

مشارکت بیماران روحی در فرایند طراحی باغ‌های شفابخش به منظور بالابردن پایداری اجتماعی در مراکز درمانی*

مهندس آرزو علی عباس زاده رضائی*، دکتر لیلا مدقالچی**، دکتر فرزین حق پرست***

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲

چکیده

در عصر حاضر فشارهای روانی علل اختلالات روحی در جامعه هستند. با توجه به این که تعداد زیادی از افراد با کمبود مراکز درمانی متناسب روحیات خود مواجه هستند، از این رو میتوان با دخالت دادن مخاطبین، نیازهای آنها و استفاده از مفاهیم مرتبط با پایداری اجتماعی، طراحی فضاهای درمانی را مطابق با خواسته های آنان برطرف کرد. در پژوهش حاضر با بهره گیری از راهبرد کیفی و استفاده از مطالعات کتابخانه ای و کاربست روش توصیف-تحلیل و مولفه های موثر باغ شفابخش در بهبود بیماران، تبیین سطوح و نحوه مشارکت بیماران در طراحی بدست آمده و رابطه این نوع مولفه ها با مفاهیم اصلی پایداری اجتماعی و رویکردهای مشارکت مشخص گردید. از میان رویکردهای مشارکت، رویکرد تاویلی به عنوان رویکرد اصلی در طراحی معرفی شد. در تمامی این رویکردها نوع مشارکت بیماران به دلیل خاص بودن آنها و محدودیت های شخصی افراد، به صورت غیر مستقیم در طرح مطرح است.

واژه‌های کلیدی

مشارکت، بیماران روحی، طراحی باغ شفابخش، پایداری اجتماعی.

** این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله با عنوان «طراحی خانه توانبخشی بیماران روحی با رویکرد الگوی باغ شفابخش» می باشد که با راهنمایی دکتر لیلا مدقالچی (استاد راهنمای اول و نویسنده مسئول) و آقای دکتر فرزین حق پرست (استاد راهنمای دوم) در دانشگاه هنر اسلامی تبریز انجام گرفته است.

**مربی، گروه معماری داخلی، آموزشکده فنی و حرفه ای دختران ارومیه، دانشگاه فنی و حرفه ای، ایران. Email: a.aliabaszadeh@yahoo.com

*** استادیار، گروه مهندسی معماری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر اسلامی تبریز، ایران. (مسئول مکاتبات)

Email: l.medghalchi@tabriziau.ac.ir

ORCID: 1696-7793-0001-0000

*** دانشیار، گروه مهندسی معماری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر اسلامی تبریز، ایران.

Email: f.haghparsat@tabriziau.ac.ir

۱-۱- مقدمه

در سال‌های اخیر از زوایای مختلف به بررسی عوامل پیشگیری‌کننده، تسهیل‌کننده و درمان بیماری‌های افسردگی، اضطراب، نگرانی‌های روحی و اختلالات روانی، یکی از معضلات جوامع در قرن حاضر پرداخته شده‌است. عوامل فراوانی در پیدایش و یا تشدید این نوع بیماری مؤثر است. دانشمندان با تحقیقات انجام گرفته به تأثیر چند عامل از جمله عوامل اجتماعی، محیطی، جسمی، ارثی و شناختی دست یافته‌اند (طاهری و طاهری، ۱۳۹۸).

بشر همواره به دنبال ایجاد رابطه‌ای مناسب و منطقی میان طبیعت بیرون و فضای درون به دلیل گرایش فطری و ذاتی انسان‌ها و تأثیرات قابل توجه در روح و جسم آدمی در پی ارتباط با طبیعت است. کیفیت محیط‌های طبیعی علاوه بر تندرستی و سلامتی افراد تأمین‌کننده نیازهای روانی و روحی آن‌ها، سرزندگی، شکل‌گیری هویت و استخراج تجارب گوناگون محیطی همچون تفریح، بازیابی ذهن، زمینه‌ساز تکامل و پیشرفت نیز می‌شود (مهدی نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). در قرن‌های گذشته، از قرون وسطی تا قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، نور خورشید، منظر سبز و هوای تازه عناصر اصلی ارتقاءدهنده سلامتی در نظر گرفته می‌شدند. در طول تاریخ تا اوایل قرن بیستم و پررنگ شدن نقش فناوری در جوامع پزشکی که باعث قطع شدن ارتباط شفا و طبیعت شد، همواره باغ‌ها از باغ‌های ذن در ژاپن تا باغ‌ها و صومعه‌های رهبانی، به‌عنوان ابزار ارتقاء سلامت و تندرستی استفاده شده‌اند. در دهه ۱۹۹۰ این روند معکوس شد و تلاش طراحان با برگزاری میزگردهای باغ‌های درمانی در اجلاس‌های سالانه جوامع آمریکایی معماران منظر سال ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ بر استفاده از این نوع باغ‌ها متمرکز گردید (سعیدیان و همکاران، ۱۳۹۴). افراد مختلفی به نظریه‌پردازی در رابطه با تأثیر منظر بر تندرستی انسان در سال‌های مختلف پرداخته‌اند. در این میان، آندرو برنان^۱ در خصوص رابطه انسان با محیط، با بسط عقیده انسان‌گرایی اکولوژیکی معتقد است، از آنجا که ما بخشی از طبیعت هستیم برای تکامل انسانی باید با آن تماس داشته باشیم (Bell, 2007, 119). در تحقیق دیگری که توسط اشرودر^۲ انجام شد، مشخص گردید مناظر طبیعی دارای آب و گیاه در مقایسه با محیط‌های شهری بدون فضای سبز و طبیعت باعث ایجاد آرامش و استرس کمتری در بینندگان می‌شود (توکلی و ماجدی، ۱۳۹۲). اولریچ^۳ بیان می‌کند «ارتباط با طبیعت، با کاهش استرس، به بدن کمک می‌کند که در وضعیت تعادل قرار گیرد» (Ulrich, 1999). امروزه استفاده از طبیعت در مراکز درمانی به عنوان عنصر مهمی از فضاهای درمانی با ایده‌های طراحی باغ در کشورهای توسعه‌یافته، روزه‌روز پیشرفت بیشتری داشته است.

