

تبیین و تدوین مؤلفه‌های مؤثر در طراحی فرم معماری محیط‌های درمانی*

حمیدرضا پارسی^{۱*} - مهدیه پورهادی گوابری^۲

۱. دانشیار گروه شهرسازی، دانشکده شهرسازی، پردیس هنرهای زیبا، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۲. دانشجوی دکتری معماری، پردیس بین‌المللی کیش، دانشگاه تهران، کیش، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۰ تاریخ اصلاحات: ۹۸/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۹/۰۶/۱۲ تاریخ انتشار: ۰۰/۰۶/۳۱

چکیده

بسیاری از صاحب‌نظران علوم محیطی برآنند معماری و قابلیت‌های مکانی در کنار پزشکی نقش مهمی بر درمان بیماران دارد. اما تحقیقات نشان داده که به‌رغم معماری و قابلیت مکانی مرتبط با پزشکی، شفا حاصل نشده است. بسیاری مسئله را در نحوه ارتباط شاخصه‌های موجود مکان معماری و نیازهای بیمار می‌دانند، در حالی که مسئله در عدم تکثر فضایی-زمانی در محیط درمان است. لذا سؤال این است: چه ترکیبی از مؤلفه‌ها، چارچوب نظام‌مند، نظری و کاربردی ایجاد می‌کنند که نوعی فضا-زمان متکثر در معماری به‌دست آید و تضاد فضا-زمان بیمار محور با کادر محور حل تا کیفیت شفابخشی بهبود یابد؟ از این رو هدف این پژوهش تدوین مؤلفه‌های نظام‌مند مؤثر در طراحی فرم معماری محیط‌های درمانی است که می‌تواند در حل تضادهای فضایی، تعامل اجتماعی و شفابخشی در بیمارستان‌ها مؤثر باشد. برای این منظور، روش تحقیق بر پیوند شناسی مؤلفه‌ها متمرکز است که از حیث هدف، کاربردی و از حیث روش بر تبیین محتوای نظری یافته‌های تئوریک، میان رشته‌ای و تحلیل تجربی بیمارستان‌ها به انجام رسیده است. کاربست یافته‌های نظری و تجربی نشان می‌دهد که در ابعاد سه‌گانه، مکان متشکل از زمان، فضا و مناسبات انسانی، مناسبات اجتماعی و الگوی فرهنگی آن محتوای واقعی فضاست و از طریق عوامل عملکردی سازمان و معنا می‌یابد و چگونگی ترکیب مؤلفه‌های مدیریتی، اجتماعی، ادراکی و کالبدی در محیط درمانی منجر به تولید فضا-زمان پلورالیستی و ارتقا کیفیت شفابخشی در فرآیند درمان می‌شود.

واژگان کلیدی: محیط درمانی، فضا-زمان، مؤلفه‌های مؤثر، استراتژی‌های ارتباطی، بیمار.

* این مقاله از رساله دکتری معماری نویسنده دوم با عنوان «تحلیل تطبیقی مؤلفه‌های ترکیبی (کالبدی و غیرکالبدی) مؤثر در محیط‌های بیمارستانی و تدوین الگوی مناسب به منظور دستیابی به محیطی شفابخش» استخراج شده که با راهنمایی نویسنده اول در دانشگاه پردیس بین‌المللی کیش دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شده است.

** E_mail: hparsi@ut.ac.ir

۱. مقدمه

موضوع ارائه خدمات درمانی طی دویست سال گذشته با موضوع مطالعات محیطی و معماری گره خورده است. در اواخر دهه ۱۸۰۰، نایتینگل^۱ از اولین افرادی بود که عناصر محیطی مؤثر بر تسریع بهبودی و کاهش فشار روانی بیماران در بیمارستان‌ها را مورد بررسی قرار داد و در این رابطه، اتاق‌های بستری با ارتفاع بیش‌تر، پنجره‌های بزرگ‌تر و تهویه و نور طبیعی مناسب را پیشنهاد نمود. پس از وی، محققان از اواسط دهه ۱۹۷۲ بیش‌تر به واکاوی رابطه بیمارستان‌ها، شرایط طراحی و برنامه‌ریزی محیط پرداختند (بگلی^۲، ۱۹۷۴؛ بالاهان^۳، ۱۹۷۹؛ اولریخ^۴، ۱۹۸۰؛ ریزنستن^۵، ۱۹۸۲؛ اسپنسر^۶، ۱۹۸۶؛ بنسینگ^۷، ۱۹۹۱؛ استوارت^۸، ۱۹۹۵؛ شریعت‌زاده، ۱۹۹۸؛ هیندرون و پولیک^۹، ۲۰۰۰؛ دیلانی^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ لیتل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۱؛ جین سین^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ برگ^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ ویلمز^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ دنلورد^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ ابرلین^{۱۶}، ۲۰۰۸؛ علایی، ۲۰۰۸؛ غزالی و عباس، ۲۰۱۰؛ تیموتی^{۱۷}، ۲۰۱۶؛ تری پیتر^{۱۸}، ۲۰۱۷؛ سیفت^{۱۹}، ۲۰۱۷؛ کرسیکو^{۲۰}، ۲۰۱۸). گام‌های نخست خدمات معماری به پزشکی گام‌هایی عنصرگرایانه و بر حسب مؤلفه‌های جزئی معماری ارزیابی شده و این پژوهش‌ها تنها در برگزیده بخشی از مؤلفه‌های کالبدی شفابخشی است. این تحقیق با رویکرد علوم فرارشته‌ای^{۲۱} و بهره‌گیری از ترکیب همه دانش‌های مرتبط نشان می‌دهد بهترین خدمت معماری به پزشکی، ایجاد تعادل فضا- زمان معماری گروه‌های متکثر اجتماعی در بیمارستان است که از طریق مؤلفه‌های ترکیبی مؤثر در طراحی محیط درمانی حاصل می‌شود. ضرورت آن جدی، اجتماعی و حرفه‌ای و مهم‌ترین خدمت معماری به بهبود انسان‌هاست. لذا سؤال این‌است که: کدام مؤلفه‌های کالبدی، مدیریتی، اجتماعی و غیره چارچوبی نظام‌مند، نظری و کاربردی ایجاد می‌کنند که نوعی فضا- زمان متکثر در معماری به‌دست آید تا تضاد فضا- زمان بیمارمحور را با کادرمحور را حل، در تسهیل تعامل اجتماعی افراد در بیمارستان‌ها مؤثر و کیفیت شفابخشی بهبود یابد؟ بنابراین هدف این پژوهش تدوین مؤلفه‌های مؤثر در طراحی فرم معماری محیط‌های درمانی است. پژوهش حاضر از حیث واقعیت مورد پژوهش بر پیوندشناسی و ساختار متمرکز است، از حیث هدف، کاربردی است و از حیث روش بر تبیین و تفسیر محتوای نظری یافته‌های تئوریک در یک حوزه گسترده میان رشته‌ای اعم از جامعه‌شناسی فضایی- شهری، روانشناسی شهری، مدیریت استراتژیک، برنامه‌ریزی فضایی، معماری و علوم پزشکی، بر محوریت معماری و دانش مدیریت بیمارستانی، بهداشت و سلامت عمومی استوار است. به این منظور ساختار مقاله شامل: الف) چارچوب نظری محتوای فضا- زمان و مناسبات اجتماعی از دیدگاه اندیشمندان است که خود با تعریف اولیه مناسبات اجتماعی بیمار و

کادر درمانی، فضا- زمان در محیط درمانی و مکان درمان شروع و با بحث تحلیلی ادامه می‌یابد. ب) رویکردهای نظری استراتژیک که به رابطه بیمار و کادر درمانی اختصاص دارد و هدف از آن بحث، تعیین استراتژی بهینه به‌عنوان تیپ متعالی (برحسب وبر) است. ج) تبیین چارچوب مفهومی و ارائه مدل مفهومی فضا- زمان، انسان است و ما در پژوهش به تعیین ابعاد و مؤلفه‌های اصلی تیپ برگزیده خواهیم پرداخت. د) مطالعه تجربی بیمارستان‌ها. انجام این مطالعه و انتخاب نمونه‌های مطالعه در زمینه مطالعه بیمارستان‌ها با هماهنگی مسئولین انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به ویژه دکتر پوررضا که دارای تخصص در زمینه بهداشت با زمینه جامعه‌شناسی هستند صورت گرفته است و در نهایت جامعه مورد مطالعه از استان تهران شامل بیمارستان‌های امام خمینی، امیر اعلم، فارابی، روزبه و آتیه و استان گیلان بیمارستان پارس، رازی، پورسینا و بیمارستان گیل در رشت، برای مرحله مطالعه اجمالی و چهار بیمارستان به‌عنوان بیمارستان‌های اصلی مورد مطالعه انتخاب شدند که عبارت‌اند از: بیمارستان امام خمینی و بیمارستان آتیه از تهران و بیمارستان رازی و بیمارستان پارس رشت. با در نظر گرفتن بررسی‌های تجربی در مرحله نهایی به ارائه مدل تطبیقی فضایی- مکانی آن در محیط بیمارستان خواهیم پرداخت.

۲. چارچوب نظری محتوای فضا- زمان و مناسبات اجتماعی

مقوله‌ها و مباحث مختلفی چارچوب نظری و علمی موضوع پژوهش حاضر را شکل می‌دهند. مناسبات اجتماعی بیمار و کادر درمانی، مسأله فضا- زمان در معماری و محیط درمانی، رابطه فضا، زمان و مناسبات انسانی از مهم‌ترین مفاهیم و مباحثی هستند که ادبیات علمی موضوع مقاله را منعکس می‌نمایند.

