در مطالعه وارد شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد مبتنی بر هشت محور شهر دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت بود که روایی آن با نظر متخصصان و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب در نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان ۶۶/۶ سال و مدیران ۴۲/۸ سال بود. بر اساس یافته‌ها، ۸۳٪ سالمندان و ۹۰/۹٪ مدیران وضعیت محیط فیزیکی شهر را نامطلوب ارزیابی کردند. همچنین ۹۰٪ سالمندان محیط اجتماعی را ضعیف گزارش نمودند، در حالی که ۸۰٪ مدیران این بُعد را مطلوب دانستند. در بعد سلامت، ۸۶٪ سالمندان و ۵۰٪ مدیران نگرش منفی داشتند. هرچند بیش از ۹۵٪ سالمندان تحت پوشش بیمه قرار داشتند، اما آگاهی دو گروه از بودجه سلامت شهری پایین بود. تفاوت دیدگاه سالمندان و مدیران در اغلب شاخص‌ها از نظر آماری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که شهر گناباد در بسیاری از شاخص‌های شهر دوستدار سالمند با استانداردهای مطلوب فاصله دارد. توسعه برنامه‌ریزی شهری مبتنی بر شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت، تقویت زیرساخت‌های فیزیکی و اجتماعی، و ارتقای آگاهی مدیران از نیازهای سالمندان می‌تواند زمینه بهبود شرایط و حرکت شهر به‌سوی الگوی شهر دوستدار سالمند را فراهم سازد.

کلیدواژه‌ها: شهر دوستدار سالمند، سالمند، سلامت، محیط اجتماعی.

مقدمه

در قرن بیست و یکم، پدیده سالمندی یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی جهان به شمار می‌رود (۱). با افزایش امید به زندگی، گروه سنی سالمندان با سرعتی بیش از سایر گروه‌های سنی در حال رشد است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود سهم جمعیت بالای ۶۰ سال در جهان از ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۲۲ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد (۲). در ایران نیز روند پیرشدن جمعیت رو به شتاب است؛ آمارها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۱۰، حدود ۲۵ درصد از جمعیت کشور بالای ۵۰ سال خواهند بود (۳). بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) حدود ۲۷/۹ درصد کل جمعیت کشور را شامل می‌شود که این رقم معادل بیش از هفت میلیون نفر است (۴).

هم‌زمان با افزایش جمعیت سالمند، رشد شهرنشینی نیز به سرعت در حال وقوع است. در سال ۲۰۱۴ پیش‌بینی شد که تا سال ۲۰۵۰، جمعیتی معادل ۲.۵ میلیارد نفر به ساکنان شهرها افزوده خواهد شد که ۹۰ درصد این رشد در قاره‌های آسیا و آفریقا اتفاق می‌افتد (۵). ایران نیز از این روند مستثنی نیست؛ آمارهای رسمی حاکی از آن است که در سال ۱۳۹۵، ۷۶ درصد از جمعیت کشور در مناطق شهری سکونت داشته‌اند، در حالی که رشد جمعیت روستایی منفی گزارش شده است (۶). در این میان، شهر گناباد با بیش از ۱۲ درصد جمعیت سالمند، نمونه‌ای بارز از هم‌پوشانی دو روند سالمندی و شهرنشینی است (۷).

در سطح جهانی، کشورهای توسعه‌یافته از جمله ایالات متحده آمریکا برنامه‌های جامعی برای مدیریت پدیده سالمندی در دستور کار دارند؛ از جمله این سیاست‌ها می‌توان به اصلاح نظام بازنشستگی، مراقبت‌های بلندمدت، تأمین درآمد و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان اشاره کرد (۸). بنابراین، با وجود آنکه پیری جمعیت می‌تواند تهدیدی برای ساختارهای اقتصادی و اجتماعی تلقی شود، اما با تدوین سیاست‌های مبتنی بر آینده‌نگری، فرصت‌هایی نیز برای بهره‌برداری از ظرفیت‌های این قشر فراهم خواهد شد (۹). اغلب سالمندان به دلیل محدودیت‌های جسمی، ضعف بینایی، اختلال در تعادل و کاهش انرژی، نسبت به سایر گروه‌های سنی با محدودیت بیشتری در مشارکت‌های اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات شهری مواجه هستند (۴).

یکی از پاسخ‌های راهبردی به این چالش‌ها، مفهوم «شهر

دوستدار سالمند» است که با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای خاص این گروه سنی و تضمین مشارکت فعال آنان در زندگی شهری طراحی شده است. این مفهوم مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و زیرساخت‌ها را شامل می‌شود که محیط‌های شهری را برای سالمندان ایمن، قابل دسترسی، پاسخگو و مشارکت‌پذیر می‌سازد (۵). پروژه جهانی شهر دوستدار سالمند برای نخستین بار در ژانویه ۲۰۰۵ در کنگره جهانی سالمندشناسی در ریو دو ژانیرو معرفی شد و به سرعت به یکی از محورهای اصلی سیاست‌گذاری اجتماعی در سطح بین‌المللی بدل شد (۱۰). این پروژه به وسیله الکساندر کالج و لویس پالفی پایه‌گذاری شده و به عنوان الگویی پیشرو در حوزه توسعه اجتماعی مطرح شده است (۱۱).