رویکرد طراحی مشارکتی بر مخاطب‌محور بودن منظر که نمونه‌ای از پیوند بیماران و نیازهای آنان با فضای طراحی‌شده در طول درمان است. برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ در آمریکا مطرح شد و در حال گسترش در عرصه‌های تئوری و عملی است (منصوری و فروغی، ۱۳۹۷). به موازات شکل‌گیری جوامع انسانی، یکی از عوامل مهم در پایداری اجتماعی که سرلوحه طراحان معماری قرار گرفته، پدیده مشارکت است، در جهت افزایش ارتباط اجتماعی متناسب با تنوع مکاتب و نگرش ظهور یافته‌است (علی‌الحسانی و یوسف زمانی، ۱۳۸۹). پایداری اجتماعی با پیگیری اهداف اجتماعی، منعکس‌کننده مفاهیمی مرتبط با انسان و کیفیت زندگی اوست: مفاهیم غیرکالبدی که بر پایه عدالت و برابری اجتماعی، مشارکت، امنیت، پیوستگی اجتماعی و مفاهیم مشابه شکل می‌گیرد. صدمات ناشی از فشارهای عصبی در اجتماع

پیامدهایی را به ارمغان می‌آورد که نیازمند صرف هزینه‌های زیادی است. ارائه راهکارهایی کم‌هزینه و درعین حال مؤثر در جهت‌بخشی طراحی فضاهایی مناسب و رافع نیازهای قشر آسیب‌دیده از این بحران‌ها و بیماران روحی می‌تواند در ایجاد جوامع و مراکز درمانی موفق کمک شایانی کند. در این راستا تحقیق حاضر در پی تعریف و تبیین سطوح مشارکت بیماران روحی در طراحی باغ‌های شفا بخش با هدف افزایش پایداری اجتماعی در جوامع درمانی کوچک می‌باشد.

۱-۲- سؤالات پژوهش

۱. چه نوع مؤلفه‌هایی از باغ‌های شفا بخش در بهبودی بیماران روحی مؤثر است؟
۲. رابطه مؤلفه‌های استخراجی باغ شفا بخش بیماران روحی با مفاهیم پایداری اجتماعی و سطوح مشارکت در فرایند طراحی چگونه است؟

۱-۳- روش پژوهش

راهبرد پژوهش حاضر؛ کیفی است ولی در مراحل مختلف با توجه به اهداف پژوهش از روش‌های دیگری چون توصیف و تحلیل و استنتاج منطقی نیز بهره می‌برد. در مرحله اول با استفاده از توصیف-تحلیل و ابزار گردآوری کتابخانه‌ای که با هدف دستیابی به مؤلفه‌های باغ شفا بخش صورت گرفته است پیشینه پژوهش و مبانی نظری مربوطه مورد مذاقه قرار و در مرحله بعدی با تحلیل‌های انجام گرفته نوع رویکرد مشارکت بیماران در طراحی از طریق استدلال منطقی معین و ارتباط آن با پایداری اجتماعی مشخص می‌گردد.

۱-۴- پیشینه پژوهش

با بررسی تحقیق‌های صورت گرفته در این زمینه و نیز توجه به اهداف حاصل از آنها، می‌توان این تحقیق‌ها را در چند دسته طبقه‌بندی کرد: دسته اول شامل تحقیق‌هایی می‌شوند که به اهمیت و اثرات ارتباط انسان و محیط طبیعی می‌پردازند: «کاپلان^۴» می‌گوید: که باعث ایجاد فشارهای روانی از جمله افزایش اشتباه، افزایش ریسک‌پذیری، کج‌خلقی، حساسیت، و موارد دیگر می‌شود. ابوعلی سینا در کتاب قانون خود در بحث استفاده از دارو برای درمان می‌نویسند: «بدان که کمک جستن از چیزهایی که نیروهای طبیعی را تقویت می‌کنند، مانند شادی و دیدار با مناظر خوشایند طبیعت و هم‌نشینی با نشاط‌آورها برای بیمار بسیار نافع است» (ابن‌سینا، ۱۳۷۰، ۱۰). دسته دوم پژوهش‌هایی مرتبط با شفا بخش هستند: در پژوهشی (مردمی و همکاران، ۱۳۹۳)، با استفاده از منابع اسلامی، نقش طبیعت در شفای انسان و دلیل آن به روش توصیفی-تحلیلی مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقی مشابه در تناسب با شاخصه‌های مناظر شفا بخش به بازشناسی رویکرد شفا بخش معماری باغ ایرانی پرداخته و نسبت به بازخوانی این رویکرد اقدام کرده است (نیلی و همکاران، ۱۳۹۱). نتایج پژوهشی با عنوان شفا بخش در منظر سازی باغ‌های دوره قاجار نشان می‌دهد که باغ‌های ایرانی دارای تأثیرات مثبتی در سلامت بازددکنندگان دارد (نیلی و همکاران، ۱۳۹۲). مهدی نژاد و همکاران در پژوهشی عناصر طبیعی و جایگاه باغ ایرانی را در نوع برخورد انسان با طبیعت مورد بررسی قرار داده اند (مهدی نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). سعیدیان و همکارانش در تحقیقی با عنوان تبیین میزان تطابق الگوی منظر باغ ایرانی و باغ‌های چهارگانه درمانی؛ با استخراج شاخصه‌های باغ‌های چهارگانه درمانی و قابلیت تطبیق آن

ویژگی‌ها در باغ‌های ایرانی را بررسی کرده اند (سعیدیان و همکاران، ۱۳۹۴). نیکبخت در مقاله‌ای با عنوان پزشکی در منظرسازی نوین: باغ‌های شفابخش، به معرفی مؤلفه‌های آرامش بخش در طراحی باغ اشاره کرده است (نیکبخت، ۱۳۸۳). مطالعات متعددی نیز در حوزه مشارکت صورت گرفته است که از این تعداد می‌توان به مطالعات؛ (علی الحسبی و یوسف زمانی، ۱۳۸۹؛ اسلامی و کامل نیا، ۱۳۹۳) اشاره کرد. پژوهش‌های کمی در زمینه منظر مشارکتی انجام شده است که می‌توان به پژوهش منصوری و فروغی (منصوری و فروغی، ۱۳۹۷) که با هدف بررسی مفهوم منظر مشارکتی صورت گرفته است اشاره کرد، با این وجود، تاکنون پژوهشی مستقل در ارتباط با تبیین سطوح مشارکت بیماران روحی با هدف پایداری اجتماعی برای طراحی باغ های شفابخش صورت نگرفته است.

این در حالی است که امروزه عوامل محیطی مؤثر در شفابخشی از اهمیت بالایی برخوردار هست و در محافل علمی، تلاش‌هایی برای تبدیل تئوری‌ها به عمل در حوزه جایگاه طبیعت و ضرورت استفاده از قابلیت‌های موجود در آن در قالب باغ‌های شفابخش در سطح وسیعی انجام می‌شود.