۲-۱- مسئله وجود، فضا، زمان در معماری

بر اساس چندین قرن تاریخ فلسفه و دانش بشری در مورد فضا و زمان، از ارسطو آموختیم که فضا و زمان دو مقوله پیشینی‌اند و موضوع آن شناخت‌شناسی^{۲۲} است. اما صدرالمتهالین ملاصدرا (پایه‌گذار بنیان نظری مکتب اصفهان) در کتاب اسفار، مرحله هشتم از اسفار اربعه، در قرن دهم هجری به ما آموخت که حرکت، زمان و فضا یکی‌اند، وحدت ذاتی و حرکتی جوهری دارند و ابعاد جوهری وجود مادی‌اند. لذا بحث نه فقط معرفت‌شناسی بلکه هستی‌شناسی^{۲۳} است. او می‌نویسد: زمان عبارت است از مقدار طبیعی متجدد به ذات خود از جهت تقدم و تأخر ذاتیش. هم‌چنان که مقدار جسم تعلیمی محل پذیرش و قبول ابعاد سه‌گانه (طول، عرض و ارتفاع). پس طبیعت دارای دو امتداد و دو مقدار است: یکی تدریجی، زمانی که انقسام وهمی را به متقدم و متأخر زمانی می‌پذیرد و

نظریه فیزیک کوانتومی است که تصویری پلورالیستی از زمان و فضا را شکل می‌دهد. استیفن هاوکینگ در کتاب بی‌سابقه خود، تاریخچه زمان می‌نویسد که: زمان بی‌نیاز از تبعیت از مفهوم الگوی کروئولاجیکال است. زمان قادر به تطابق خود با وضعیت‌های غیر هم‌جهت است که به طور اصولی تحت عنوان نظریه کوانتومی شناخته می‌شود (Hawking, 1988). اگر در آغاز قرن بیستم انیشتین برحسب سرعت به انحنای زمان، فضا و کوتاهی و بلندی آن در دو سرعت زمانی در فضای متفاوت توجه داد. دهه ششم قرن بیستم فهماند که امور و واقعیت‌هایی که معمار و شهرساز با آن روبرو هستند، از نظریه کوانتومی زمان پیروی می‌کند و سیستمی پیچیده، هندسه‌ای فرکتال و منطقی فازی دارند، اما در رابطه با زمان و فضا یک موضوع حل نشده مانده بود که حل آن تا اوایل دهه ۶۰ ممکن نشد و آن موضوع، تقدم زمان و یا فضا بر دیگری بود که چالشی بزرگ بود. حل این نه از طریق علوم تجربی بلکه توسط علم اجتماع مطرح شد. دیوید هاروی دو دسته از نظریه‌های را در ارتباط با فضا و زمان مطرح می‌کند: نظریه‌های اجتماعی و نظریه‌های زیباشناسی. نظریه‌های اجتماعی با رجوع به سنت هگل و مارکس، با رجوع به دیالکتیک، به‌طور کلی در فرمول‌بندی خود زمان را بر فضا برتری می‌دهند. همان‌گونه که تاریخ را بر جغرافیا. آن‌ها با وجود نظم فضایی از پیش موجود، آن را به‌عنوان بستری در نظر گرفته که در درون آن فرآیندهای زمانی تاریخی عمل می‌کنند. نظریه‌های زیباشناسی عمیقاً متوجه فضایی کردن زمان هستند و در پی قانونمندی‌هایی که حقایق جاودانی و غیرقابل تغییر را در بطن سیلان جریانات و تغییر بازنمود کنند. هر سیستمی مانند معماری در واقع نوعی از فضایی‌سازی بود که به طور خود به‌خودی جریان تجربه را منجمد کرده و از این راه آنچه را که در تلاش بیان آن است تغییر شکل می‌دهد (Harvey, 1990). بنابراین بین فضای فیزیکی زیبا و فضای اجتماعی- تاریخی در فرم معماری دچار تنش است. تنش بین فضای مصنوع به‌عنوان شی زیباشناسانه و فضای مصنوع به‌عنوان تولید اجتماعی. تنش بین فضای پویای زندگی واقعی و فضای ایستای ترسیمات دو بعدی آثار معماری و منظر و تنش بین فضای معماری (نه عنوان به ساختمانی ثابت و ساکن) و منظر (دائماً در حال رشد و تغییر)، همه این تنش‌ها بازنمودهایی از تنش بین فضا و زمانند. دیوید هاروی در کتاب عدالت اجتماعی و شهر جغرافیا را به ماتریالیسم تاریخی مارکس می‌افزاید. به عبارت دیگر برقراری پیوست فضا به زمان، وجود، با این آموزه و آگاهی از جهان‌شناسی دهه ۶۰ قرن بیستم تا امروز، موضوع معماری پیچیده‌تر شد: ابژه معماری در زمان‌های هم‌زمان و موازی در تکثری فضایی بر حسب گروه‌ها با الگوهای فرهنگی متفاوت در حال تغییر است. لذا برای فرمی معمارانه بدون توجه به فرآیند تحول فضا و زمان در متن روند اجتماعی و اقتصادی

دیگری دفعی مکانی است که انقسام را به متقدم و متأخر مکانی می‌پذیرد. هم‌زمان با مکتب اصفهان در ایران، در اروپا رنسانس ادراک ما از هستی را تغییر داد. هندسه ساختار مفهومی- معرفتی ما از درک دو بعدی جهان به ویژه در ساحت هنرهای تجسمی در قرون باستان و وسطی به سه بعد فرا روئید. این پویندگی ذهن بدون دور ریختن جهان‌شناسی بطلمیوسی و پذیرش جهان‌شناسی کپرنیکی-گالیله‌ای ممکن نبود. در امتداد این تفکر اسپینوزا این اندیشه را بسط داد. هگل با پیوند فلسفه به تاریخ و زمان، به منطق دیالکتیکی حرکت در ساحت مفهوم در اندیشه اعتبار بخشید و مارکس کاربرد این منطق در زندگی واقعی را پژوهش نمود و با تأکید بر جدایی‌ناپذیری رویدادهای اجتماعی- تاریخی از حرکت ذاتی‌اش در زمان، بخوان دوران در جستجوی قانونمندی‌های کلیت واقعیت در حال حرکت در زمان- فضا نشان داد که مقولات فضا، زمان و مکان به تأثر از پویش‌های شیوه تولید، مالکیت، مناسبات اقتصادی و مناسبات اجتماعی و به وساطت الگوی فرهنگی- اجتماعی قابل درک می‌باشند. لذا آموختیم که واقعیت کلیت در حال تحول در زمان و مکان است و دیالکتیک، منطق شناخت آن. پس دریافتیم که موضوع فضا- زمان به‌قول مینورسکی یک پیوستار چهار بعدی ناگسسته‌ای که از رویدادها و اشیاء وجودی آن مجزا نیست و موضوع مرتبط با هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی و کاملاً منطقی (لاجیکال) است. البته باور داشتیم که هندسه ناقلیدسی لویاچفسکی، نقد نظریه جهان نیوتونی، فلسفه عصر روشنگری، توسعه دانش فیزیکی و تجربی و انقلابات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی به ویژه انقلاب صنعتی چه تأثیری عظیم در هندسه ساختار معرفتی بشر بجا گذاشته بود و بدون آن نه هگل و نه دیگری می‌توانست چنین گام بلندی بردارد. قرن بیستم، قرن مدرن بود و آشنایی جهانیان با نسبیت خاص انیشتین در ۱۹۰۴-۱۹۰۵، پیشرفت در علوم تجربی، اجتماعی و تأثیر هنرمندان هنرهای تجسمی، نمایشی، موسیقی و ادبیات عظیم این دوران، درک انسان‌ها را از جهان، هستی، فضا و زمان به‌طور مداوم تغییر می‌داد. اما این کافی بود؟ آیا قبول زمان به‌عنوان بعد چهارم و اولویت آن بر فضا و مکان همه چیز را حل می‌کرد؟ جواب منفی بود. از درون درک چهاربعدی واقعیت در حال تحول، قرن بیستم شاهد زایش چند جریان بود که تصور مدرن را به چالش کشید و نشان داد که جهان ملزم به تبعیت از تصور مدرن نیست. جریان اول رشد هندسه‌های ناقلیدسی از جهان به ویژه هندسه فرکتال، مجموعه‌های جولیا- جولیاست، غنچه مندلبروت و منحنی لورنتس در پیش بینی، دوم نظریه عدم قطعیت هایزنبرگ، پیدایش نظریه سیستم‌های پیچیده که پیچیدگی آن نه در ابعاد و مقیاس و تعداد عناصر، بلکه پیچیدگی ذاتی و رفتار آشوب‌گونه آن سیستم و سوم کشف بزرگ لطفی‌زاده در منطق فازی و چهارم توسعه

گروه‌های تولیدکننده و باز تولیدکننده ممکن نیست. با دیدن فضا به مثابه محصولی اجتماعی، می‌توانیم بعد چهارم یعنی زمان پلورالیستی و فضای پلورالیستی را در درک فضایی خود جای دهیم. چرا که در روابط اجتماعی است که به‌کارگیری مفهوم فضا- زمان ممکن می‌شود و چنین تحرکی به روابط اجتماعی- فضا بستر تجربه زیسته در فضا را ممکن می‌کند و آن را از طریق خاطره جمعی جاودان می‌کند. بر این مبنای ادراک زمان و فضا، همزمانی و در زمانی و موازی بودن آن در مجموعه‌هایی از فرآیندهای درهم تنیده روان‌تنی متکی بر خاطره جمعی- تاریخی و به وساطت واسطه‌های فرهنگی- اجتماعی شکل می‌گیرد. هیچگاه یک طرح واحد مفهومی کامل وجود ندارد و همواره برحسب گروه‌های اجتماعی و واسطه‌های فرهنگی آن‌ها تجربه فضا- زمان برای انسان‌ها ساخته می‌شود و موجد تمایز است. وظیفه معمار درک این پیچیدگی و حل تعارضات است. بنابراین طراح معمار امروز موظف است بدانند که واقعیت بی‌حرکت در زمان و فضا وجود ندارد و فرم اثر معماری در سطح تولید وابسته طرحواره ذهنی است که ساخت ذهنی آن پروسه‌ای است فرهنگی- اجتماعی که در گروه‌های اجتماعی متفاوت تمایز دارند و طلب فضا- زمانی متفاوت می‌کنند. او می‌داند که در پاسخ و همسو با جهان‌شناسی متکثر ابعاد امروز، فرم معماری نیز نیاز به انعطاف‌پذیری، تنوع‌پذیری، تطبیق‌پذیری و تغییرپذیری دارد تا در طراحی «شدن در زمان، درجه‌ای از آزادی و سیالیت» ممکن شود.