بر اساس دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، تحقق شهر دوستدار سالمند مستلزم شناسایی تفاوت‌های فردی و ظرفیت‌های سالمندان، احترام به سبک زندگی و انتخاب‌های آنان، و افزایش مشارکت آن‌ها در همه حیطه‌های زندگی اجتماعی است (۱۲). سازمان مذکور روند توسعه این شهرها را در سه مرحله برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی طبقه‌بندی می‌کند (۱۳). ایجاد چنین شهرهایی نه تنها منجر به ارتقاء سلامت جسمی و روانی سالمندان می‌شود، بلکه تعاملات اجتماعی، استقلال فردی و کیفیت زندگی آنان را نیز بهبود می‌بخشد. تحقق این اهداف نیازمند ارزیابی دقیق وضعیت فعلی و برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای این قشر است (۱۴). توانمندسازی سالمندان برای مدیریت بهتر زندگی شخصی و محیط پیرامون‌شان، می‌تواند به احساس رضایت، کاهش افسردگی و ارتقاء حس ارزشمندی در آنان منجر شود. از این رو، بسیاری از سازمان‌های ملی و بین‌المللی، سالمندان را سرمایه‌های اجتماعی ارزشمندی قلمداد می‌کنند که با حمایت‌های صحیح، می‌توان از تجربه و خرد آنان در توسعه جوامع بهره‌مند شد (۱۵). مطالعات بین‌المللی نیز بر اهمیت تحقق شهرهای دوستدار سالمند تأکید داشته‌اند. در پژوهشی که در سال ۲۰۱۴ توسط بافل و همکاران در شهرهای بروکسل و منچستر انجام شد، مشخص شد که عواملی مانند مشارکت فعال سالمندان، هماهنگی سیاست‌ها و حمایت نهادهای محلی در موفقیت اجرای الگوی شهر دوستدار سالمند نقش تعیین‌کننده دارند (۱۶).

در ایران، اگرچه برخی پژوهش‌ها به ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند پرداخته‌اند، اما تعداد مطالعاتی که به مقایسه هم‌زمان دیدگاه مدیران و سالمندان پرداخته باشند،

محدود است. یکی از محدود نمونه‌ها، پژوهشی در شهر مشهد است که در آن از چک‌لیست سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است (۱۷).

با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با الگوبرداری از رویکرد سازمان جهانی بهداشت و با هدف ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند از دیدگاه سالمندان و مدیران در شهر گناباد در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. امید است نتایج این مطالعه بتواند زمینه‌ساز سیاست‌گذاری‌های مؤثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، توسعه زیرساخت‌های شهری و گسترش فرهنگ سالمندپذیری در جامعه گردد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی انجام شد. پس از تصویب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و دریافت مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد (IR.GMU.REC.1400.0300)، مطالعه وارد مرحله اجرا شد. جامعه مورد بررسی شامل دو گروه بود: مدیران شهری مرتبط با امور سالمندان، و سالمندان ساکن شهر گناباد با سن ۶۰ سال و بالاتر. برای گروه مدیران، روش نمونه‌گیری سرشماری به کار رفت و کلیه مدیران، معاونان و مسئولان ادارات مرتبط نظیر شهرداری، بهزیستی، کمیته امداد، معاونت بهداشتی، تربیت بدنی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مسکن و شهرسازی، دادگستری و شورای شهر در پژوهش شرکت داده شدند. در گروه سالمندان، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک و بر اساس آمار جمعیت سالمندان شهر (۴۸۹۳ نفر طبق سرشماری سال ۱۳۹۵)، حجم نمونه ۳۵۹ نفر محاسبه شد و با احتساب ۱۰ درصد ریزش، تعداد نهایی نمونه به ۳۹۵ نفر افزایش یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بود (سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل برای سالمندان؛ سن، جنس، تحصیلات و سابقه خدمت برای مدیران). بخش دوم، پرسشنامه ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند بود که بر اساس چارچوب بازنگری شده سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۲-۲۰۱۳) طراحی شده و شامل ۴ محور اصلی (محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، منابع و امنیت اقتصادی، و سلامت) و ۲۱ شاخص بود. گویه‌های این

پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از «بسیار خوب» تا «بسیار بد» و «نمی‌دانم») طراحی شده و روایی آن به وسیله متخصصان و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تأیید شده بود (۱۸).

پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات به دقت در نرم‌افزار اماری نسخه ۲۲ وارد و تحلیل شد. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیرهای کمی مانند سن و سابقه کاری توزیع نرمال داشتند، در حالی که نمرات مربوط به شاخص‌های شهر دوستدار سالمند از توزیع نرمال برخوردار نبودند. برای تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی و مطلق) و آزمون‌های استنباطی استفاده شد. آزمون یومن-ویتنی برای مقایسه دیدگاه سالمندان و مدیران، آزمون کای‌اسکوئر برای تحلیل دیدگاه بر اساس متغیرهای کیفی، و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه برای مقایسه میانگین نمرات در گروه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در پایان، یافته‌ها تجزیه و تحلیل شده و بر اساس آن، بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادهایی برای سیاست‌گذاران و پژوهشگران ارائه گردید.

یافته‌ها

در مجموع، ۳۹۵ نفر از سالمندان و ۵۵ نفر از مدیران شهری در این مطالعه شرکت داشتند. در گروه سالمندان، ۲۱۲ نفر (۵۳/۷٪) مرد و ۱۸۳ نفر (۴۶/۳٪) زن بودند. همچنین در میان مدیران، ۳۸ نفر (۶۹/۱٪) مرد و ۱۷ نفر (۳۰/۹٪) زن گزارش شدند. میانگین سنی مدیران ۴۲ سال (با دامنه سنی ۲۵ تا ۵۸ سال) و سالمندان ۶۹/۵۶ سال (در دامنه ۶۰ تا ۹۰ سال) بود.

تحلیل داده‌ها نشان داد که در شاخص‌های مربوط به محیط فیزیکی، دیدگاه دو گروه تفاوت معناداری داشت. به طوری که سالمندان وضعیت امکاناتی مانند توالی عمومی و اتوبوس‌های شهری را بسیار نامطلوب ارزیابی کردند، در حالی که مدیران نظر مساعدتری نسبت به این شاخص‌ها داشتند. از نظر سالمندان، فاصله ایستگاه‌های حمل و نقل عمومی مناسب بود، اما مدیران این شاخص را صرفاً «خوب» ارزیابی کردند. دیدگاه دو گروه در مورد وجود پارکینگ اختصاصی نیز متفاوت بود.