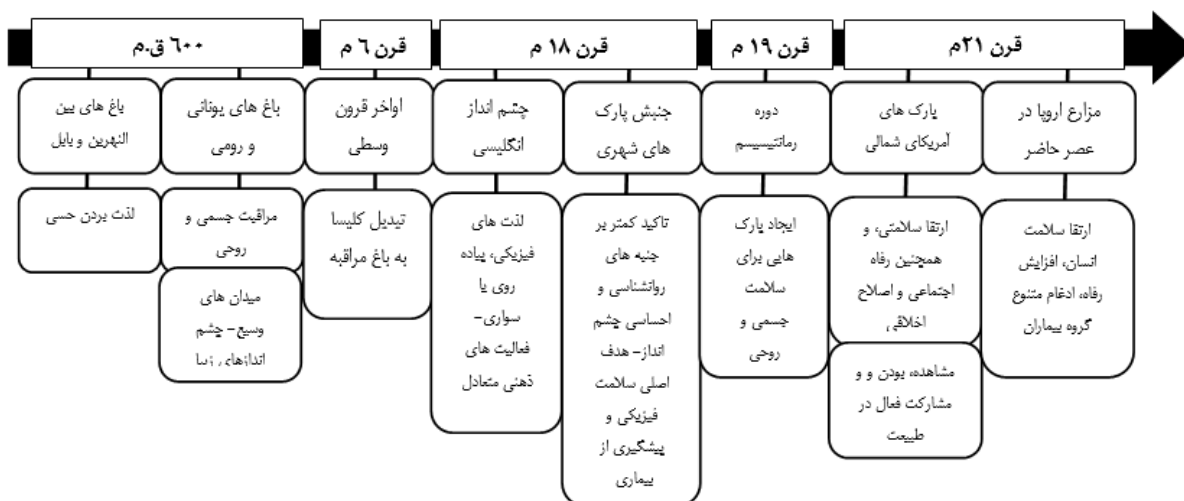
مبانی نظری پژوهش باغ‌های درمانی - شفابخش

باغ‌های درمانی، باغ‌هایی در فضای باز است که با استفاده از گیاهان و حیات وحش طبیعی منطقه به طور خاص برای ارضاء نیازهای روحی، جسمی، اجتماعی طراحی شده است. در نظر «ویلیامز» ایده باغ‌های درمانی که بر فعل و انفعال پیچیده ابعاد جسمی، فکری، روانی، روحی، عاطفی و اجتماعی متمرکز است، بر اساس مدل جامع اجتماعی - زیست محیطی از سلامتی پایه‌گذاری شده است (سعیدیان و همکاران، ۱۳۹۴). با شروع قرن ۲۱، این باغ‌ها به منظور تحریک و آرامش حواس افرادی که با بحران‌های پس از سانحه زندگی می‌کنند، یا دچار آسیب‌های زوال عقل، سکتة مغزی، اختلالات، و ستون فقرات هستند، طراحی شده‌اند (Souter-Brown, 2015, 7).

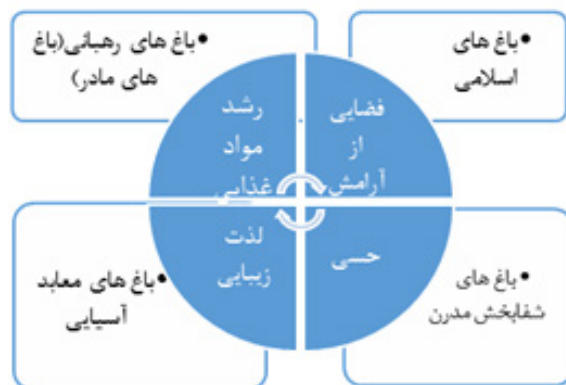
با توجه به نمودار کروئولوژیکی باغ‌های درمانی (شکل ۱) می‌توان به

اهمیت این باغ‌ها در طول تاریخ پی برد. «پالکا» باغ‌های درمانی را به عنوان «مکان سلامتی که به وسیله فراهم آوردن ترمیم، بهبود، مراقبه شفای ذهن و روح، جسم؛ تندرستی و فرآیند شفا را ارتقاء میبخشد» تعریف می‌کند. از نظر پالکا دو اصل مهم در این تعریف عبارت اند از: فواید درمانی بودن در منظر (تعامل فیزیکی مستقیم با محیط) و آثار درمانی ارتباط ذهنی - روانی با منظر طبیعی (به وسیله تجربیات حسی). «جان و تسفال» طراح منظر و پزشک، باغ‌های درمانی، را با توجه به تجربیات فعال و غیرفعال منظر، به چهار گونه باغ‌های شفابخش، تواناسازی، مدیتیشن، ترمیمی طبقه‌بندی می‌کند (سعیدیان و همکاران، ۱۳۹۴). باغ های شفابخش باعث ارتقاء سلامت بیماران عاطفی و جسمی می‌شود. در واقع این باغ‌ها با برقراری ارتباط با حواس پنجگانه انسان باعث شفابخشی می‌شود. مهم‌ترین حسی که باغ‌های شفابخش به اشخاص می‌بخشد احساس آرامش و حیات است و می‌توان گفت راز موفقیت این باغ ها در کشش ذاتی انسان به سوی طبیعت است.

بر اساس باور به بهشت بر روی زمین، که ریشه آن به قبل از ادیان بزرگ یهودیت، مسیحیت و اسلام می‌رسد، باغ‌های ساخته‌شده با تمثیل بهشت تا قرن‌ها جزء باغ‌های درمانی بودند (Souter-Brown, 2015, 20). شکل ۲ ویژگی مهم گونه‌های شناخته‌شده باغ‌های مقدس که بر اساس باورهای دینی شکل گرفته‌اند در مقایسه با باغ‌های شفابخش مدرن را نشان می‌دهد. ویژگی اصلی باغ های رهبانی (باغ‌های مادر) پرورش گیاهان و مواد غذایی است که نمونه این باغ ها در دوران قرون وسطی به صورت فراوان وجود دارد. مهم‌ترین ویژگی در باغ‌های اسلامی که باغ ایرانی جزئی از آن است، دارا بودن فضایی مملوء از آرامش است. زیبایی مهم‌ترین ویژگی باغ های معابد آسیایی است. در نهایت ویژگی تحریک حواس و جنبه حسی مؤلفه اصلی باغ‌های شفابخش مدرن است که پیشتر نیز به آن (شکل ۱) اشاره شد. شفابخشی کیفیتی است که هم ذهن و هم جسم را در بر می‌گیرد و به طور مکرر به دنبال ارتقاء آرامش انسان در منظر طبیعی می‌باشد، و در کل به فضایی اشاره دارد که با خصوصیات خود در فراهم کردن سلامت، تندرستی و بهبود روان انسان تأثیر مستقیم می‌گذارد (نیلی



شکل ۱. نمودار کروئولوژیکی باغ های درمانی
Figure 1. Chronological diagram of medical gardens



شکل ۲. ماتریس باغ های مذهبی تاریخی (ماخذ: Souter-Brown, 2015, 21).
Figure 2. Matrix of historic religious gardens (Source: Souter-Brown, 2015, 21).