۲-۲- مناسبات اجتماعی بیمار و کادر درمانی

مناسبات اجتماعی بیمار و کادر شفابخش در محیط بیمارستان به سه طریق بر سلامت تأثیر می‌گذارد: ساز و کارهای رفتاری، مکانیسم روانی و فیزیولوژیکی. روابط اجتماعی ایده‌آل، رابطه‌ایی است که در آن کادر درمانی احساس یکرنگی، روراستی و توجه مثبت بی‌قید و بند و شرط به منظور اثربخشی درمان بیمار دارد. این‌گونه رابطه می‌تواند به‌عنوان کلید اصلی و سازنده محیط درمانی بیمار محور باشد (Weston, 1995). بر این مبنای امروزه دانسته‌ایم که، اینک امکان مؤثری برای ظهور تفسیری متفاوت، از هم‌جهت بودن ادراک زمان و فضا، همزمانی و در زمانی و موازی بودن آن، در همه و همچنین معماری وجود دارد که باید از آن بهره برد. معمار امروز در کار خود نمی‌تواند صرفاً بر اساس اصول زیبایی‌شناسی یا عملکردی، اثری خلق کند. او برای معنا بخشیدن به اثر موظف به کاربرد مجموعه‌ای از فرآیندهای در هم تنیده روان‌تنی متکی بر خاطره‌های جمعی- تاریخی است. معمار امروز می‌داند که بناها در تشکیل حافظه تاریخی جامعه و در تداوم زمانی آن مؤثرند. همچنین زمان اثر ویژه‌ای بر شکل‌گیری خاطره جمعی- تاریخی دارد. او می‌داند که تجربه و طرحواره ذهنی انسان‌ها از زمان به قول ویگوتسکی (Vygotsky)

(1978) و نظریه ورج (۲۰۰۲) به وساطت واسطه‌های فرهنگی- اجتماعی شکل می‌گیرد.

۲-۳- فضا- زمان در محیط درمانی

معماری امروز طراحی کلیت واقعیت در حال حرکت در فضای متکثر محتوای فضای بیمارستان‌ها- روابط و رویدادها است که در تباین‌ها و تغییرات فضایی چندگانه بر حسب زمان: ادراک همزمانی، در زمانی و زمان‌های موازی بیمار، کادر پرستاری و پزشکان متجلی است. در این‌جا، ادراک فضا- زمان در معماری بیمارستانی برحسب آشنایی با آگاهی از هندسه معرفتی گروه‌های اجتماعی است که منطبق با جهان‌شناسی است. فضا ظرف یا بستری برای رویدادها، کنش‌ها و فرآیندهای حیات نیست، بلکه روابط و تعامل، کنش‌ها و فرآیندهایی گوناگون و متکثر هستند که به شکل‌گیری فضای دائماً در تغییر (شدن) می‌انجامند. شکل‌گیری فضا مسلتم سکون و انجماد آن در زمان نیست، بلکه «ارتباط»، «حرکت» و «تغییر» دائمی منجر به شکل‌گیری فضا می‌شوند. فقط فضای انتزاعی و مطلق است که می‌تواند مستقل از زمان تصور شود. زمان را نمی‌توان تقسیم و تفکیک کرد و امکان وجود وقفه در زمان به برشی از زمان زائیده تصویری انتزاعی است که می‌تواند مستقل از زمان تصور شود. برش‌هایی ایستا در زمان حتی اگر تا بی‌نهایت متکثر باشند نمی‌توانند منجر به شدن (تغییر) بشوند (Massey, 2005). به‌طور مثال در مسیر لابی بیمارستان تا اتاق بستری، فضایی در طی زمان کشف می‌شود، مثلاً جلوه گل‌ها در مسیر راه یا هم صحبت بودن با همراهان و دیگر افراد بستری شده و غیره. تماماً فضاهای متعددی را برای فرد تعریف می‌کند. با توجه به آنچه گفته شد زمان مفهومی است که با گذر از آن می‌توان به عمق معماری پی‌برد.

۲-۴- مکان درمان

مکان فضایی به فرم درآمده است که کارکرد و معنای آن را درون مرزهایی فیزیکی محصور متبلور می‌کند (Cas-tells, 1999). مکان در فضا گسترده می‌شود و نمی‌توان موضوعی ثابت و ایستا تلقی شود. کلیت جهان هستی و هر آنچه که در ارتباط با مکان است در تغییر و تحولی دائمی است، حتی آنچه که به ظاهر ایستا به نظر می‌رسد (Massey, 2005). مکان زمانی مکان می‌شود که انسان در ارتباط با لایه‌های دیگر وجود خود قرار گیرد. این لایه‌ها در فضای درمان می‌تواند توسط فعالیت‌های مشترک با دیگر هموعان، در ارتباط با طبیعت قرار گرفتن و یا در کنج محیط مصنوع قرار گرفتن، نمایان و روشن شود و بدین صورت انسان با لایه‌های دیگر وجود خود که به نوعی دیگر در عالم خارج نیز وجود دارند، آشنا می‌شود و بدین ترتیب شناخت او از محیط پیرامون و خویش‌افزون می‌شود. اما آنچه این مکان‌ها را به لحاظ اجتماعی فعال می‌سازد، در

مسأله بر سر یک چیز است: این‌که آیا منافع شخصی یا حرفه‌ای گروهی اقلیت به هر بهانه می‌تواند توجیه‌کننده سلطه بر اکثریت مطلق جامعه، طبیعت و محیط‌زیست باشد؟ در مقابل باید نگاهمان در مقام نخست بر غلبه نفع عمومی بر سودفردی و سپس بازتعریف سیاست اصل «حق بر شهر» باشد. حقی که در نهایت حق بر سبک زندگی، بر زندگی روزمره و بر بدن است. فضا و مکان از نظر مارکس^{۳۹}، هم ابزار و هم نیروی تولید تحت حاکمیت سرمایه‌داری است. ویژگی دوگانه فضا به مثابه یک فرآورده و نیز ابزار تولید است، جنبه تجریدی آن به‌عنوان کالایی که به شکلی روزافزون خصلت بت‌انگارانه می‌یابد مهم است. مالکیت و کنترل فضا، عاملی مهم در سازمان‌دهی و تداوم سرمایه‌داری است، از خود بیگانگی چیزی جز جدایی فرد از ماهیت کارش نیست (ابراهیمی، ۱۳۸۸). موضوع رابطه انسان، فضا و زمان با فوکو و اندیشه‌های او درباره قدرت عمق پیدا کرده و در تحلیل فضای بیمارستان، تیمارستان و دانشگاه مورد استفاده قرار می‌گیرد. از نظر او، فضا استعاره‌ای برای موضع یا ظرف قدرت است که معمولاً، به استثنای برخی مواقع، مانع از رهایی می‌شود. فوکو می‌گوید فضایی که در آن زندگی می‌کنیم و در آن از خودمان فراتر می‌رویم، درست جایی است که فرسایش زمانی رخ می‌دهد. فوکو بر این باور بود که اضطراب‌ها و تشویش‌های زندگی کنونی اساساً مربوط به فضاهایی است که در آن قرار داریم، همان‌طور که فوکو به خوبی می‌نویسد: فضا مرده، ثابت، غیردیالکتیکی و بی‌حرکت تلقی می‌شد. برعکس، زمان، پرمایگی، پرباری، زندگی و دیالکتیکی است (Foucault, 1980). آنچه توجه فوکو را در دنیای پزشکی به خود جلب می‌کند نظارت پزشکی است. سلطه بر انسان‌ها با نظارت پزشکی. دنیای پزشکی با قدم نهادن در تمام حیطه‌های زندگی انسان خود را مجاز به نظارت بر آن حوزه‌ها دانسته و سعی در اعمال قدرت و نفوذ خود در آن‌ها دارد. پزشکان در همه جا اعمال قدرت می‌کنند و درباره هر موضوعی که به نوعی با انسان و کالبد وی در ارتباط باشد نسخه می‌پیچند (Foucault, 2012). به گمان بوردیو، از راه پیوند دیالکتیکی میان تن و ساختار سازمان‌مند فضا و زمان است که کنش‌های معمول و بازنمایی‌ها تعیین می‌پذیرند (Bourdieu & Wacquant, 1999). هانا آرنت^{۴۰} معتقد است همه کسانی که هنر برقراری ارتباط را دارند، باید آزاد باشند تا بتوانند فضا را توسعه دهند. فضا نباید در انحصار یک گفتمان یا حتی گفتمان اراده عمومی باشد، زیرا این خطر وجود دارد که گروه‌ها افراد خودشان را سخنگوی اراده عمومی معرفی و قدرت را قبضه و کل جامعه را تابع اراده خود کنند (Beiner, Arendt, Cavell, Larmore, O'Neill, Kateb, & Bilski, 2001). به نظر هابرماس^{۴۱}، گفتگویی که به شکل اراده و عقیده عمومی منجر شود باید در وضعیت آرمانی گفت‌وگو حاصل شود و هیچ رابطه قدرتی بین

درجه اول عوامل کالبدی است که بتواند زمینه ساز ورود و سپس توقف افراد درون فضا باشد که در این باره می‌توان به عواملی چون دسترسی‌ها، جاذبه‌های بصری، عوامل طبیعی و بسیاری عوامل دیگر از این دست اشاره نمود. اما آنچه بیش از ابعاد کالبدی در حضور و تعامل اجتماعی افراد مؤثر است، پیش‌بینی و خلق رویدادهای اجتماعی است که در عین ایجاد فرصت‌های مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، می‌تواند زمینه‌ساز ارتقا حس تعلق به مکان باشد (Lenard & Lennard, 1984).