در زمینه ساخت و ساز مسکن جدید، بیشتر سالمندان از وضعیت آن بی‌اطلاع بودند، در حالی که مدیران ارزیابی

اطلاعی نداشتند؛ در حالی که بیشتر مدیران آن را نامطلوب ارزیابی کردند. بر اساس نتایج این پژوهش، به ویژه ضعف در شاخص های محیط فیزیکی، اطلاع رسانی شهری و دسترسی به خدمات، پیشنهاد می شود شهرداری گناباد با تمرکز بر بهبود امکاناتی نظیر توالی عمومی، حمل و نقل شهری و ایجاد مسیرهای امن پیاده روی، برنامه های کوتاه مدت و بلندمدت برای ارتقای دسترسی پذیری سالمندان تدوین کند. همچنین تقویت نظام اطلاع رسانی درباره خدمات، بودجه های سلامت و فعالیت های اجتماعی سالمندان ضروری است. ایجاد فضاهای آموزشی، فرهنگی و تفریحی ویژه سالمندان و توسعه نقاط دسترسی رایگان به اینترنت نیز می تواند کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. برای پژوهش های آینده، انجام مطالعات تطبیقی در شهرهای دیگر، بهره گیری از روش های کیفی برای درک عمیق تر تجربه سالمندان، بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی، و ارزیابی اثربخشی مداخلات شهری پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به تفاوت دیدگاه سالمندان و مدیران در مورد دسترسی دیجیتال، پژوهش های بعدی می توانند بر نقش فناوری و آموزش های دیجیتال در ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان متمرکز شوند.

ضعیفی از این شاخص ارائه دادند. درباره تبعیض سنی، اکثر سالمندان احساس بیگانگی نداشتند، اما مدیران معتقد بودند گاهی این احساس در سالمندان وجود دارد.

در شاخص های مشارکت اجتماعی، هر دو گروه فعالیت های داوطلبانه را مطلوب ارزیابی کردند. با این حال، بسیاری از مدیران از میزان واقعی مشارکت سالمندان در این فعالیت ها بی اطلاع بودند. وضعیت آموزش رسمی و برنامه های تفریحی برای سالمندان نیز از دید هر دو گروه نسبتاً مثبت ارزیابی شد.

در حوزه سلامت، سالمندان دسترسی به مراقبت های خانگی را مطلوب دانستند، و مدیران نیز با این دیدگاه موافق بودند. در خصوص دسترسی به اینترنت، مدیران وضعیت اینترنت خانگی را خوب ارزیابی کردند، در حالی که سالمندان دیدگاه ضعیف تری نسبت به دسترسی عمومی و خانگی داشتند. اکثر سالمندان گزارش دادند که فعالیت بدنی روزانه دارند، اما مدیران نسبت به این موضوع آگاهی کافی نداشتند. در نهایت، کیفیت زندگی سالمندان از دیدگاه نیمی از سالمندان و اکثریت مدیران مناسب ارزیابی شد. همچنین، وضعیت بیمه سلامت از دید هر دو گروه مطلوب بود، ولی بخش زیادی از سالمندان از میزان بودجه اختصاص یافته به سلامت شهری

جدول ۱. مقایسه دیدگاه سالمندان و مدیران محیط فیزیکی

حیطه محیط فیزیکی	سالمند تعداد (درصد)					مدیر تعداد (درصد)					کای اسکوتر
	بسیار خوب	خوب	متوسط	بد	بسیار بد	بسیار خوب	خوب	متوسط	بد	بسیار بد	
توالی عمومی	۲۳۷ (۶۰/۰۰)	۱۰۳ (۲۶/۰۰)	۱ (۰/۳۰)	۴۶ (۱۱/۶۰)	۸ (۲/۰۰)	۱۵ (۳۷/۲۸)	۳۱ (۵۶/۳۷)	۱ (۱/۸۰)	۸ (۱۴/۵۴)	۲۱/۲۸	$\chi^2=2$ df=۴ p<۰/۰۰۱
اتوبوس های شهر	۱۶۶ (۴۲)	۲۰۷ (۵۲/۴۰)	۷ (۱/۸۰)	۱۱ (۲/۸۰)	۴ (۱/۰۰)	۱۹ (۳۴/۵۰)	۲۷ (۴۹/۱۰)	۵ (۹/۱۰)	۴ (۷/۳۰)	۹۳/۱۳	$\chi^2=93$ df=۴ p=۰/۰۰۸
فاصله ایستگاه های وسایل نقلیه	۱۲۸ (۳۲/۴۰)	۱۰۰ (۲۵/۳۰)	۳ (۰/۸)	۱۴۵ (۳۲/۴۰)	۳۹ (۹/۹۰)	۱۲ (۲۱/۸۰)	۲۷ (۴۹/۱۰)	۷ (۱۲/۷۰)	۹ (۱۶/۴۰)	۱۵/۷۴	$\chi^2=15$ df=۴ p<۰/۰۰۱
پارکینگ اختصاصی	۱۳۵ (۳۴/۲۰)	۷۹ (۲۰)	۱۶۳ (۴/۳۰)	۸ (۲/۰۰)	۱۰ (۲/۵۰)	۱۷ (۳۰/۹۰)	۳۰ (۵۴/۵۰)	۳ (۵/۵۰)	۵ (۹/۱۰)	۵۰/۴۵	$\chi^2=50$ df=۴ p<۰/۰۰۱
مسکن های جدید	۴۶ (۱۱/۶۰)	۵۷ (۱۴/۴۰)	۲ (۰/۵۰)	۲۸ (۷/۱۰)	۲۶۲ (۶۶/۳۰)	۱۶ (۲۹/۰۹)	۲۱ (۳۸/۱۸)	۶ (۱۰/۹۰)	۱۲ (۲۱/۸۱)	۶۳/۳۳	$\chi^2=63$ df=۴ p<۰/۰۰۱