۵. بوی معطر. از دیگر ویژگی‌های باغ‌های حسی: می‌توان به: ایجاد چشم‌اندازهای نور و سایه-طعم و بافت-گرمی و سردی-موسیقی در فضای باز (زنگ‌ها)- جذابیت حیات‌وحش (پرنده‌گان- پروانه‌ها- زنبورها که ایجاد صدا می‌کنند)- آب اشاره کرد. باغ‌های حسی برای افرادی که مبتلا به زوال عقل هستند، کاربردهای متنوعی از جمله آرامش روحی را در نتیجه عمل استرس‌زا تضمین می‌کنند، با ایجاد فضای آرام در مدرسه کمک در رسیدن به نقاط قوت و تعادل اطلاعات و پیشرفت عقب‌ماندگی ذهنی کودکان می‌کنند. دومین گونه از باغ‌های شفابخش، باغ‌های درمانی (فیزیکی) هستند (therapeutic gardens). یک اصطلاح مبتنی بر کلمه آمریکایی است که عمدتاً در اصلاح و بهداشت استفاده می‌شود. در این نوع باغ‌ها باغبانی گیاهان نیز وجود دارد و به‌عنوان باغبانی اجتماعی و درمانی شناخته می‌شود. به‌طور خاص برای: ۱. زوال عقل ۲. تحرک ۳. توان‌بخشی ۴. انسجام اجتماعی طراحی شده‌اند. سهولت دسترسی- فضای باز برای فعالیت‌های گروهی- ایمنی در فضاهای عمومی از دیگر ویژگی این باغ‌ها به‌شمار می‌آیند (Souter-Brown, 2015, 8). با استفاده از تحلیل نظریه‌های مرتبط مؤلفه‌های موردنیاز در طراحی باغ شفابخش مطابق جدول ۱ استخراج و تنظیم شد. همچنین مؤلفه‌های باغ‌های شفابخش برای مخاطبین خاص (بیماران روحی) با توجه به مباحث نظری و نمونه‌های طراحی، مطابق با جدول ۲ به‌دست آمد.

پایداری اجتماعی

چهار عنصر اصلی و تعیین کننده در تعریف پایداری اجتماعی وجود دارد: همبستگی اجتماعی (به معنای ایجاد حس همکاری، همدلی و تشریک مساعی بین اقشار مختلف مردم)، عدالت اجتماعی (به معنای فراهم شدن فرصت‌های برابر و حقوق بشر برای تمامی افراد چه در حال و چه برای نسل‌های آینده)، امنیت (به معنای فراهم شدن امنیت در امرار معاش و در برابر مخاطرات طبیعی) و مشارکت (به معنای فراهم شدن فرصت برای تک تک افراد جامعه جهت افزایش کیفیت زندگی

و همکاران، ۱۳۹۲). باغ‌های شفابخش به منظور بهبود رابطه انسان با طبیعت در جهت برطرف کردن معضلات روحی انسان‌ها طراحی شدند (ادیبی و اکبرزاده، ۱۳۹۲). به گفته کوپر^۱ و بارنز^۲ دو اصل کلی در منظر شفابخش مورد توجه قرار می‌گیرد که عبارتند از: ۱. مشاهده مناظر طبیعی و ارتباط با طبیعت؛ ۲. پاسخ محیط به تعاملات اجتماعی و نیازهای فردی. آنان معتقدند اصول طراحی مناظر شفابخش در راستاء ایجاد اهداف زیر به کار گرفته می‌شوند که عبارتند از: خلق حس امنیت در فضا، ایجاد خوانایی در منظر، فرصت‌هایی برای انتخاب (به‌دنبال خلوت شخصی یا ملحق‌شدن به گروه‌های جمعی بودن (حمایت اجتماعی))، ایجاد زمینه مناسب برای آرامش ذهنی، فراهم کردن زمینه‌های ارتباط، انس و آشنایی با طبیعت (Cooper & Barnes, 1999, 21).

مؤلفه‌های باغ درمانی- شفابخش از منظر محققین و نظریه‌پردازان

دو گونه رایج از فضای سبز با خواص شفا دهنده تحت عناوین باغ‌های حسی و باغ‌های درمانی (فیزیکی) وجود دارد: که اولی مزایای بهداشتی منفعل را ارائه داده و دومی باعث تسکین فعال می‌شود. به‌طور سنتی هر دو نوع باغ می‌تواند در یک محیط کنترل‌شده قرار بگیرد. باغ‌ها علاوه بر آن که زیبایی‌شناسی محلی و تنوع زیستی را افزایش داده و باعث بهبودی خلق‌وخوی مردم شده، به ایجاد پایداری اجتماعی کمک کرده و به‌طور خاص برای ارتقاء سلامت جسمی و روانی تلاش کرده و به‌عنوان مکان‌هایی بی‌سرو صدا برای گفتگو با دوستان و تفکر از طریق دیدن و تماشای طبیعت طراحی شده‌اند. به‌طور کلی باغ‌های شفابخش جوامع اجتماعی را بهبود می‌بخشند.

۱. باغ‌های حسی (Sensory garden) یک اصطلاح مبتنی بر کلمه انگلیسی است که به‌طور گسترده در مراکز بازنشستگی جان‌بازان، مدارس، خانه‌های مراقبت استفاده می‌شود. باغ‌های حسی به‌خاطر فراهم کردن پنج مزیت اصلی شناخته می‌شوند: ۱. لذت بصری ۲. قابلیت شنیدن ۳. لمس کردن ۴. تجربه چشایی

جدول ۱. مولفه های طراحی باغ های شفابخش
Table 1. Components of healing garden design

نام نظریه پرداز	مؤلفه ها و عناصر مؤثر در طراحی	تأثیرات فیزیکی	تأثیرات ذهنی
Ulrich (1981,1984); Ulrich et al. (1991); Hartig et al. (2001, 2003); Tennesen & Cimprich (1995); Kaplan (1993); Kaplan et al. (1988, 1995, 2002); Leather et al. (1998); Furnkin (2001); Whitehouse et al. (2001); Annunziat (2002); Herzog & Chernick (2000); Stigsdotter (2004); Kuo & Taylor (2004); Pretty et al. (2005); Moore et al. (2006); William Bird (2009); Maller et al. (2006); Taylor et al. (2002); Cooper & Barnes (1999); Mc Andrew (2013); Natural England (2013)	ارتباط با طبیعت نگاه کردن به مناظر (دیدن طبیعت) حضور آب و گیاهان		بصری
Oberlin (2008); Holm & Fitzmaurice (2008)	بوی خوش (بویدن)		بوایی
Oberlin (2008); Berg (2005)	روشنی - نور روز		بصری
Oberlin (2008); Park (2007)	رنگ		بصری
Oberlin (2008); Whitehouse et al. (2001)	صدا (شامل حرکت آب و غیره)		شنوایی
Berg (2005)	هوای تازه		لامسه
Moran (1993)	محیط شبیه خانه		روانی
Cooper & Barnes (1999); France et al. (2005)	امنیت		ایمنی جسمانی
Mallag (2002)	آثار هنری		بصری
Grahn et al. (1997); Annunziat (2002); De Vries (2010); Natural England (2013)	فضای بازی، تحرک فعالیت بدنی (ورزش در طبیعت)	انسجام اجتماعی تحرک و کنجکاوی توانبخشی	
Kenrelly(2000)	موسیقی		شنوایی
Relf (1999); Stigsdotter et al. (2011); Kaplan & Kaplan (1995, 2002)	مشارکت فعال در یک باغ (فعالیت وابسته به باغبانی)	انسجام اجتماعی	
Moore (1981)	عدم دیدهای محدود		بصری
Kaplan (1993); Staats et al. (1997); Stigsdotter (2004)- De Vries (2010)	دسترسی به طبیعت	انسجام اجتماعی تحرک و کنجکاوی توانبخشی	
Heerwagen (1990); Douglas et al. (2002); Ulrich et al. (2004)	نقاشی از غروب آفتاب، مناظر طبیعی، کوه های دور دست		بصری
Furnkin (2001)	حضور حیات وحش		شنوایی
Ulrich (1984); Cooper & Barnes (1999); Kofler (2010); De Vries (2010); Gloembiewski (2013)	روابط اجتماعی (در نتیجه دسترسی به طبیعت و حضور در آن)	انسجام اجتماعی	
Ottosson & Grahn (2005)	باغ میوه		چشایی
Cooper & Barnes (1999)	ایجاد خوانایی		مقیاس انسانی و متعادل
Cooper & Barnes (1999)	فرصت انتخاب (انزوا و تعامل اجتماعی)	حریم خصوصی انسجام اجتماعی	