۲-۵- تحلیل ترکیبی و تفسیری از آراء برخی اندیشمندان درباره (رابطه فضا، زمان و مناسبات انسانی)

رابطه فضا، زمان و مناسبات انسانی موضوع مطالعات گسترده‌ای است. این موضوع را می‌توان در دو جهت متفاوت مشاهده کرد. یکی در جهت مطالعات پسااستعماری و دیگری در جهت مطالعات مدرنیته شهری (Giedion, 1971). در اینجا پای چهره‌هایی بسیار درخشان مانند اریک هابسباوم^{۴۲}، فرنان برودل^{۴۳} (و مکتب آنال به‌طور کلی)، پیتر برگر^{۴۴} (و مکتب تاریخ فرهنگی به‌طور کلی) میشل فوکو^{۴۵}، پیر بوردیو^{۴۶}، ژان بودریار^{۴۷}، ژاک دریدا^{۴۸}، طلال اسد^{۴۹}، اریک ولف^{۵۰}، جودیت باتلر^{۵۱}، ادوارد سعید^{۵۲}، دیوید هاروی^{۵۳}، مارک اوژ^{۵۴} و غیره به میان می‌آیند که هر یک به صورتی تلاش می‌کنند ابعاد بحرانی و گاه تراژیکی که امروز ما از خلال آن‌ها در حال تجربه فضا، زمان و روزمرگی هستیم را روشن و تحلیل کنند. در این میان سهم ادوارد تی‌هال^{۵۵} و کتاب خارق‌العاده او «بعد پنهان» بلامنزاع است. گروهی به نام اندیشه‌های پسامدرن به دنبال نظریه‌های فوکو، بوردیو و لوفور با رویکرد نظری انتقادی موقعیت‌های فضایی مدرنیته پیشرفته را تحلیل و نسبت به خطرات بالفعل یا بالقوه آن‌ها هشدار می‌دهند. در این میان نظریه‌های مارک اوژ در نظریه نامکان‌ها، به قابلیت‌های هویت‌زدایی مکان‌های جدید و فضاهایی که از هویت خالی و صرفاً با مقاصد سودجویانه سرمایه‌داری به وجود می‌آیند، تأکید شده است. با علم بر تفاوت و اشتراکات معماری و شهرسازی در تأثیرپذیری فضای پزشک مدار از نظام اقتصادی جامعه که طی مصاحبه‌های انجام شده طرح شده و این که هر دو فضاهای ادراکی هستند، نظریه‌پردازی چون ساسکیا ساسن^{۵۶}، در حوزه شهرسازی توضیح می‌دهد که چگونه سلطه سودجویی‌های اقتصادی بر انسان شهری سبب حرکت شهرها به طرف نوعی آشفتگی و بی‌هویتی می‌شود. دیوید هاروی در نظریه «حق به شهر» شهروندی را نه یک وظیفه بلکه یک حق می‌داند. این حق بیش از هر کجا از طریق فضا قابل تعریف است. فضا از بدن به مثابه یک فضای فردی و شخصی و خصوصی تا شهر و کشور و دولت تداوم پیدا می‌کند. در خصوص رابطه فضا و مناسبات انسانی و بهره‌گیری فضایی انسان‌ها برای سلطه در همه جا

۳. رویکردهای نظری استراتژیک به رابطه بیمار و کادر درمانی

با توجه به مطالعات انجام شده و با بهره‌گیری از نظریه برنامه‌ریزی و بسط آن در معماری، مدل‌های مختلفی با هدف تنویر کردن ارتباط پزشک، بیمار و پرستار، مطرح شده است.

۳-۱- معرفی رویکردهای استراتژیک

چهار استراتژی در قالب جدول ۱ قابل طبقه‌بندی است.

جدول ۱: استراتژی‌های پیشنهادی معماری

منطقی - غیرمنطقی	چهار استراتژی معماری	
	دوره آغازین صنعت (غلبه بر لیبرال و مدرنیسم)	دوره پسامدرن (پسا صنعت)
	تمرکز - عدم تمرکز	دموکراتیک (Democratic) مردم‌سالاری (عدم تمرکز)
	سانترالیسم (Centralisation) تمرکزگرایی (مرکزیت)	
	استراتژی سلطه فضا- زمان پزشک و کادر درمانی - مرکزگرا، پزشک‌مدار، عقل محور	استراتژی فضا- زمان پلورالیسم - راحتی بیمار
	استراتژی فضا- زمان مقطعی - جزئی- ناپیوسته تابع سانترالیسم - کنترل پزشک به صورت مقطعی	استراتژی سلطه فضا- زمان بیمار بر روی پزشک و کادر - دموکراتیک از پایین به بالا - از بیمار به پزشک و مسئولان
	فضا- زمان مطلق RATIONAL - عقلانیت ابزاری - بوروکراسی	
	فضا- زمان نسبی ERATIONAL - ضعف در بوروکراسی و سلطه - ضعف در جامعیت عقلی در تمام سطوح - نسبی‌گرایی، اقدام اصلاحی	

با بیمار آن را چنین بیان می‌کنند: من پزشک هستم، من بهتر می‌دانم (Graham & Oakley, 1981). فوکو نیز بر تمرکز منحصر به فرد بر فضاهای سرکوب سازمان‌یافته (بیمارستان‌ها و دیگر نهادهای کنترل اجتماعی) بحث مفصلی دارد. هاروی مناسبات سرمایه‌داری را دلیل مناسبات اجتماعی سلطه‌مدارانه کادر پزشکی در محیط درمانی می‌داند که، فرد بیمار در محیط حق انتخاب و کنترل محیط را نخواهد داشت. با این شرایط فضا و قدرت، درهم تنیدگی پیدا می‌کنند. اینجاست که فضا به صورت کالای بسته‌بندی شده در می‌آید و قابل فروش می‌شود (Harvey, 2016).

۳-۲-۲- استراتژی فضا- زمان پلورالیسم (کثرت‌نگاری)

به زعم هاروی حق به شهر حقی است هدفمند نه انحصاری بلکه شامل همه کسانی است که به تجدید تولید زندگی روزمره کمک می‌کنند (Harvey, 2012)؛ بنابراین، استراتژی کثرت‌گرا در پی راه حلی در مناسبات اجتماعی بیمار و کادر درمانی است که مسئله حق به بیمار در آن برجسته شود. روابط اجتماعی در بیمارستان منعکس کننده روابط موجود در کل جامعه است. مطابق نظر لوفور هر چه میزان مشارکت، تملک و تخصیص فضا در فضاهای

دو طرف گفت و گو حاکم نباشد (Habermas, 1984). با توجه به مطالب فوق، که موضوع مناسبات اجتماعی کنش‌های فضایی و زمانی را به کانون مطالعه تبدیل کرده، این امکان هست که استراتژی‌های مناسبات اجتماعی در محیط‌های درمانی را در چارچوبی پویاتر و در مقولات نظام سرمایه‌داری قرار دهیم، زیرا بدیهی است که فضا و زمان نمی‌تواند مستقل از نظام عمل اجتماعی درک شود.

۳-۲- بحث و استدلال چهار استراتژی فوق

متناسب با ادبیات علمی بررسی شده، به بحث و واکاوی چهار استراتژی فوق پرداخته شده است.

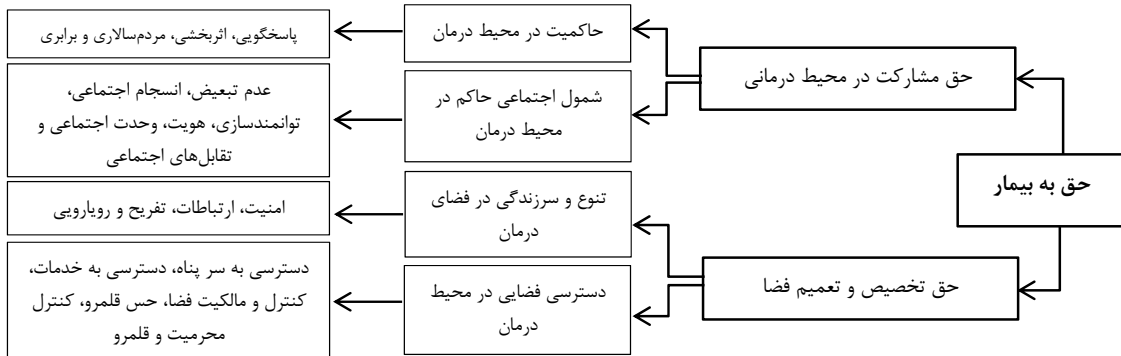
۳-۲-۱- استراتژی سلطه فضا- زمان پزشک و کادر درمانی

مطابق مطالعات اجمالی طیف وسیعی از معماران نسبت به رابطه بیمار و کادر پزشکی معتقد به نوعی استراتژی فضا زمان مدرن مطلق‌اند. استراتژی سلطه پزشک و کادر بر بیمار به بیمار نگاه شئی‌گونه دارد و تسلط بر فضا منبع اساسی و فراگیر قدرت اجتماعی پزشک و کادر درمانی بر زندگی روزمره است. دیوید هاروی علت سلطه بر فضا و زمان را که عنصر حیاتی در هر گونه اقدام برای کسب سود می‌داند (Harvey, 2016). در این استراتژی تمایز روشنی بین افراد حرفه‌ای دارای دانش و مهارت و مردم عادی وجود دارد. بیمار و نیازهای او اساس حرفه پزشکی را می‌سازد. بیمار در این استراتژی منفعل و دریافت‌کننده است. فرض آن است که بیماران، توان درک اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی مربوط به بدنشان را ندارند (آسمانی، ۱۳۹۱) و این پزشک است که نقش اساسی را ایفا و تصمیم‌نهایی را اعمال می‌کند. گراهام و اوکلی به روشنی در مورد برخوردهای کادر درمان

که بیمارستان برای همه از جمله پزشکان است و نه برای منفعت اقتصادی. مفهوم حق به بیمار در برگیرنده دو حق مشارکت و تخصیص و تعمیم فضا است.

عمومی بالاتر باشد، تحقق مفهوم حق به بیمار ساده‌تر است (Lefebvre, 1991). در واقع حق به بیمار به‌عنوان حقی برای تمامی ساکنان تصور می‌شود و در برگیرنده حق تملک فضا و حق مشارکت است (شعار این گروه این است

شکل ۱: مدل مفهومی؛ ارتباط مقولات اندیشه حق به بیمار



طریق مواجهه بیمار با منشی‌های مطب‌های بسیار شلوغ صورت می‌گیرد که در نوبت‌های طولانی هیچ توجهی به وخامت حال بیمار نمی‌شود، تنها ملاک برای ملاقات با پزشک، زمان دریافت نوبت است، در این جا غلبه بر فضا، از طروق پیچیده‌تر، به مثابه چیزی قابل استفاده، منعطف و ظالمانه‌تر، ولی طبیعی به ظاهر انسانی، تلقی می‌شود.