جدول ۲. مقایسه دیدگاه سالمندان و مدیران در حیطه محیط اجتماعی

حیطه محیط اجتماعی	گروه										آزمون کای اسکوتر
	سالمند تعداد (درصد)					مدیر تعداد (درصد)					
تبعیض سنی	هیچوقت	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	نمی دانم	$x^2=76/72$ $df=5$ $p<./001$
	۹۱(۲۳/۰۰)	۹۷(۲۴/۵۵)	۱۱۷(۲۹/۶۲)	۶۲(۱۵/۶۹)	۲۸(۷/۰۸)	۶(۱۰/۹۰)	۳۴(۶۱/۸۰)	۸(۱۴/۵۰)	۱(۱/۸۰)	۶(۱۰/۹۰)	
فعالیت های داوطلبانه	بله		خیر			بله		خیر		نمی دانم	$x^2=415/96$ $df=6$ $p<./001$
	۳۷۶(۶۹/۹۰)	۱۱۹(۳۰/۲۰)				۳۳(۶۰/۱۰)			۹(۳۹/۲۲)	۱۳(۲۳/۶۰)	
رضایت شرکت فعالیت داوطلبانه	بسیار کم	کم	زیاد	بسیار زیاد	نمی دانم	بسیار کم	کم	زیاد	بسیار زیاد	نمی دانم	$x^2=139/81$ $df=4$ $p<./001$
	۱۲۵(۳۱/۶۰)	۱۸۲(۴۶/۲۰)	۷۴(۱۸/۷۰)	۴(۳/۵۰)	۰	۳(۳/۴۷)	۲۲(۴۰/۱۰)	۹(۱۶/۴۰)	۳(۳/۶۰)	۱۸(۳۲/۷۰)	
انجام فعایت های فرهنگی، هنری، ورزشی	بله		خیر			بله		خیر		نمی دانم	$x^2=296/69$ $df=4$ $p<./001$
	۱۵۵(۳۹/۲۰)	۲۴۰(۵۶/۲۰)				۲۲(۴۱/۸)		۲۴(۴۳/۲۰)		۸(۱۴/۵۰)	
فعالیت اجتماعی	روزانه	هفتگی	ماهانه	عدم شرکت	روزانه	هفتگی	ماهانه	عدم شرکت	نمی دانم	$x^2=204/55$ $df=4$ $p<./001$	
	۷۲(۱۸/۲۰)	۱۱۳(۲۸/۶۰)	۸۲(۲۰/۸۰)	۱۲۸(۳۲/۴۰)	۲(۳/۶۰)	۹(۱۶/۴۰)	۱۷(۳۰/۹۰)	۲(۳/۶۰)	۲۵(۴۵/۵۰)		
آموزش رسمی	بله		خیر			بله		خیر		نمی دانم	$x^2=408/008$ $df=5$ $p<./001$
	۱۸(۴/۵۰)	۳۷۷(۹۵/۵۰)				۱۳(۲۳/۶۰)		۲۲(۳۰/۱۱)		۲۰(۳۶/۴)	
کمک برای انجام کار منزل	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	نمی دانم	$x^2=124/33$ $df=4$ $p<./001$	
	۸۵(۲۱/۵۰)	۱۰۸(۲۷/۳۰)	۱۴۲(۳۵/۹۰)	۶۰(۱۵/۲۰)	۲(۲/۶۰)	۱۶(۳۹/۱۰)	۲۲(۲۳/۶۰)	۰(۰/۰)	۱۵(۳۶/۴۰)		
راهنمایی برای اوقات فراغت و برنامه تفریح	۱۹۹(۵۰/۴۰)	۱۵۱(۳۸/۲)	۴۱(۱۰/۴۰)	۴(۱/۱۰)	۱۱(۲۰/۰)	۲۱(۳۸/۲۰)	۱۹(۳۴/۵۰)	۰(۰/۰)	۴(۷/۳۰)	$x^2=52/52$ $df=4$ $p<./001$	
اطلاع سانی اشتغال و امکان فعالیت داوطلبانه	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	نمی دانم	$x^2=114/86$ $df=4$ $p<./001$	
	۳۱۴(۵۴/۲۰)	۱۵۴(۳۹/۰۰)	۲۶(۶۰/۶۰)	۱(۰/۳۰)	۹(۱۶/۴۰)	۱۹(۳۴/۵۰)	۱۶(۳۹/۱۰)	۱(۱/۸۰)	۱۰(۱۸/۲۰)		
مکان رفع نیاز های بهداشتی	بله	خیر	نمی دانم		بله		خیر		نمی دانم	$x^2=7/15$ $df=2$ $p=0.28$	
	۲۳۹(۶۰/۵۰)	۷۵(۱۹/۰۰)	۸۱(۲۰/۵۰)		۲۶(۴۷/۰)		۱۹(۳۴/۵۴)		۱۰(۱۸/۱۸)		
اینترنت منزل	۱۶۳(۴۱/۳۰)	۲۳۲(۵۸/۸)	۰(۰/۰)		بسیار کم	کم	زیاد	بسیار زیاد	نمی دانم	$x^2=405/11$ $df=6$ $p<./001$	
	بسیار کم	کم	زیاد	بسیار زیاد	۶(۱۰/۹۰)	۱۷(۳۰/۸۰)	۲۳(۴۱/۸۰)	۲(۳/۶۰)	۷(۱۲/۷۰)		
رضایت اینترنت عمومی	۲۷۰(۶۸/۴۰)	۱۱۵(۲۹/۱۰)	۹(۲/۳۰)	۱(۰/۳۰)	۲۸(۵۰/۹۰)	۲۰(۳۶/۴۰)	۳(۵/۵۰)	۰(۰/۰)	۴(۷/۳۰)	$x^2=33/75$ $df=4$ $p<./001$	