جدول ۲. مولفه ها و ویژگی های طراحی باغ های شفابخش متناسب با نیازهای مخاطبین خاص
Table 2. Features and components of healing garden design for specific audiences

مؤلفه‌ها و عناصر مؤثر در طراحی	طرح یا نظریه پرداز
<ul style="list-style-type: none"> • مکانی برای خانواده • محیط خانوادگی • مولفه‌های مؤثر بر افزایش استقلال و حریم • مناطق جداگانه کارکنان 	<ul style="list-style-type: none"> • مؤلفه‌های طراحی بیمارستان روان پزشکی (Karlin & Zeiss, 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد محیط خانوادگی • طراحی برای تعاملات اجتماعی • حوزه‌های برای انجام ورزش، قدم زدن، دویدن • تعادل امنیت و حریم خصوصی • سادگی خوانایی باغ 	<ul style="list-style-type: none"> • ویژگی‌های طراحی برای بیماران رفتاری و روانی (Cooper & Sachs, 2013)
<ul style="list-style-type: none"> • تداخل صوتی مثبت مانند آب، کاهش سروصدای ترافیکی (وجود پوشش گیاهی برای جذب صدا) • جذابیت حیات وحش • محل‌های نشستن فراوان • فضایی برای تفریح کودکان و بزرگسالان (مجسمه‌سازی، موسیقی در فضای باز و صخره نوردی). 	<ul style="list-style-type: none"> • خطوط دید مستقیم و روشن برای احساس امنیت • یک محیط خانوادگی • سطوح راه رفتن صاف و بدون زبری • کاهش جلوه‌های خیره‌کننده برای پوشش • فرصت برای ورزش‌های سبک و سنگین • انتخاب فضاهای آفتابی، نیم‌سایه و سایه‌دار
	<p>طراحی برای بیماران PTSD</p> <p>(اختلال استرسی پس از سانحه یا ضایعه روانی) (Souter-Brown, 2015)</p>

امنیت، همبستگی اجتماعی و مشارکت می‌توان در دو بعد ذهنی و عینی به بهبود بیماران روحی کمک کرد. در نتیجه بیماران احساس تعلق بیشتری به فضایی که در آن قرار دارند خواهند داشت (شکل ۳).

ویژگی‌های مختلف در طراحی و استفاده از طراحی مشارکتی

مسئله‌ها و راه‌حلهای طراحی وابسته به یکدیگرند (لاسون، ۱۳۹۲، ۱۴۷) و فرآیند طراحی در واقع کشف مسأله طراحی است. بیان ما از مفهوم مسئله در معماری در این پژوهش را می‌توان در یک عبارت خلاصه کرد: «تصمیم درباره آینده تک‌تک روابط انسان-محیط». می‌توان گفت علت معضلی که «فرانسس دافی^۱» ذکر کرده‌است، پیش از آن که در باب الگوهای معماری (و به عبارتی، راه حل‌ها) باشد در رابطه با معماری امروز یعنی شناخت از کاربر، خواسته‌ها و نیازهای او (نوع طرح مساله) بستگی دارد (ناری قمی، ۱۳۹۴، ۲۷). ویژگی رویکرد طراحی جمعی مبتنی بر تغییر میزان تأثیر گروه‌های مختلف مشارکت‌کننده در طول فرایند طراحی است. معمار(ان)، کارفرما(یان)، قانون گذار(ان)، کاربر(ان) و دیگر گروه‌ها با توجه به نقش و میزان قدرت تصمیم‌سازی در مراحل مختلف فرایند شرکت می‌کنند (اسلامی و کاملنیا، ۱۳۹۳، ۶۰). طراحی مشارکتی منظر، به فرایندی اطلاق می‌شود که با حضور فعال مردم، کارفرماها و متخصصان در تمام مراحل معنا می‌یابد و با هدف دستیابی به طراحی بهینه مورد رضایت هر سه گروه، منجر به ارتقاء ابعاد ذهنی و عینی منظر می‌شود (منصوری و فروغی، ۱۳۹۷). بیماران روحی از جمله بیماران خاصی هستند که نمی‌توان در همه مراحل و به هر روشی از مشارکت آنان در طرح استفاده کرد.

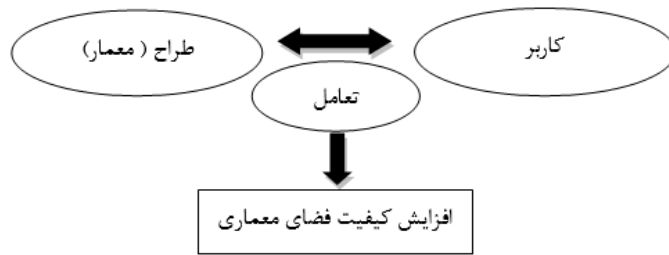
برای شناخت انواع سطوح مشارکت و تبیین آن در مخاطبین خاص به معرفی سه نمونه از مسائل کاربرمحور معماری در جدول ۳ پرداخته می‌شود و در نهایت جهت معرفی پاسخ به طراحی فضای بیماران روحی با توجه مطالعات انجام گرفته شکل ۴ می‌تواند یکی از فرایندهای

خویش (DFID, 2002). بحث مشارکت کاربران در مراحل تولید یک ساختمان یکی از مهم‌ترین مسائلی که امروزه در ارتباط با پایداری معماری مطرح می‌شود.