۳-۲-۴- استراتژی سلطه فضا- زمان بیمار بر روی پزشک و کادر

دو دهه گذشته حاکی از تغییرات عمده‌ای در روابط پزشک و بیمار است. محوریت بسیاری از تصمیم‌گیری‌های پزشکی خواسته‌های بیمار و ارزش‌های او شده است. در این استراتژی، پزشک، بیمار را به‌عنوان انسانی مهم‌تر از خویش، در نظر گرفته و در کنار تشخیص بالینی خود به طرز برداشت‌ها، باورها و نگرانی‌های او نیز توجه می‌نماید. در این استراتژی، پزشک تمام اطلاعات مرتبط را فراهم و بیمار بر آن اساس، به مداخله در درمان، بر اساس بهترین انطباق با ارزش‌های هدایت می‌کند، سپس پزشک، مداخله انتخاب شده را تصحیح و اجرا می‌نماید. در واقع، در این مدل پزشکان خود را خادمان علم و بیمار می‌دانند. در این مدل، تفاوت کاملاً روشنی بین واقعیات و ارزش‌ها وجود دارد. ارزش‌های بیمار به خوبی شناخته و آنچه را که بیمار ندارد، همان واقعیات بالینی است که در جریان آن هم قرار می‌گیرند. واقعیاتی که گفتن آن‌ها بر عهده پزشک و از التزامات اوست. در این استراتژی، پزشک تأمین‌کننده تکنیک‌های تخصصی و فراهم‌کننده اسبابی است که بیمار بتواند به وسیله آن‌ها، کنترل خود را بر بدن خود اعمال نماید.

در این مدل، با تسهیل تولید فضا- زمان برای بیمار، پزشک وضع بیمار را برای وی قابل فهم کرده، امید داده و بهترین راه را می‌نماید. اتونومی بیمار از حیث خود ارتقایی اخلاقی حفظ می‌شود. آگاهی بیماران افزایش و آن‌ها برای مشارکت بیش‌تر در روند درمان تشویق شده، دستیابی به سلامتی بهتر ممکن‌تر می‌شود.

۳-۲-۳- استراتژی فضا- زمان انحصاری نولیبرالیستی

این استراتژی حاصل تداوم فضا- زمان مدرن در شکلی پیچیده‌تر، منعطف‌تر ولی ظالمانه‌تر، در دوره پسامدرن و از قلب نولیبرالیسم سرمایه‌داری خارج و کاربرد بیش‌تری برای سلطه دارد. در این استراتژی پول مکانیزم اصلی مشارکت بدون تعهد شخصی است. فضا در اغلب کنش‌های اجتماعات انحصاری به سان امری جهان شمول، عینی، همگن معرفی می‌شود. اما خرید و فروش فضا به سان کالا صورت می‌گیرد. مطابق با زیمل^{۴۲}، پول اساسی استراتژی انحصاری فضاست، قراردادهای مستقیم و کاملاً مشخص کتبی وجود دارد که امکان کنترل پزشک را صرفاً به صورت انحصاری حاکم می‌گرداند. عدم تقارن قدرت در طرفین قرارداد، یک تهدید همیشگی است؛ چرا که دانش و تجربه بیش‌تری دارد، ارتباط پزشک- بیمار در استراتژی فضا- زمان انحصاری بر تعهدات و الزامات طرفین ارتباط تأکید می‌کند. در این استراتژی هر دو طرف تاجرانی شمرده می‌شوند که خواستار منفعت از دیگری‌اند. در اینجا معیار ارائه خدمات پزشکی، نیاز بیمار نیست، نقش مشتری در این مدل، انفعال محض نیست؛ او اطلاعات و توصیه‌های پزشک را می‌خرد و سپس با استفاده از این کالا، خرید بعدی خود را تعیین می‌کند (آسمانی، ۱۳۹۱). این کار از

جدول ۲: ارزیابی رویکردهای نظری استراتژیک به رابطه بیمار و کادر درمانی

ردیف	مؤلفه‌های مورد بررسی	استراتژی‌های ارتباطی پزشک و بیمار	مشروعیت	مشارکت	شناخت ارزش‌های برای بیمار / رضایت‌مندی بیمار	نقش پزشک	نوع ارتباط	اتونومی (خودمختاری) بیمار	متمایزترین نقاط قوت	متمایزترین نقاط ضعف
۱	استراتژی سلطه فضا- زمان پزشک و کادر درمانی	استراتژی سلطه فضا- زمان پلورالیسم (کثرت‌انگاری)	قدرت فردی پزشک، علم رسمی نظام پزشکی، ارزش‌های مسلط در جامعه پزشکی	ندارد	شناخته شده نیست. عدم ارتباط با ارزش‌ها، باور و احساسات بیمار	قیمت تمام عیار بیمار در امور درمانی	پزشک محور	بیمار قدرتی برای تصمیمات پزشکی ندارد.	اطمینان بیمار از دریافت بهترین مداخله ممکن	اولویت نداشتن حقوق یا خواسته‌های بیمار در صورت تعارض با هنجار تعریف شده
۲	استراتژی فضا- زمان پلورالیسم (کثرت‌انگاری)	استراتژی فضا- زمان مقطعی	تعامل بیمار و پزشک با تأکید بر ارزش‌های مسلط در جامعه پزشکی	دارد	شناخته شده است.	مشاور	بیمار محور در راستای نظارت پزشک	قوی است؛ در نهایت بیمار مسیر نهایی را درک و انتخاب می‌کند.	توجه به ارزش‌های تأثیرگذار بر سلامتی بیمار، به رسمیت شناختن پزشک	اشتباه بیمار در تصمیم‌گیری
۳	استراتژی فضا- زمان مقطعی	استراتژی فضا- زمان مقطعی	عدم توجه به ارزش‌های پزشکی	مشارکت در راستای تجارت نه درمان	شناخته شده یا به تدریج شناخته می‌شود	جزیی، ناپیوسته، مقطعی	کالامحور	در ظاهر خوب ولی در عمل ضعیف است.	منفعت بردن طرفین قرارداد در صورت وجود کنترل و نظارت؛ قیمت متناسب با کیفیت است.	ارتباط محوریت انسانی ندارد، انفالی بودن رابطه پزشک و بیمار
۴	استراتژی سلطه فضا زمان بیمار بر روی پزشک و کادر	استراتژی سلطه فضا زمان بیمار بر روی پزشک و کادر	قدرت فردی بیمار با توجه به اطلاعات تخصصی نظام پزشکی	ندارد	شناخته شده است.	فراهم‌کننده اطلاعات تخصصی	بیمار محور	قوی است؛ بیمار بر تصمیمات پزشکی اعمال قدرت می‌کند.	توجه به ارزش‌های دیگران (بیمار)، به رسمیت نشناختن پزشک	اشتباه بیمار در تصمیم‌گیری، انفعالی بودن پزشک، توجه بیش از حد به اتونومی بیمار

۴. تبیین چارچوب مفهومی، ارائه مدل مفهومی فضا-زمان، مکان و روابط انسان امروز

در این پژوهش مکان در قالب یک سه وجهی مدل سازی شده است. با توجه به نظرات راپاپورت مبنی بر تشکیل شدن محیط از فضا، زمان، معنی و ارتباطات و نظر سایر اندیشمندان حوزه علوم اجتماعی و معماری مبنی بر فضایی- زمانی و اجتماعی بودن مکان، سه‌گانه فضا، زمان و انسان رئوس مدل پیشنهادی مکان را شکل داده‌اند. در مدل پیشنهادی، علاوه بر رئوس، ارتباط آن‌ها نیز مهم است.

۴-۱- تعیین استراتژی مناسبات اجتماعی

با توجه به مطالعات انجام شده و این واقعیت که بیشتر مراکز درمانی کشور طبق استراتژی سلطه فضا- زمان پزشک و کادر درمانی، به صورت مرکزگرا^{۴۳}، عقل‌محور (عقلانیت‌ابزاری)، پزشک‌مدار و بدون در نظر گرفتن روحیات انسان‌ها و برقراری رابطه انسانی و نبود فضاهای گفت‌وگویی و یک تیم مشاوره‌ای^{۴۴} فراتر از اقدامات جزئی، با

نگاهی عنصری و کالامحور به بیمار اداره می‌شود و با در نظر گرفتن این‌که معماری به مانند یک سامانه فضایی بر روابط و تعاملات بیماران با محیط انسان ساخت و محیط طبیعی تأثیرگذار است و تعاملات بیماران و روابط جمعی بر تعامل معماری با محیط مؤثر می‌شود. به نظر می‌رسد که تضاد بین سانترالیزم و برقراری خصلت دموکراتیک در محیط بیمارستانی است و اگر طراحی معماری را دانش و هنر حل تضادها بدانیم، راه حل در آن مؤلفه‌های طراحی مکان است که تضاد مکان و فضا- زمان سانترالیزم (پزشک و کادر) با عوامل دموکراتیک فضا- زمان حق بیمار حل شود. حل این تضاد، آشتی‌پذیر^{۴۵} و لزوماً کثرت‌انگاره و از طریق فضا- زمان متکثر و تعامل همگی افراد و برآورده کردن انتظارات، قابل دست‌یابی است و نه هیچ استراتژی دیگر.

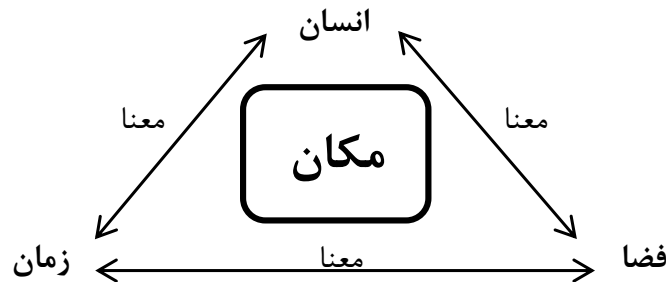
۴-۲- موافق با دیوید سیمون

مکان محیطی است که تجارب، اعمال و معانی انسانی، از حیث فضایی و زمانی در آن شکل می‌گیرد (Seamon & Gill, 2016) و نیز موافق با راپاپورت در تشکیل محیط

را تعریف و محصور کرده، مکان را شکل می‌دهند، فضا و زمان نیز در یک ارتباط مداوم تعریف می‌شوند و بدین ترتیب از ارتباط سه راس و ارتباطات آن‌ها بر بستری از فرهنگ و خاطره، مکان شکل می‌گیرد و معنی آن فهم می‌شود. شکل ۲ مدل مفهومی را نشان می‌دهد.