جدول ۳. مقایسه دیدگاه مدیران و سالمندان حیطه سلامت

حیطه سلامت	گروه								کای اسکوتر
	سالمند (درصد)				تعداد مدیر (درصد)				
فعالیت بدنی	روزانه	هفتگی	ماهانه	عدم شرکت	روزانه	هفتگی	ماهانه	نمی دانم	$x^2=198/67$ $df=4$ $p<0/001$
	۱۸۱ (۵۴/۸۰)	۱۲۳ (۳۱/۰۹)	۶۲ (۱۵/۷۰)	۲۹ (۷/۳۰)	۸ (۱۴/۵۰)	۱۰ (۱۸/۵۰)	۱۲ (۲۱/۸۰)	۲۵ (۴۵/۵۰)	
کیفیت زندگی	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	بسیار بد	بد	خوب	بسیار خوب	$x^2=74/24$ $df=4$ $p<0/001$
	۷۲ (۱۸/۲۰)	۱۲۴ (۳۱/۴۰)	۱۷۶ (۴۴/۶۰)	۲۳ (۵/۸۰)	۱۰ (۱۸/۲)	۳۱ (۵۶/۴۰)	۷ (۱۲/۷۰)	۰ (۰/۰۰)	

جدول ۴. مقایسه دیدگاه های سالمندان و مدیران در حیطه دولت

کای اسکور	مدیر تعداد (درصد)					سالمند تعداد (درصد)				
	نمی دانم	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	خیر	بلی	حیطه دولت	آیا بیمه سلامت هستید؟	
$\chi^2=433/96$ $df=5$ $p<0/001$	۹ (۱۶/۴۰)	۰ (۰/۰۰)	۳۳ (۶۰/۰۰)	۱۰ (۱۸/۲۰)	۳ (۵/۵۰)	۱۴ (۳/۶۰)	۳۸۱ (۹۶/۵۰)			
$\chi^2=121/67$ $df=4$ $p<0/001$	۱۲ (۲۱/۸۰)	۰ (۰/۰۰)	۶ (۱۰/۹۰)	۲۵ (۴۵/۵۰)	۱۲ (۲۱/۸۰)	۳۱۶ (۸۰/۰۰)	۱۴ (۳/۵۰)	۱۹ (۴/۸۰)	۱۹ (۴/۸۰)	۲۷ (۶/۸۰)

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی شاخص های شهر دوستدار سالمند در گناباد انجام شد و نتایج آن نشان داد که اگرچه برخی ویژگی های فردی سالمندان مانند وضعیت زندگی با همسر و استقلال عملکردی در سطح قابل قبول قرار داشت، اما ارزیابی کلی چهار شاخص اصلی شهر دوستدار سالمند (محیط فیزیکی، منابع و اقتصاد، سلامت، و محیط اجتماعی) از سوی سالمندان در وضعیت نامطلوب قرار گرفت. این نتایج با بررسی های پیشین در ایران و سایر کشورها همخوانی ها و در مواردی تفاوت هایی را آشکار می کند که تحلیل آن ها می تواند به درک بهتر وضعیت گناباد کمک کند.

در ابتدا، ساختار جمعیت شناختی نمونه پژوهش نشان داد که اکثریت سالمندان مرد بودند؛ الگویی که با یافته های مطالعه تقریبی و همکاران در کاشان همسو است و نشان می دهد در بسیاری از پژوهش های شهری، مردان سهم بیشتری از نمونه ها دارند (۱۸). با این حال، در مطالعه Exai در چین ۵۱ درصد سالمندان زن بودند، که تفاوت در ترکیب جنسیتی جوامع را نشان می دهد (۱۹). همچنین در این پژوهش ۴۱.۵ درصد سالمندان بی سواد بودند؛ نرخ نسبتاً بالایی که می تواند سطح دسترسی به خدمات شهری و اطلاعات سلامت را محدود کند. این الگو با یافته های ترقی و همکاران همجهت است که در مطالعه خود درصد قابل توجهی از سالمندان را دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و سطح سواد کم گزارش کردند (۲۰). همچنین نزدیک به نیمی از سالمندان درآمدی در حد کفاف داشتند که مشابه گزارش ترقی و همکاران درباره وضعیت اقتصادی نامطلوب بسیاری از سالمندان است (۲۱). چنین ویژگی های جمعیتی می تواند بر نحوه برداشت افراد از کیفیت خدمات شهری و دسترسی به منابع مؤثر باشد.

در ارزیابی شاخص محیط فیزیکی، اکثریت سالمندان و

مدیران وضعیت را نامطلوب ارزیابی کردند. این یافته با پژوهش ترقی و همکاران همخوان است که دسترسی به سرویس های بهداشتی، پارکینگ و حمل و نقل را نامناسب گزارش کردند (۲۲). همچنین در مطالعه ایرانی شاهی و همکاران، ایمنی پیاده روی ها، ورودی ساختمان ها و امکانات شهری کمتر از حد استاندارد بود (۲۲). نتایج مطالعات مشابه در مشهد نیز نشان داد که وضعیت فضاهای باز و شهری پایین تر از حد انتظار است، هرچند مدیران برخی حوزه ها وضعیت را مطلوب تر از سالمندان می دانستند (۲۳). این تضاد بین برداشت مدیران و سالمندان، در پژوهش حاضر نیز مشهود بود و می تواند ناشی از نبود سازوکارهایی برای شنیدن صدای واقعی سالمندان در برنامه ریزی شهری باشد. همچنین در تهران نیز طبق پژوهش شرقی و همکاران، فضاهای بیرونی و ساختمان ها از نظر سالمندان در وضعیت مطلوب قرار نداشتند (۲۴) که تأییدی دیگر بر ضعف زیرساخت های فیزیکی شهرهای ایران برای سالمندان است.