بایستی تمامی مؤلفه‌ها را در دستیابی به محیطی پایدار توسط کاربران که ضرورتی انکارناپذیر است در نظر داشت و بستر مناسبی را با مؤلفه‌های اجتماعی بودن هنر - صنعت معماری، تأثیرپذیری آن از ساختگاه نیازش و تأثیرگذاری ویژه آن بر جریان زندگی را در جهت مشارکت سودمند و هدفمند کاربران در جریان طراحی ایجاد نمود (گل‌بچی و همکاران، ۱۳۹۳).

نظریه‌پردازان مختلفی در مورد ابعاد متعدد پایداری اجتماعی نظراتی بیان کرده‌اند؛ نظریه نیازهای اساسی یکی از نظریات جامعه‌شناسی است که در بسط مفهومی پایداری اجتماعی نقش داشته است (واعظ زاده و همکاران، ۱۳۹۴) ناگل^۱ دو بعد مادی و غیرمادی را برای نیازهای اساسی در نظر گرفته است: ۱- نیازهای اولیه مادی شامل: غذا، آب آشامیدنی، سرپناه، پوشاک، مراقبت‌های پیشگیری از بیماری، خدمات بهداشتی، آموزش؛ ۲- نیازهای اولیه غیرمادی شامل: رضایت از فرصت‌های شغلی، مشارکت در قدرت سیاسی، مشارکت در تصمیمات محلی، تضمین حقوق اولیه انسانی، برابری فرصت‌های اقتصادی، آزادی سیاسی (موتلاک و شوارتس، ۲۰۱۱ به نقل از واعظ زاده و همکاران، ۱۳۹۴). نظریه سرمایه اجتماعی، نظریه دیگری که در تکوین مفهوم پایداری اجتماعی نقش داشته است که جامعه‌شناسانی مانند پاتنام^{۱۱} (بارویکرد انتخاب عقلانی) و بورديو^{۱۲} (با رویکرد طبقه) آن را بسط داده‌اند. این نظریه برپایه ایده سرمایه اجتماعی که می‌تواند سنجشی از یک منبع ثروت در بعد اجتماعی پایداری باشد قرار دارد (همان). به نظر می‌رسد هرکدام از نیازهای مادی و غیرمادی که ناگل به آن اشاره می‌کند دارای وجوه عینی و ذهنی نیز باشند. چنانچه رضایت از مشارکت و رفع نیازها می‌تواند جزء وجوه ذهنی هر یک از آنها به شمار رود.

با ایجاد و تقویت مفاهیم پایداری اجتماعی شامل: عدالت اجتماعی،

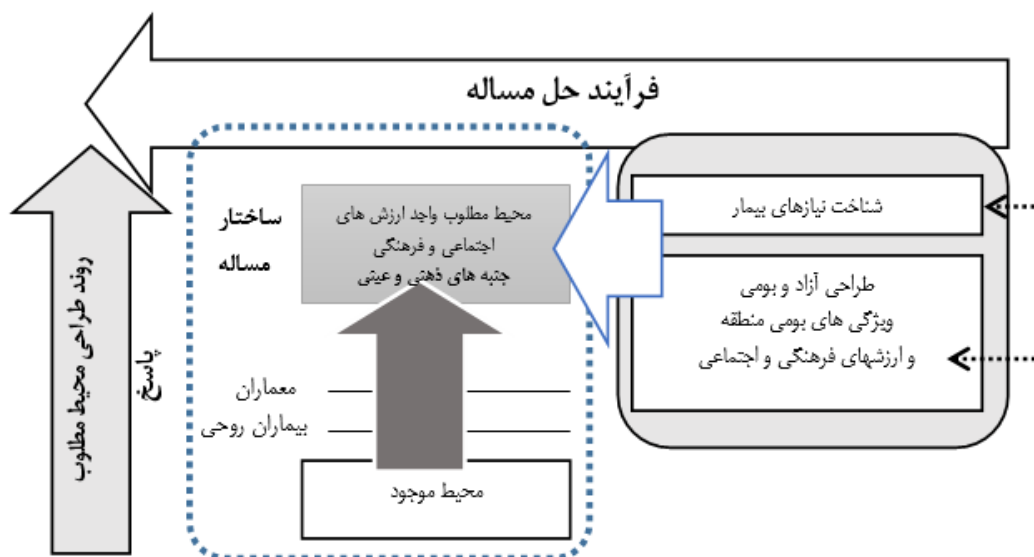


شکل ۳. ایجاد ارتباط سازنده میان طراح و کاربر برای مشارکت در طراحی (گلابچی و همکاران ، ۱۳۹۳).

Figure 3. Creating a constructive interaction for design participation between the designer and the user (Golabchi et al., 2014).

جدول ۳. مساله معماری و مشارکت
Table 3. The issue of architecture and participation

طرح مساله	خصیصه
گرفتن اطلاعات (مشارکت پرسش نامه‌ای)	مشارکت پرسش نامه‌ای از طریق مطالعات سیستماتیک آمار و نتایج طرح صورت می‌پذیرد.
ناحیه‌گرایی	تأکید بر مشارکت مردمی به عنوان فرایندی بومی در معماری پایدار؛ کیفیت هم‌فهم در فرم؛ استفاده از مردم در قسمت طراحی و نظر متخصصان در موارد فنی و جزئیات ساختمانی.
تأویلی	عوامل تاثیرگذار بر شکل محیط: عامل درونی (وجه روانی انسان‌ها) و عامل بیرونی (فرهنگ یک جامعه)؛ امکان تطابق کالبد با شیوه زندگی، با لحاظ کردن درجاتی از تغییرپذیری برای کاربر؛ رویکرد رفتارگرایانه در طراحی محیط و معماری، (رویکردهای حداقلی و حداکثری): در رویکرد حداقلی بررسی رفتاری در برنامه‌ریزی است، اما در رویکرد حداکثری شناخت دقیق و همه‌جانبه از کاربر است.