از فضا- زمان، معنی و ارتباطات، اصول معماری مکان بیمارستان مدلی با سه جز فضا، زمان و فعالیت انسان و روابط متقابل و پویای آن‌ها بر بستری از الگوهای فرهنگی تدوین می‌شود. انسان در تلاش برای تسلط بر زمان، رویدادها، معانی، خاطرات و غیره را شکل می‌دهد و در تلاش برای تسلط بر بی‌کرانگی فضا نیز فرم‌های کالبدی

شکل ۲: مدل مفهومی رابطه سه‌گانه در حل تضاد بین سانترالیزم و دموکراتیک در طراحی مکان



در میان مؤلفه‌های معنا، نشان مشترکی از سه اصل تمایز، تداوم و ارتباط است که در مدل مکان نشان داده شده است.

جدول ۳: تبیین چارچوب عام مفهومی فضا- زمان، انسان امروز

روابط و جایگاه	ابعاد	شاخص‌های معانی تداوم یافته
	فضا	تفاوت داشت در عناصر و ساختار کالبدی، تفاوت در عناصر طبیعی مکان انعطاف‌پذیر بودن فضا تمایز عملکردی و فعالیتی*
روابط و جایگاه	زمان	توالی فعالیت‌ها
انسان	انسان	روابط متقابل پیش‌بینی شده، روابط متقابل پیش‌بینی نشده و رفتارهای جمعی
انسان- مکان	مکان	حضور و فعالیت‌های روزمره در مکان درمان تنوع، جذابیت و سرزندگی عملکردی در مکان درمان غنا و محتوایی فعالیت‌ها در مکان درمان پیوستگی ساختار محیط کالبدی درمانی پذیرش حضور در مکان خاطره‌انگیزه بودن با مکان حافظه*
انسان- زمان	انسان- زمان	تواتر داشتن رویداد با فعالیت حفاظت کالبد و عملکرد بافت*
فضا- زمان	فضا- زمان	احترام به ساختارهای پیشین وقوع کالبدی رویدادها*
		دیرپایی زمانی یا تاریخی بودن*

*برگرفته از (علی‌الحسابی، چریگو، و رضازاده، ۱۳۹۶)

۵. روش تحقیق

ساختاری است که بر جوانب عملکردی تمرکز دارد. این پژوهش از حیث هدف، کاربردی و از حیث روش بر تطبیق محتوای نظری یافته‌های تئوریک برحوزه میان رشته‌ای تحلیل تجربی بیمارستان‌ها استوار است که با بهره‌گیری از روش کتابخانه‌ای، اسنادی و تهیه فیش از کتب و مقالات

این پژوهش نوعاً برحسب جوانب مورد نظر در واقعیت مورد مطالعه، یک مطالعه پیوند شناختی- ساختاری است و نه تنها به آنالیز، بلکه در تحلیل بر سنتز مؤلفه‌ها و مفاهیم تأکید دارد. از این رو روش تحقیق سیستمی و

سراسری به‌عنوان کانسپتی متفاوت، کوران هوا، بهره‌گیری از آفتاب، آسایش طبیعی، حمایت اجتماعی بیمار، عدم سرویس دادن به تمام اقشار جامعه از نظر اقتصادی، خوشایندی ناشی از تجربه، جهت‌گیری مناسب فضاها. در تحلیل نهایی از وضع موجود بیمارستان‌های مورد بررسی، اگرچه هدف سازمانی بیمارستان‌های کشور، درمان بیماران در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با بهترین امکانات است. اما «درمان» در بیمارستان، مفهوم خط تولید «صنعت درمان» را رقم می‌زند. خط تولید صنعتی، شیوه‌ای از تولید مدرن بوده که در راستای حداکثر سود و حداقل هزینه سامان داده شده است و بیمارستان‌های کشور نیز از این قاعده مستثنی نیستند. اگر چنین باشد، بیمارستان، همچون هر خط تعمیر صنعتی، بیگانگی‌زا نیز هست، از خود بیگانگی کادر پزشکی، بیگانگی از درمان به‌عنوان محصول کار و شی‌وارگی بیمار را در پی دارد. به طوری که بیمار در بیمارستان، یک ابژه یا شی است، بدنی است فیزیولوژیک که همچون یک موتور صنعتی نیاز به تعمیر دارد. به همین دلیل، بیمار تابع محض درمانگر و کادر پزشکی فرض می‌شود.

۷. اصول تطبیقی تیپ ایده‌آل مؤلفه‌ها در تولید مکان در شرایط خاص

برپایه تطبیق مطالعات عام نظری و یافته‌های تجربی اصول زیر تعیین می‌شود:

۷-۱- ارزش‌ها

رعایت اصول ارزش‌های خانواده، امنیت و ایمنی روانی بیمار، مراقبت فردی و همه جانبه بیمار، افزایش حمایت اجتماعی بیمار، خلوت و محیط خصوصی بیمار، تجربه کنترل بیماران بر امور خود، فراهم نمودن اتاق‌های خصوصی همراه با جای خواب برای خانواده، احترام به ارزش‌ها، باورها، مذهب و فرهنگ خانواده‌ها، رعایت نقش بیماران و خانواده‌هایشان در گروه درمانی دارند، بیمار یک شی ایزوله نیست، بلکه عضوی از خانواده، جامعه و فرهنگ است، دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات بیمار، خانواده‌ها را برای مراقبت از بیمارشان آموزش دهند، دروغ نگفتن به بیمار، شکست سکوت و اطلاع رسانی و برقراری ارتباط دو طرفه با بیمار.

۷-۲- حقوق بیمار

بیماران حق دارند تا در محیطی گرم و حمایتی، ارتباطی صادقانه و آزادانه داشته باشند. قبول بیمار فردی به‌عنوان فردی آگاه، مسئول و مختار در انتخاب سبک زندگی و سلامت خود، بیمار حق دارد اطلاعات بیماری خود را بداند، حق بیمار در انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه باید محترم شمرده شود، دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

معتبر در مرحله نخست به گردآوری اطلاعات می‌پردازد. در مرحله گردآوری داده‌های مورد نیاز، با توجه به نوع داده‌های کیفی و کمی از روش تلفیقی کیفی (مطالعه دیدگاه‌های خاص) و نگاشت کمی (پرسشنامه‌ای با توجه به موارد حاصل از مرحله کیفی) بهره می‌بریم. روش تحلیل نیز چنان که اشاره شد سیستمی- ساختاری و عملکردی است. لازم است گفته شود که ابتدا به صورت اجمالی بیمارستان‌های منتخب (از میان بیمارستان متنوع کشور که با بهره‌گیری از مشاهدات میدانی، اطلاعات مستند انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و همفکری با اساتید این انستیتو انتخاب شد) شناسایی تا چارچوب عام (جدول ۳) برای بیمارستان‌های داخلی کالیبره شود. نتیجه این انطباق عام در شرایط خاص، اصولی است که پس از آن ارائه می‌شود. بنابراین در بند بعد ابتدا بر اساس روش تحقیق، نمونه‌های مورد پژوهش، معرفی و شناسایی می‌شود و سپس اصول تطبیقی تدوین می‌شود، این اصول حلقه اصلی ربط مدل عام با مدل انطباقی خاص است.

۶. شناسایی نمونه‌ها و یافته‌های تجربی

مطالعه وضع موجود بیمارستان‌های مورد مطالعه درمانی نشان داد که:

بیمارستان رازی: عدم رعایت فاصله استاندارد در چیدمان تخت‌های بیماران، امکانات و تجهیزات محدود، انتظار بیماران در قسمت تریاژ جهت ویزیت، فرسودگی قسمت‌های کالبدی بیمارستان، تراکم بیش از حد بیماران، عدم وجود محیطی برای تعامل اجتماعی، نزدیکی ایستگاه پرستاری غیر متمرکز به اتاق بیماران، پراکندگی ساختمان‌ها در سایت اصلی.

بیمارستان امام خمینی: پیمودن مسافت طولانی برای دسترسی به قسمت اصلی بیمارستان، نداشتن ارتباط مستقیم بین درمانگاه و بخش‌های رادیولوژی، آزمایشگاه و اورژانس، عدم طراحی فضای انتظار مجزا برای هر بخش، عدم دریافت نور کافی و داشتن دید مناسب به سایت بیمارستان، عدم وجود فضای داخلی روح نواز، تراکم بیش از حد بیماران.

بیمارستان آتیه: جانمایی بیمارستان در سایتی با سر و صدای فیزیکی و مکانیکی، عدم فضایی برای تحرک فیزیکی (پیاده‌روی برای بیماران و کادر)، عدم طراحی فضاهای سبز، دید بصری نامناسب، عدم خوانا بودن مسیرها و فضاها در طبقات، عدم تهویه مناسب در فضاها خصوصاً سه طبقه منفی زیرزمین، عدم تولید فضا- زمان برای بیمار، مانند: نگاه کردن، نشستن در (آفتاب یا سایه، غیره)، عدم تنوع رفتاری، عدم توانایی کنترل و نظارت بر محیط.