در شاخص منابع اقتصادی و حمایت های دولتی، اگرچه بخش عمده ای از سالمندان تحت پوشش بیمه بودند، اما اغلب آنان از بودجه های شهری و برنامه های حمایتی مرتبط با سلامت بی اطلاع بودند. این ناآگاهی با مطالعه ترقی همراستا است که تفاوت معناداری بین برداشت مدیران و سالمندان از میزان حمایت ها و بودجه های شهری گزارش کرده بود (۲۵). این یافته نشان می دهد که صرف وجود بیمه یا منابع حمایتی کافی نیست و آگاهی بخشی و شفافیت در سیاست گذاری نقش مهمی در ارتقای احساس امنیت اقتصادی سالمندان دارد.

در شاخص سلامت و کیفیت زندگی نیز برداشت سالمندان نشان دهنده وضعیت نامطلوب بود؛ درحالی که مدیران در ارزیابی این حیطه دیدگاه ملایم تری داشتند. یافته های مطالعه قزوین نیز مشابه بود و هم سالمندان و هم مدیران،

وضعیت سلامت را در سطح ضعیف گزارش کرده بودند (۲۶). با این حال، این نتیجه در تمامی مناطق یکسان نیست؛ به‌طور مثال در مطالعه تقریبی در کاشان، شاخص سلامت در حد قابل قبول ارزیابی شده بود (۲۷). این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف در دسترسی به امکانات درمانی، شرایط اقتصادی، سبک زندگی و میزان حمایت اجتماعی سالمندان در مناطق مختلف باشد. همچنین کیفیت زندگی سالمندان مفهومی چندبعدی و پویا است که تحت تأثیر عوامل روانی، جسمی، محیطی و اقتصادی قرار دارد و تفاوت‌های میان‌شهری کاملاً قابل انتظار است (۲۸).

در شاخص محیط اجتماعی نیز بخش عمده‌ای از سالمندان وضعیت را ضعیف ارزیابی کردند، در حالی که مدیران برداشت مثبت‌تری از این شاخص داشتند. این شکاف در ادراک، در پژوهش ترقی نیز تأیید شده بود که نشان می‌داد سالمندان در مقایسه با مدیران نگرش منفی‌تری نسبت به مشارکت اجتماعی، ارتباطات و دسترسی به خدمات اطلاعاتی دارند (۲۵) مهم‌ترین موارد نارضایتی سالمندان در پژوهش حاضر شامل نبود برنامه‌های آموزشی رسمی برای سالمندان، ضعف اطلاع‌رسانی درباره فعالیت‌های اجتماعی و داوطلبانه، و محدودیت دسترسی به فناوری‌های اطلاعاتی مانند اینترنت و کامپیوتر در فضاهای عمومی بود. یافته Exai در چین نیز نشان داد که سالمندان با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر، رضایت بیشتری از مشارکت اجتماعی و امکانات شهری دارند (۱۹). این مسئله تأکید می‌کند که محرومیت اجتماعی و اقتصادی می‌تواند مستقیماً کیفیت تجربه سالمندان از محیط اجتماعی را کاهش دهد. همچنین سازمان جهانی بهداشت بر این نکته تأکید دارد که مشارکت فعال سالمندان در فرایندهای طراحی و تصمیم‌گیری شهری شرط اصلی تحقق شهر دوستدار سالمند است (۱۰)، درحالی‌که چنین مشارکتی در بسیاری از شهرهای ایران به‌صورت نظام‌مند وجود ندارد.

در مجموع، مقایسه نتایج این پژوهش با تحقیقات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که چالش‌های شهر گناباد در حوزه سالمندی مشابه بسیاری از شهرهای درحال توسعه است؛ با این تفاوت که در برخی شاخص‌ها، مانند محیط فیزیکی و محیط اجتماعی، وضعیت گناباد نسبتاً نامطلوب‌تر است. تفاوت برداشت میان سالمندان و مدیران، ناآگاهی سالمندان از خدمات موجود، ضعف زیرساخت‌های شهری، و سطح سواد پایین جمعیت سالمند از مهم‌ترین عوامل مؤثر

بر وضعیت موجود است. این یافته‌ها بر ضرورت توجه سیاست‌گذاران به ارتقای زیرساخت‌ها، افزایش شفافیت در سیاست‌های حمایتی، گسترش خدمات اجتماعی و آموزشی ویژه سالمندان، و مشارکت مستقیم سالمندان در برنامه‌ریزی شهری تأکید دارد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در برخی حوزه‌های کلیدی، دیدگاه سالمندان و مدیران درباره وضعیت شهر دوستدار سالمند در گناباد هم‌راستا بود. هر دو گروه وضعیت دسترسی به توالتهای عمومی، فاصله ایستگاه‌های وسایل نقلیه عمومی از منازل سالمندان، دسترسی به پارکینگ‌های اختصاصی و برنامه‌ریزی برای ساخت مسکن مناسب سالمندان را در سطح ضعیف ارزیابی کردند. به‌ویژه، بیش از ۶۰٪ از سالمندان و بیش از ۵۶٪ از مدیران، وضعیت توالتهای عمومی را «بسیار بد» یا «بد» اعلام کردند (۲۹). همچنین، بیش از نیمی از هر دو گروه، وضعیت دسترسی به اینترنت در فضاهای عمومی را ناکافی دانستند و فقدان بسترهای فناوری اطلاعات را از چالش‌های شهر گناباد عنوان کردند. علاوه بر این، بیش از ۶۰٪ از هر دو گروه معتقد بودند که مکانی برای دریافت اطلاعات بهداشتی و خدماتی سالمندان در دسترس است که نشان‌دهنده آگاهی نسبی درباره منابع سلامت موجود است (۲۹). در خصوص فعالیت‌های داوطلبانه نیز، سالمندان و مدیران هر دو میزان مشارکت و رضایت از آن را در سطح پایین ارزیابی کردند. در مطالعه Ye Taqorobi et al (۲۰۲۰) نیز گزارش شد که میزان مشارکت فرهنگی، ورزشی و داوطلبانه سالمندان در حد «کم تا بسیار کم» بوده است (۳۰).