شکل ۴. طرح مساله و پاسخ به طراحی فضای بیماران رومی

Figure 4. Problem solving and response to designing the space of mentally ill patients

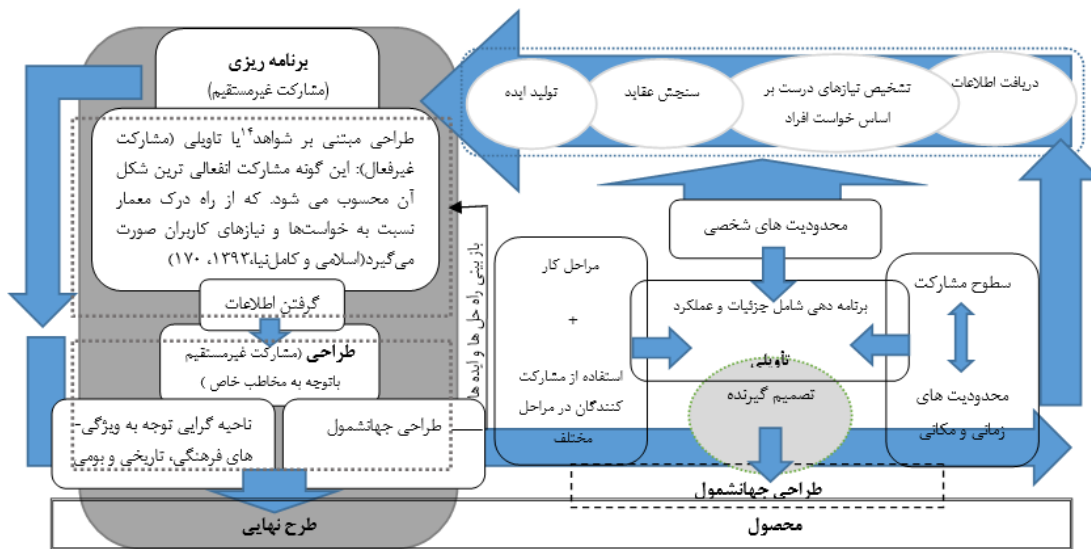
حل مسئله در فضای مطلوب مورد نظر پژوهش باشد.

نتیجه گیری

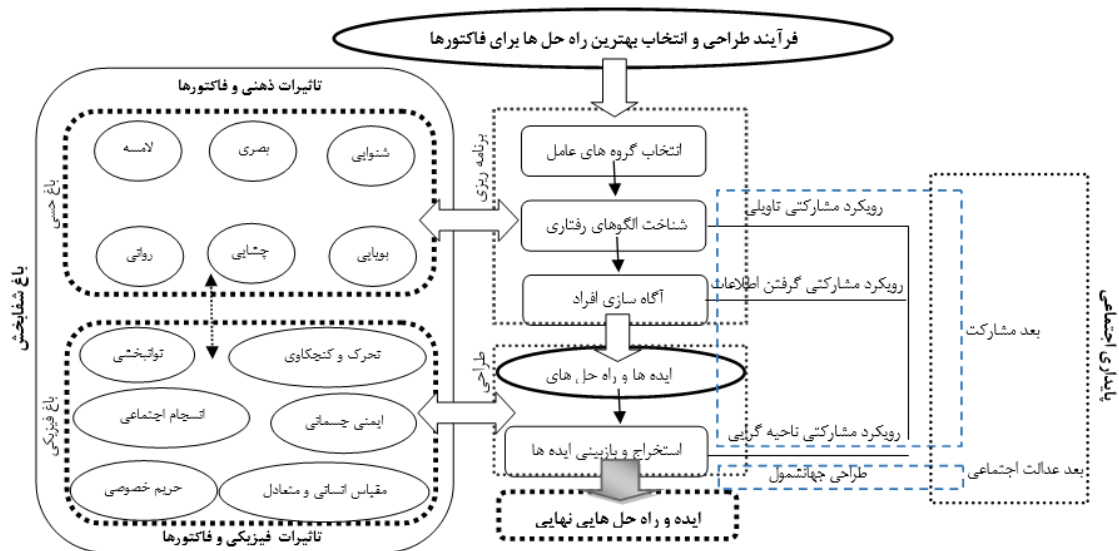
با بررسی مطالعات فوق رویکرد تأویلی بهترین رویکرد مشارکت بیماران روحی در طراحی فضای مورد نظر است که با رویکرد حداکثری رفتارگرایانه به شناخت همه جانبه و دقیق از رفتار بیماران می پردازد. با طراحی فضای انعطاف پذیر راه حل مناسبی را برای تنوع مخاطبان در انواع طراحی ها می توان به ارمغان آورد، که در کنار طراحی انعطاف پذیر می توان از رویکرد طراحی جهان شمول یا آزاد استفاده

کرد. هدف اصلی مشارکت در طراحی، بهبود کیفیت محیط و تأثیر مستقیم بر رفتارهای فردی- اجتماعی که یکی از مهم ترین موضوعات مطرح شده در این حوزه است. با بررسی شکل ۴ و ۵ مشخص می شود که، در این گونه از فرایند طراحی و شناخت مسئله، «شناخت نیازهای بیمار» و «طراحی آزاد و بومی» نقش اصلی را دارند. در فرایند پاسخ (رسیدن از محیط موجود به محیط مطلوب) بیماران عامل اصلی پایش هستند. اما به واسطه اتکا به سازمان حرفه ای، «معمار» به عنوان پایش دوم حضور دارد.

با توجه به تعریف مفهوم پایداری اجتماعی و مؤلفه های مرتبط با آن از جمله زندگی با عدالت، دارای امنیت و همبستگی اجتماع در کنار فراهم کردن مشارکت اجتماعی معرفی شده است. این پژوهش خواستار



شکل ۵. رویکردهای مسأله طراحی و جایگاه مشارکت بیماران روحی در فرآیند طراحی
Figure 5. Design problem approaches and the place of participation of mental patients in the design process



شکل ۶. جمع بندی فرآیند طراحی باغ های شفابخش با توجه به رویکردهای مشارکت و مفاهیم پایداری اجتماعی
Figure 6. Summarizing the design process of healing gardens according to participation approaches and concepts of social sustainability