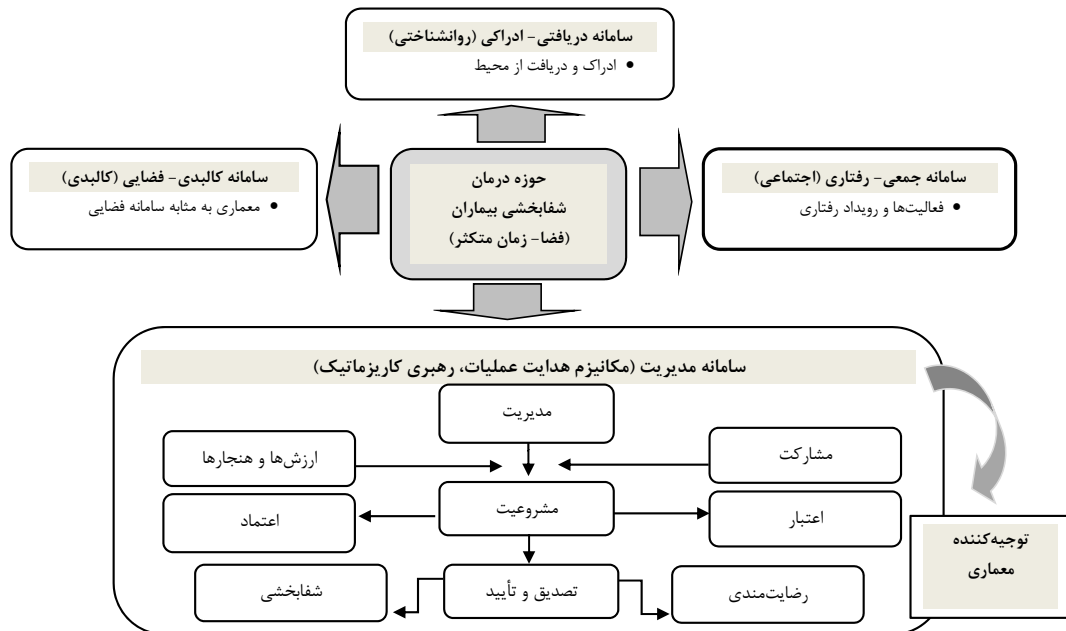
بیمارستان پارس: طراحی فرم ساختمان به صورت احجامی با سطوح شیبدار معلق مناسب با اقلیم، استفاده از آتریوم

از یک فضای کریدوری در بین بخش‌های مختلف و ایجاد فضای داخلی روح نواز مانند: پارک، به‌کارگیری محصولات و مصالح بادوام و رضایت بخش برای کنترل سر و صدا، طرح‌ریزی مکان درست مبلمان و ایجاد فضاها روح‌بخش، فراهم کردن تغذیه مناسب برای بیماران، فراهم کردن شرایط مناسب برای خواب و استراحت بیماران، کاهش میزان استرس در بیماران، فراهم کردن فضایی برای تحرک فیزیکی (پیاده‌روی برای بیماران و کادر)، فراهم کردن فضایی به دور از سر و صدای فیزیکی و مکانیکی، نزدیکی ایستگاه پرستاری غیرمتمرکز به اتاق بیماران، طراحی راهروهای مجزا برای بیماران و عموم، فراهم کردن خدمات کتابخانه‌ای، دسترسی به اینترنت برای بیماران و خانواده‌ها آن‌ها، فراهم کردن محیطی مطمئن و امن برای تبادل اطلاعات.

۸. چارچوب مفهومی انطباقی برای پژوهش‌های کاربردی در بیمارستان‌ها

چارچوب انطباقی چهار سامانه اصلی را مورد تأکید قرار می‌دهد که با یکدیگر در تعامل اند (شکل ۳) و بر سامانه‌های عملکردی تأثیر می‌گذارد. این چارچوب بسط تئوری‌ها در شرایط خاص ایران و دستگاه سنجش مفاهیم و مؤلفه‌ها و متغیرهای مؤثر در طراحی محیط درمانی است.

شکل ۳: دستگاه انطباقی جهت بسط مفهومی و سنجش مفاهیم در محیط درمانی



جنبه‌های گوناگون انسانی^{۴۶} است. بر اساس این چارچوب، تعامل انسان و محیط انسان ساخت درمانی متأثر از عواملی در هم تنیده است، اجزا مکان، نظام‌های فعالیت و رویدادها و هنجارهای اجتماعی زندگی بر یکدیگر اثر گذاشته و بر همکنش آن‌ها تعامل انسان و محیط انسان ساخت درمانی را شکل می‌دهد. بنابراین، اصول معماری فرم کالبدی نیز

۷-۳- مسئولیت مدیرانه پزشکان

برقراری رابطه خوب با بیمار از طریق شناخت مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، توجه به گفتار و رفتار خود و عدم انجام رفتارهای نامناسب و ناامیدکننده، عدم احساس ضعف در برخورد با بیماران صعب‌العلاج و ایجاد امید در بیمار، استفاده از ارتباطات غیرکلامی (هیجانی، چشمی، عاطفی و غیره)، تشخیص آمادگی بیمار برای برقراری رابطه با پزشک، توجه به واقعیت تمایل به انکار که از سوی بیمار انجام می‌شود، به اعضای خانواده قدرت مشارکت در مراقبت از بیمارانشان را بدهند، با خانواده بیمار به نحوی که مصلحت بیمار است همکاری کنند، از بیمار و خانواده‌اش با تأمین نیازهای اجتماعی و عاطفی‌شان حمایت کنند.

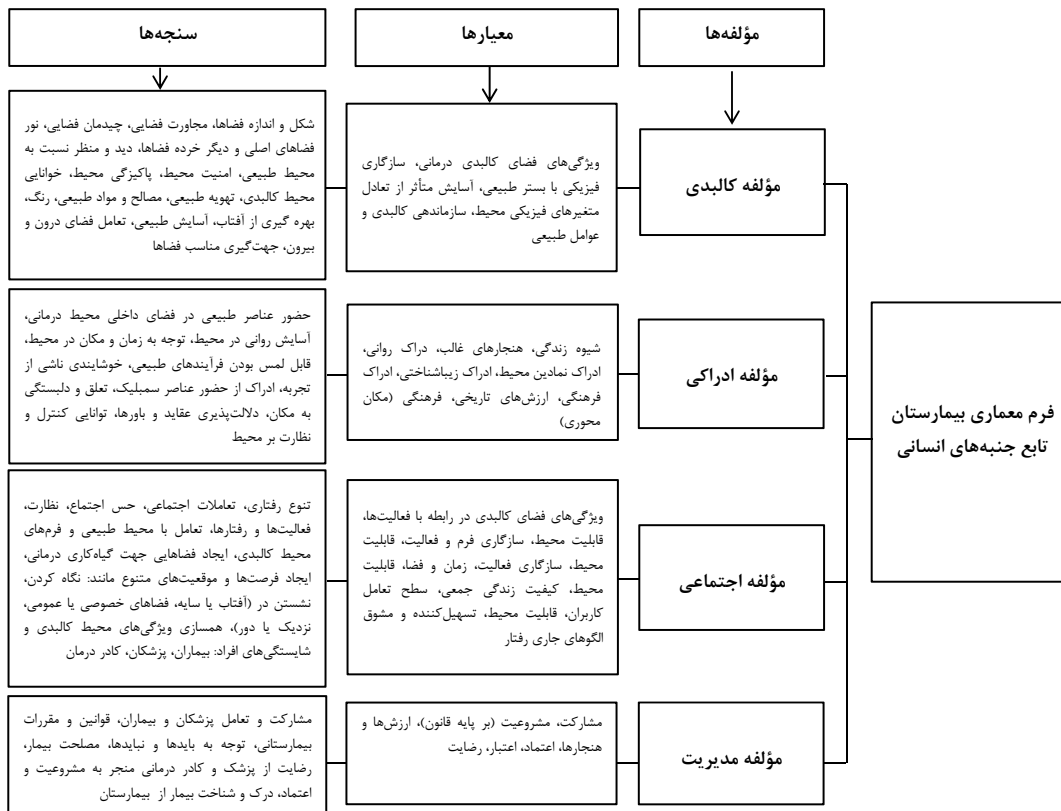
۷-۴- مسئولیت معماری

ایجاد محیط کار مثبت و عملکردی، فراهم کردن محیطی برای دور هم جمع شدن و تعامل اجتماعی، طراحی قابلیت تغییر و توسعه در آینده، با هدف حداکثر استانداردسازی، کاهش الهام و پیچیدگی فضا و سرگردانی و گم کردن راه در محیط درمان، فراهم کردن نور کافی و مناسب، استفاده از رنگ در روی سطوح شیشه‌ای در نمای داخلی، استفاده

مطابق با این دستگاه تحلیلی، عملکرد حوزه درمان متأثر از چهار سامانه کالبدی- فضایی، جمعی- رفتاری، دریافتی- ادراکی و مدیریتی است. لذا این چهار سامانه و سامانه عملکرد سیستم درمان و مؤلفه‌هایش نقش مهمی در ایجاد فضا- زمان گروه‌ها دارند که در شکل ۴ معرفی می‌شود. مطابق با شکل ۴، فرم معماری فضاهای درمانی، تابع

در راستای تکثر فضایی و توجه به مؤلفه‌های سامانه‌ها، درآید. مکانی خلق خواهد کرد که فضای تکثر در آن به ادراک

شکل ۴: اصول کاربردی مورد استفاده در طراحی فضاهای درمانی (مؤلفه‌های مؤثر در طراحی محیط درمانی)



می‌شود. نتایج یافته‌ها سپس به‌صورت توصیفی مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

روش تحلیل داده‌ها می‌تواند از طریق مقایسات زوجی، استفاده از معادلات ساختاری و روش دلفی فازی و ترکیب تحلیل عاملی و تحلیل شبکه (F, ANP) داده‌ها مورد سنجش و تجزیه و تحلیل قرار گیرد. از این طریق، میزان اهمیت نسبی هر یک از معیارها و زیر معیارهای مورد نظر تعیین می‌شود. به این ترتیب با کاربردی مدل به‌صورت هدفمند در محیط بیمارستان برگزیده و تعیین اولویت نسبی هر یک از معیارها و زیرمعیارهای مورد نظر پایه تجربی لازم برای تدوین سیاست‌های طرح معماری بیمارستان فراهم می‌شود.

۱۰. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف تعیین مؤلفه‌های مؤثر در سامانه فضای متکثر در محیط بیمارستان ارائه شد در مقابل این سؤال قرار داشت که، کدام مؤلفه‌ها، چارچوبی نظام‌مند، نظری و کاربردی ایجاد می‌کنند، که نوعی فضا-زمان متکثر در معماری به‌دست آید تا تضاد فضا-زمان بیمارمحور را با کادرمحور حل شود و کیفیت شفافبخشی بهبود یابد؟

۹. تدوین روش اجرایی کاربردی مدل انطباقی در طرح معماری

با توجه به هدف این پژوهش که در جدول فوق تأمین شد. انتظاری به‌جاست که به منظور نمایش عملی بودن کاربردی مدل انطباقی در شرایط نظام درمانی کشور روش اجرایی مدل انطباقی در تحقیق تجربی ژرفانگرانه تر در موارد دیگر نیز تدوین شود.

مراحل اجرایی در پژوهش مفصل‌تر به شرح زیر ارائه می‌شود:

- مرحله گردآوری تفصیلی داده‌های مورد نیاز، در شرایط خاص.