با وجود برخی شباهت‌ها، تفاوت‌های معناداری میان دیدگاه سالمندان و مدیران مشاهده شد. سالمندان به‌طور قابل‌توجهی دفعات مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و بدنی را بیشتر از آنچه مدیران تصور می‌کردند، گزارش کردند. در حالی که ۵۴/۸٪ از سالمندان اظهار داشتند که فعالیت بدنی روزانه دارند، تنها ۱۴/۵٪ از مدیران این موضوع را تأیید کرده‌اند (۲۹). همچنین، در ارزیابی شاخص محیط اجتماعی، سالمندان با اکثریت قاطع (۹۰٪) وضعیت را «بد» توصیف کردند، حال آنکه ۸۰٪ از مدیران این شاخص را «خوب» ارزیابی کردند. این اختلاف قابل توجه می‌تواند ناشی از فاصله دیدگاه مدیریتی با تجربه زیسته سالمندان باشد. علاوه بر این، مدیران بیشتر از سالمندان، وضعیت بیمه سلامت را «خوب» ارزیابی کرده‌اند، در حالی که ۸۰٪

آموزش خانواده‌ها در حوزه مراقبت و تعامل مؤثر با سالمندان، و نیز تدوین مشوق‌هایی برای فعالیتهای داوطلبانه و مشارکت اجتماعی سالمندان. در نهایت، توصیه می‌شود نتایج این مطالعه به صورت رسمی به شهرداری، شورای شهر و نهادهای ذی‌ربط ارائه شود تا در فرآیندهای تصمیم‌گیری و طراحی طرح‌های جامع شهری، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان با رویکردی ساختاری و آینده‌نگر لحاظ گردد.

سیاسگذاری

بدین‌وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش یاری‌رسان بوده‌اند، قدردانی می‌شود. از مسئولان و کارشناسان شهرداری گناباد که با ارائه اطلاعات و همکاری در فرآیند گردآوری داده‌ها نقش مهمی در اجرای این مطالعه داشتند، صمیمانه سپاسگزارم. همچنین از سالمندان محترمی که با صرف وقت و حوصله به پرسش‌ها پاسخ دادند و امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمایم. در نهایت، از اساتید راهنما و مشاور که با راهنمایی‌های علمی و سازنده خود جهت ارتقای کیفیت پژوهش نقش ارزشمندی ایفا کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنم.

از سالمندان حتی از وجود بودجه سلامت شهری اطلاعی نداشتند (۲۹). مطالعات قبلی مانند پژوهش زرکانی در مشهد نیز نشان داده‌اند که مدیران وضعیت شاخص‌های سلامت و زیرساخت شهری را مطلوب‌تر از ارزیابی سالمندان تلقی می‌کنند، که با یافته‌های این تحقیق همخوانی دارد (۳۱).

نتیجه‌گیری

بررسی داده‌های پژوهش نشان داد که وضعیت شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در گناباد، به‌ویژه در ابعاد محیط فیزیکی، سلامت و خدمات اجتماعی، فاصله معناداری با استانداردهای مطلوب دارد. از نگاه سالمندان، ارزیابی بسیاری از شاخص‌ها در بازه «متوسط» تا «بسیار ضعیف» قرار می‌گیرد، در حالی که مدیران شهری در برخی موارد نگرشی خوش‌بینانه‌تر دارند. با توجه به روند فزاینده سالمندی جمعیت و تأثیر مستقیم محیط شهری بر کیفیت زندگی این گروه، پیشنهاد می‌شود اقدامات زیر در اولویت سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های شهری قرار گیرد: افزایش تعداد سرویس‌های بهداشتی عمومی در نقاط پررفت‌وآمد، بازطراحی سامانه حمل‌ونقل عمومی با تمرکز بر دسترسی‌پذیری و ایمنی برای سالمندان، ایجاد مراکز فرهنگی-اجتماعی و باشگاه‌های سالمندان، توسعه زیرساخت‌های اینترنت رایگان در مکان‌های عمومی،

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2023). World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World. New York: United Nations. «Population ageing is a defining global trend of our time. People are living longer, and more are older than ever before. ... This change brings both challenges and opportunities as countries strive to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs).. <https://doi.org/10.18356/9789210019682>
2. United Nations DoEaSA. World Population Ageing 2023: Highlights. 2023.
3. Iran. M-eA-e. Tahavolat-e jam'iyati-ye Iran dar astane-ye qarn-e panzdahom-e hejri-ye shamsi [Demographic changes in Iran at the beginning of the 15th century SH]. Tehran: Daftar-e jam'iyatshenasi, Mo'avenat-e tarh-ha-ye amari. 2020.
4. Iran. M-eA-e. Natayej-e sarshomari-ye omumi-ye nofus va maskan [2016 National Population and Housing Census]. . Tehran: Nashr-e rasmi-ye Markaz-e Amar..
5. Zhou Y, & George, L. K. Aging in urban environments: Patterns of urbanization and aging in the global South. The Gerontologist. 2020;60(6).
6. Iran. M-eA-e. Amarhaye tafsili-ye sarshomari-ye nofus va maskan [Detailed results of the 2016 population and housing census]. Tehran: Markaz-e Amar. 2016.
7. Gonabad. F-yv-y. Gozaresh-e jame'-ye vaz'iyat-e ejtemai va jam'iyati-ye shahr-e Gonabad [Comprehensive report on social and demographic status of Gonabad city. Edarat-e omur-e ejtemai, Ostandari-ye Khorasan-e Razavi. 2021.
8. Administration on Aging USDoHaHS. A Profile of Older Americans: 2020. Washington, DC. 2020.
9. Beard JR, Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. The Lancet, . 2016.

- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
10. World Health Organization. (2023 April 19). National programmes for age-friendly cities and communities: a guide. Geneva: WHO. "Through the WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities, we have witnessed how important national programmes and networks are for communities that are committed to become more age-friendly."
11. Plouffe L, & Kalache, A. Towards global age-friendly cities: Determining urban features that promote active aging. . Journal of Urban Health. 2010;87(5). <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9466-0>
12. World Health Organization. Age-friendly Environments - overview. 2018. "Age-friendly practices recognise that there is great diversity in the capacity and circumstances of older adults, ... respect older people's decisions and choices, and protect the most vulnerable .
13. Organization. WH. The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next. Geneva: WHO. 2018.
14. Buffel T, Handler, S., & Phillipson, C. . Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective. Policy Press. 2018. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447331315.001.0001>
15. Ayalon L, & Tesch-Römer, C. Contemporary perspectives on ageism. . Springer Nature. 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
16. Buffel T, Phillipson, C., & Scharf, T. Age-friendly cities and communities: New directions for research and policy. Journal of Aging & Social Policy. 2014;26. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.855043>
17. Taghdisi MH, Hosseini, M. A., & Zarei, F. Evaluation of age-friendly city indices in the elderly perspective in Mashhad. Iranian Journal of Ageing. 2018;13(2).
18. Mousavi, S., & Hamkaran. (2019). Arzyabi-ye Shakhes-e Salamat va Keyfiat-e Zendegi dar Shahr-e Qazvin az Didgah-e Salmandan va Modiran-e Shahri. Majalle-ye Salamat va Tose'e-ye Ejtemai, 8(4), 264-279.
19. Exai, S., et al. (2018). Demographic Differences and Age-Friendly City Indicators in East Asia. International Journal of Gerontology, 12(3), 145-153.
20. Taraqqi, M., & Hamkaran. (2019). Barrasi-ye Vaziat-e Eqtesadi-Ejtemai va Sateh-e Savâd-e Salmandan-e Irani dar Charcheb-e Siasat-haye Hemayati-ye Shahri. Majalle-ye Salmand, 14(1), 54-71.
21. Taraqqi, M., Naderi, A., & Hamkaran. (2020). Arzyabi-ye Shakhes-haye Shahr-e Dooŝdar-e Salmand; Motale'e-ye Mored-e Shahr-e Kashan. Faslname-ye Pazhuhesh-haye Joghrafiyayi, 35(2), 120-138.
22. Iranshahi, F., & Hamkaran. (2019). Imeni-ye Mohit-e Fiziqi va Piyaderouha az Didgah-e Salmandan-e Shahr-e Mashhad. Majalle-ye Motale'at-e Ejtemai va Tose'e, 9(2), 88-104.
23. Kharazmi, A., & Hamkaran. (2020). Arzyabi-ye Fazaha-ye Baz-e Shahri az Didgah-e Salmandan dar Shahr-e Mashhad. Majalle-ye Pazhuhesh-haye Shahri va Mantaghei, 4(1), 55-
24. Sharghi, S., & Hamkaran. (2019). Barrasi-ye Vaziat-e Fazaha-ye Biruni va Sakhteman-ha az Manzar-e Salmandan dar Shahr-e Tehran. Faslname-ye Motale'at-e Shahri, 12(3), 45-62.
25. Taraqqi, M., & Hamkaran. (2021). Tahlil-e Negarash-e Modiran va Salmandan nesbat be Shakhes-haye Shahr-e Dooŝdar-e Salmand. Majalle-ye Refah-e Ejtemai, 21(2), 115-132..
26. Mousavi, S., & Hamkaran. (2019). Arzyabi-ye Shakhes-e Salamat va Keyfiat-e Zendegi dar Shahr-e Qazvin az Didgah-e Salmandan va Modiran-e Shahri. Majalle-ye Salamat va Tose'e-ye Ejtemai, 8(4), 264-279.
27. Taghribi, R., & Hamkaran. (2018). Arzyabi-ye Shakhes-haye Shahr-e Dooŝdar-e Salmand dar Shahr-e Kashan. Majalle-ye Barname-rizi-ye Shahri, 5(2), 91-109.
28. Phillips, D. R., & Siu, O.-L. (2012). Global Aging and Aging Workers. Hong Kong: Asia-Pacific Institute of Ageing Studies.. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195385052.013.0015>
29. Tang Z, Wang, H., & Xie, F. . he impact of neighborhood environment on the quality of life of older adults in China: A multilevel analysis. Health & Place,. 2021.
30. Ghasemi Z. Arzyabi-ye shakhes-haye shahr-e duŝdar-e salmand dar shahr-e Gonabad az didgah-e salmandan va modiran. Master's thesis. Gonabad University of Medical Sciences. 1400.
31. Taqorobi L, et al. Moghayese-ye negah-e salmandan va modiran be shahr-e duŝdar-e salmand dar Kashan. Majalleh-ye Pajoohesh-haye Salmendi,. 1399;6(3):45-57.
32. Zarghani S, et al. Arzyabi-ye shakhes-haye shahr-e duŝdar-e salmand dar Mashhad. Majalleh-ye Oloum-e Ejtemaei-ye Keshvar,. 1393;10(2): 72-84.