فهرست مراجع

۱. ابن سینا. (۱۳۷۰). *قانون*. (عبدالرحمن شرفکندی، مترجم). تهران: انتشارات سروش.
۲. ادیبی، علی اصغر؛ و اکبرزاده، مینا. (۱۳۹۲). باغ های شفافش، رویکرد باغ ایرانی به سلامتی. *منظر*، ۵(۲۴)، ۲۱-۱۸.
۳. اسلامی، سید غلامرضا؛ و کامل نیا، حامد. (۱۳۹۳). *معماری جمعی: از نظریه تا عمل*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۴. توکلی، نیکو؛ و ماجدی، حمید. (۱۳۹۲). عملکرد محیط های سبز و طبیعی در ارتقاء سلامت روحی - روانی انسان. *هویت شهر*، ۷(۱۳)، ۲۳-۳۲.
۵. سعیدیان، نجمه؛ معمارضیا، کاظم؛ ذاکری، سیدمحمدحسین؛ و حبیبی، امین. (۱۳۹۴). تبیین میزان تطابق الگوی منظر باغ ایرانی و باغ های چهارگانه درمانی. *پژوهش های منظر شهر*، ۲(۴)، ۹۲-۸۱.
۶. طاهری، ثریا؛ و طاهری، جعفر. (۱۳۹۸). ارزیابی عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان در مجموعه های مسکونی (مطالعه موردی: مجموعه های ۵۱۲ و ۶۰۰ دستگاه شهر مشهد). *هویت شهر*، ۱۳(۴۰)، ۵۷-۷۴.
۷. علی الحسائی، مهران؛ و یوسف زمانی، مهرداد. (۱۳۸۹). فرایند طراحی معماری، تعامل میان طراح و بهره بردار (مدل یابی مشارکت در طراحی مسکن های شخصی ساز). *هنرهای زیبا- معماری و شهرسازی*، ۲(۴۳)، ۳۱-۴۲.
۸. گلابچی، محمود؛ خلعتبری، رامتین؛ و فاضل، علیرضا. (۱۳۹۳). مشارکت بهره برداران در فرایند طراحی، زمینه ساز تحقق پایداری اجتماعی مسکن انبوه در ایران؛ نمونه موردی: مسکن شهرک صنعتی پرند. *مدیریت شهری*، ۱۳(۳۵)، ۲۴-۷.
۹. لاوسون، برایان. (۱۳۹۲). *طراحان چگونه می اندیشند: ابهام زدایی از فرایند طراحی*. (حمید ندیمی، مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۱۰. مردمی، کریم؛ میرهاشمی، صدیقه؛ و حسن پور، کسری. (۱۳۹۳). باغ ایرانی- باغ شفافش (شفابخشی طبیعت در نگاه اسلامی و محیط های درمانی). *فصلنامه پژوهش های معماری اسلامی*، ۲(۵)، ۴۹-۶۶.
۱۱. منصوری، سید امیر؛ و فروغی، مهرداد. (۱۳۹۷). مفهوم طراحی مشارکتی منظر. *باغ نظر*، ۱۵(۶۲)، ۲۴-۱۷.
۱۲. مهدی نژاد، جمال الدین؛ ضرغامی، اسماعیل؛ و سادات، سیده اشرف. (۱۳۹۴). رابطه انسان و طبیعت در باغ ایرانی از منظر معماری اسلامی. *مجله نقش جهان*، ۵(۱)، ۴۲-۲۷.
۱۳. ناری قمی، مسعود. (۱۳۹۴). *پارادایم های مسئله در معماری*. تهران: علم معمار.
۱۴. نیکبخت، علی. (۱۳۸۳). پزشکی در منظر سازی نوین: باغ های شفافش. *باغ نظر*، ۱(۲)، ۸۲-۷۹.
۱۵. نیلی، رعنا؛ نیلی، ریحانه؛ و سلطانزاده، حسین. (۱۳۹۱). چگونگی بازتاب شاخصه های مناظر شفافش در الگوی منظر باغ ایرانی. *فصلنامه باغ نظر*، ۹(۲۳)، ۷۴-۶۵.
۱۶. نیلی، ریحانه؛ نیلی، رعنا؛ و امین زاده، بهناز. (۱۳۹۲). شفافش در منظر سازی باغ های دوره قاجار. *معماری و شهرسازی آرمان شهر*، ۵(۱۱)، ۱۶۷-۱۸۰.
۱۷. واعظ زاده، ساجده؛ نقدی، اسدالله؛ و ایاسه، علی. (۱۳۹۴). مؤلفه های پایداری اجتماعی در برنامه های توسعه ایران. *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۷(۲)، ۴۵-۵۹.

پایه سازی آن مفاهیم با کمک تعیین سطوح مشارکت اجتماعی در فرایند طراحی مراکز درمانی است. برای مشخص کردن رویکرد مشارکت، رابطه هر کدام از مؤلفه ها را با نوع مشارکت بیماران از طریق مطالعه و نتیجه گیری مشخص کرده، که چهار نوع رویکرد مشارکت مشخص گردید. ابتدا در مرحله برنامه ریزی با انتخاب گروه های عامل با رویکرد تأویلی براساس طراحی مبتنی بر شواهد به شناخت خواست ها و نیازهای بیماران پرداخته می شود. سپس در مواردی از مؤلفه ها که نیازمند گرفتن اطلاعات کافی از بیماران است، به وسیله ابزارهای مختلفی مانند پرسش نامه و مصاحبه اطلاعات کسب می شود. در مرحله طراحی با بازبینی راه حل ها و ایده های اولیه به دست آمده از مرحله برنامه ریزی با استفاده از رویکرد ناحیه گرایی به ویژگی های فرهنگی و تاریخی بومی منطقه در کنار طراحی جهان شمول که به طراحی آزاد و انعطاف پذیر اشاره دارد به تمام سلیقه ها پاسخ مناسب داده می شود و محصول نهایی با ایده های جمعی حاصل خواهد شد. در نهایت در شکل ۶ به فرایند طراحی باغ های شفافش با توجه به رویکردهای مشارکت و مفاهیم پایداری اجتماعی دست یافته شد، که می توان در پژوهش ها و طراحی فضاهای درمانی با استفاده از تمامی رویکردهای مطرح شده در شکل های ۵ و ۶ استفاده کرد. در تمامی این رویکردها نوع مشارکت بیماران به دلیل خاص بودن آنها و محدودیت های شخصی افراد، به صورت غیرمستقیم در طرح مطرح است.

با توجه به رویکرد منطقی مطرح شده در منابع مرتبط با منظر و اهمیت توجه توأمان به هر دو بعد ذهنیت و عینیت، در وجوه ادراکی عناصر منظر این رویکرد را می توان در هر دو باغ حسی و فیزیکی در مقالات آتی مورد توجه و پژوهش قرار داد.

پیشنهادات

1. Andrew Brennan
2. Escherder
3. Ulrich
4. Kaplan
5. Williams
6. Palka
7. John Wattfal
8. Cooper
9. Barnes
10. Nagel
11. Putnam
12. Bourdieu
13. Francis Duffy

۱۴. به گفته کلر کوپر مارکوس، «رویکرد مبتنی بر شواهد» (Evidence Based Design) اشاره دارد به: دستورالعمل های جامع و معتبر براساس بازخوردهای به دست آمده از محیط های ساخته شده قبلی، جهت ارتقاء سطح سلامتی و تأمین نیازهای جمعیتی گروه های خاصی از استفاده کنندگان. در سال ۲۰۰۳ رویکرد بیمار محور و درک فراینده ای از طراحی مبتنی بر شواهد رخ داد (Cooper & Sachs, 2013, 308).

18. Bell, Simon. (2007). *Landscape patern of percepton and process.*(Aminzadeh, Trans). Tehran: Publicaton of Tehran University.
19. Cooper Marcus, C., & Barnes, M.(1999). *Healing Gardens.* New York: John Wiley & Sons.
20. Cooper Marcus, C., & Sachs, N.(2013). *Therapeutic Landscapes An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces.* Canada: John Wiley & Sons, Inc.
21. DFID.(2002). *Indicators for Socially Sustainable Development.*
22. Souter– Brown, Gayle. (2015). *Landscape and Urban Design for Health and Well-Being.* New York.
23. Ulrich, R. S. (1999). *Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research.* In Cooper Marcus C and M Barnes Ed.. *NHealing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations* (Vol.2, pp. 27-86). New York: John Wiley & Sons.

COPYRIGHTS

©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