- با توجه به نوع داده‌های کیفی و کمی در عمل نیز از روش تلفیقی کیفی و نگاشت کمی بهره می‌بریم.

- جامعه آماری منتخب باید از متخصصان معمار، جامعه‌شناس، پزشکان و بیماران باشند. صحت و اعتبار این نمونه‌گزینی کاملاً در هماهنگی با مشاهدات مستقیم کارشناسانه و مدارک انستیتوهای نظام درمان است.

- اصولاً روش انتخاب نمونه روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند است که سپس با استفاده از پرسشنامه اول برای پزشکان جهت غربالگری متغیرها و سپس نتایج آن در پرسشنامه دوم در بین بیماران و کادر درمان توزیع

جز انسان و فضا به‌عنوان اجزا مکان، بیش‌تر مورد تأکید است و امروزه چاره‌ای جز پیروی از شعار، Form Follow Human Aspect نمی‌باشد. روابط انسان و فضا خود در برگیرنده مؤلفه‌های ترکیبی متعددی است که در این میان چهار مؤلفه کالبدی، ادراکی، اجتماعی و مدیریتی واجد بیش‌ترین اشارات معنایی است.

نتایج تحلیل‌ها این انتظار را نیز تأیید کرد که روابط بین اجزا پدیده مکان متقابلاً در تداوم و روابط انسانی نقش دارد.

در آخر به نظر می‌رسد ارتباط معناداری بین سازماندهی فضایی محیط و نظام‌های فعالیت در محیط وجود دارد و این امر بر ادراک مؤثر است. نظام‌های فعالیت می‌تواند متأثر از چیدمان فضای کالبدی و سازماندهی کالبدی محیط تقویت یا تضعیف شوند. فرم فضاها با چگونگی تنظیم سامانه‌های فعالیت در فضا و ادراک کاربران در فضاهای فعالیت رابطه‌ای مستقیم دارد. ارزش‌ها و هنجارهای جاری مبتنی بر شیوه زندگی و استراتژی‌های ارتباطی بر سامانه ادراکی، رفتاری و فعالیت در فضا تأثیر گذارند و از طرف دیگر کارایی سامانه‌های فضایی نیز متأثر از ملاحظه ارزش‌ها و هنجارهای جاری زندگی می‌باشد. در واقع نقش معماری و ساختمان به‌عنوان حل تضاد فضا- زمان گروه‌های مختلف باهم، به خودی خود یک هدف غایی نیست، بلکه شفافایی و سلامت انسان‌ها مقصود نهایی به‌شمار می‌آید.

مطالعه نشان داد چهار مؤلفه مدیریتی، جمعی- رفتاری، دریافتی- ادراکی و کالبدی- فضایی در ترکیبی نظام‌مند، نظری و ارگانیک در پرتو راهبرد تکثرگرایانه حقوق گروه‌های بیماران، کادر و پزشکان در ایجاد سامانه فضا- زمان و فرم مکانی محیط بیمارستان نقش دارند.


تبیین این مؤلفه‌ها با تحلیلی از مناسبات اجتماعی و قدرت مرتبط است. اما استراتژی تکثرگرایانه از حیث اجتماعی مستلزم تغییرات اساسی مناسبات جامعه از محور سودورزانه و پول‌مدارانه در محیط بیمارستانی به محیطی انسانی است. بدیهی است شرایط کنونی محیط بیمارستان با شرایط مورد نظر فاصله‌ای جدی دارد. اما با استناد به دست یافته‌های این پژوهش، انتخاب استراتژی پلورالیسم به‌عنوان استراتژی برتر به منظور ایجاد تعامل مناسب بین پزشکان و انسان بیمار به‌عنوان کاربران محیط درمانی تنها استراتژی پیش رو است. بر این اساس دغدغه اولیه طرح‌ریزی این تحقیق مسأله حق به بیمار است. از این رو مهم‌ترین مقوله و جز اساسی در مفهوم حق به بیمار دستیابی به نوعی فضا- زمان متکثر از معماری و حکمرانی در فضا، شمول اجتماعی، تنوع و سرزندگی در فضاست، که پزشکان، بیماران و پرستاران را در محیط درمانی مد نظر قرار داده است.


در ضمن مطالعه نشان داد که در ابعاد سه‌گانه مکان متشکل از زمان، فضا و مناسبات انسانی، مناسبات اجتماعی و الگوی فرهنگی آن محتوای واقعی فضاست و از طریق عوامل عملکردی سازمان و معنا می‌یابد. نتیجه تحلیل در سطح جزئی‌تر نیز نشان داد، روابط بین دو

1. Nightingale
2. Bagly
3. Balahan
4. Ulrich
5. Reizenstein
6. Spencer
7. Bensing
8. Stewart
9. Hyndron and Pollyk
10. Dilani
11. Little
12. Jensen
13. Berg
14. Willems
15. Delnord
16. Oberlin
17. Timothy
18. Terri Petter
19. Cifter
20. Chrysikou
21. Transdisciplinarity
22. Epistemology
23. Ontologie
24. Eric Hobsbawm
25. Fernand Braudel
26. Peter L. Berger
27. Michel Foucault
28. Pierre Bourdieu
29. Jean Baudrillard
30. Jacques Derrida
31. Talal Asad
32. Eric Wolf
33. Judith Butler
34. Edward Said
35. David Harvey
36. Marc Auge
37. Edward T. Hall
38. Saskia Sassen
39. Marx
40. Hana Arendt
41. Habermas
42. Simmel
43. Centralisation
44. Advocacy Planning
45. Antagonist
46. Form Follow Human Aspect

فهرست منابع

- آسمانی، امید. (۱۳۹۱). نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک-بیمار و چالش‌های مرتبط با آن. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۵ (۴)، ۳۶-۵۰. <https://ijme.tums.ac.ir/article-1-109-fa.html>
- ابراهیمی، مهدی. (۱۳۸۸). فضا و نظریه اجتماعی. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۰ (۳)، ۱۶۱-۱۶۸. http://www.jsi-isa.ir/article-cle_21421.html
- علی‌الحسابی، مهران؛ چربگو، نصیبه؛ و رضازاده، راضیه. (۱۳۹۶). آرایه مدل مفهومی معنای مکان و شاخص‌های تداوم آن (تحلیل پدیدارشناسانه تفسیری تجربیات زیسته افراد). *نشریه باغ نظر*، ۱۴ (۵۲)، ۲۰ و ۲۳. http://www.bagh-sj.com/article_50513.html
- Beiner, R., Arendt, H., Cavell, S., Larmore, C., O'Neill, O., Kateb, G., University, P., Dostal, R.J., Wellmer, A., Benhabib, S., Young, I., Bilsky, L.Y., & Villa, D. (2001). *Judgment, Imagination, and Politics: Themes from Kant and Arendt*. Rowman & Littlefield Publishers. <https://www.amazon.com/Judgment-Imagination-Politics-Themes-Arendt/dp/0847699714>
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1999). On the Cunning of Imperialist Reason. *Theory, Culture & Society*, 16(1), 41-58. <https://doi.org/10.1177/026327699016001003>
- Castells, M. (1999). Grassrooting the Space of Flows. *Urban Geography*, 20(4), 294-302. <https://doi.org/10.2747/0272-3638.20.4.294>
- Chryssikou, E. (2019). Psychiatric Institutions and the Physical Environment: Combining Medical Architecture Methodologies and Architectural Morphology to Increase Our Understanding. *Journal of Healthcare Engineering*, 1-16. <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2019/4076259/>
- Foucault, M. (1980). The History of Sexuality: Interview. *Oxford Literary Review*, 4(2), 3-14. <https://www.eup-publishing.com/doi/abs/10.3366/olr.1980.002>
- Foucault, M. (2012). *The Birth of the Clinic*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203715109>
- Foucault, M. (2007). The Language of Space. *Space, Knowledge and Power: Foucault and Geography*, In *Space, Knowledge and Power* (153-167). Routledge.
- Giedion, S. (1971). *Space, Time, Architecture*. (M. Mazini, Trans.). Tehran: Scientific and Cultural Publishing Company.
- Graham, H., & Oakley, A. (1981). *Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy*.
- Habermas, J. (1984). Habermas: Questions and Counterquestions. *Praxis International*, 4(3), 229-249. <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=272321>
- Harvey, A.C. (1990). *Forecasting, Structural Time Series Models and the Kalman Filter*.
- Harvey, D. (2003). The Right to the City. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27(4), 939-941. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0309-1317.2003.00492.x>
- Harvey, D. (2012). The Right to the City. In *The Urban Sociology Reader* (443-446). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203103333>
- Harvey, D. (2016). *The Ways of the World*. Profile Books.
- Hawking, S.W. (1988). Wormholes in Spacetime. *Physical Review D*, 37(4), 904. https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789814539395_0024
- Lefebvre, H. (1991). *The Production of Space* (142). Blackwell: Oxford.
- Lennard, S.H.C., & Lennard, H.L. (1984). *Public Life in Urban Places: Social and Architectural Characteristics Conducive to Public Life in European Cities*. Gondolier Press/Imcl Council.
- Massey, D. (2005). *For Space*. Sage. <https://doi.org/10.1177/0309132507077092>
- Seamon, D., & Gill, H.K. (2016). Qualitative Approaches to Environment-behavior Research. *Research Methods for Environmental Psychology*, 5. <https://doi.org/10.1002/9781119162124.ch7>
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind and Society: The Development of Higher Mental Processes*, Cambridge, M.A: Harvard University Press.
- Weston, W.W. (1995). Overview of the Patient-centered Clinical Method. *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, 21-30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060226/>

<p>نحوه ارجاع به این مقاله</p> <p>پارسی، حمیدرضا و پورهادی گوایری، مهدیه. (۱۴۰۰). تبیین و تدوین مؤلفه‌های مؤثر در طراحی فرم معماری محیط‌های درمانی. نشریه معماری و شهرسازی آرمان‌شهر، ۱۴(۳۵)، ۴۱-۵۶.</p> <p>DOI: 10.22034/AAUD.2020.209960.2050</p> <p>URL: http://www.armanshahrjournal.com/article_135200.html</p>	
---	---

<p>COPYRIGHTS</p> <p>Copyright for this article is retained by the author(s), with publication rights granted to the Armanshahr Architecture & Urban Development Journal. This is an open- access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License.</p> <p>http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/</p>	
---	---