

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۲۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۰۷/۱۴

لادن اوحدی^۱، عیسی حجت^۲، مهران قرائتی^۳

اهمیت خلوت بیمار در طراحی معماری محیط‌های درمانی به منظور ارتقاء کیفیت درمان و بهبودی آنها^۴

چکیده

خلوت به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان اهمیت به‌سزایی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی دارد و برآورده نشدن آن استرس بسیاری به بیمار وارد می‌کند که در روند بهبودی‌اش تأثیر نامطلوبی خواهد گذاشت. بسیاری از صاحب‌نظران اخلاق پزشکی برآوردن خلوت را ستون اصلی ارائه مراقبت‌های درمانی می‌دانند. تحقیقات در ایران و سراسر دنیا نشان داده است که علی‌رغم آنکه پرستاران و دیگر کارکنان بر این باورند که خلوت بیماران رعایت می‌شود ولی بیماران از میزان خلوت خود راضی نیستند. این تحقیق به‌دنبال پاسخگویی به این سؤال است که خلوت بیماران چگونه می‌تواند در ارتقای نظام درمان و بهبودی‌اش مؤثر واقع شود و جایگاه معماری در تحقق خلوت لازم برای بیمار چیست؟ این مطالعه با رویکرد کیفی از تکنیک مطالعه کتابخانه‌ای و سپس مشاهده در دو بیمارستان انتخابی گودرز و مرتاض در شهر یزد برای یافتن نکاتی در رابطه با خلوت بیماران بهره می‌گیرد. در نهایت دو گروه از بیماران بستری انتخاب شدند و مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام گرفت. نتایج نشان می‌دهد که خلوت در فضاهای درمانی تابع شرایط فرهنگی، نوع و شدت بیماری، روحیات فردی، طول زمان بستری، روش ارائه خدمات، فعالیت‌های کادر پزشکی و مواردی از این قبیل است که طراح فضاهای درمانی باید آنها را در نظر بگیرد و راهکارهای معمارانه‌ای در برآوردن خلوت لازم برای بیمار بستری خلق کند.

کلیدواژه‌ها: خلوت، بیمار بستری، فضای درمانی، درمان، معماری فضا.

^۱ کارشناس ارشد معماری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر اصفهان، استان اصفهان، شهر اصفهان (نویسنده مسئول مکاتبات)

E-mail: ohadi@yahoo.com

^۲ دانشیار دانشکده معماری، پردیس هنرهای زیبا، دانشگاه تهران، استان تهران، شهر تهران

E-mail: isahojat@ut.ac.ir

^۳ استادیار دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر اصفهان، استان اصفهان، شهر اصفهان

E-mail: Mehrangharaati@gmail.com

^۴ این مقاله برگرفته از پایان‌نامه لادن اوحدی با عنوان «طراحی بخش بستری بیمارستان عمومی در یزد با نگاه توجه به نیازهای اجتماعی و روانی بیمار به منظور ارتقای نتایج درمان» به راهنمایی دکتر عیسی حجت و مشاوره دکتر مهران قرائتی در دانشگاه هنر اصفهان است.

مقدمه

نیاز به خلوت از نیازهای اساسی انسان است و هرگونه اختلال در برآورده شدن آن می‌تواند مشکلات زیادی داشته باشد (قهرمانیان، ۱۳۸۷، ۳۸؛ لنگ، ۱۳۸۳، ۱۶۵). مردم تلاش می‌کنند در انجام فعالیت‌ها به سطح مناسبی از خلوت دست یابند. در تعاریف مربوط به خلوت یک ویژگی مشترک وجود دارد. نکته اصلی این تعاریف، توانایی کنترل افراد یا گروه‌ها بر تعامل دیداری، شنیداری و بویایی با دیگران است (لنگ، ۱۳۸۳، ۱۶۵). پروت و برگون برای مفهوم خلوت چهار بعد فیزیکی (در دسترس بودن جسم فرد برای دیگران)، روان‌شناختی (توانایی کنترل فرآیندهای روانی)، اجتماعی (کنترل بر تعاملات اجتماعی با دیگران)، و اطلاعاتی (کنترل فرآیند تبادل اطلاعات شخصی) در نظر گرفته‌اند. نوع و میزان خلوت به الگوی جاری فعالیت، زمینه فرهنگی، شخصیت و انتظارات فردی وابسته است (Parrott & Burgoon, 1989, 1381-1385).

احساس کاهش کنترل، کمبود خلوت و ازدحام از منابع اصلی استرس در بیماران است (Shu- marker & Pequegnaf, 1989, 161 & 202). بستری شدن در بیمارستان استرس‌های بسیار زیادتری نسبت به خود بیماری به وجود می‌آورد. این استرس‌ها از عوامل محیطی مانند محیط‌های ناآشنا تا کمبود خلوت و حریم شخصی، عدم استقلال و عدم اطمینان درباره نتیجه بیماری ناشی می‌شود (BMA Science & Education, 2011, 4). در محیط‌های درمانی به دلیل جداسدن انسان از محیط طبیعی زندگی، بستری شدن در اتاق‌های مشترک و همچنین لزوم کسب و ثبت مکرر اطلاعات بیماران، احتمال اختلال در برآورده شدن این نیاز بیشتر است (قهرمانیان، ۱۳۸۷، ۳۸). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که خلوت بیماران در محیط‌های درمانی به خوبی رعایت نمی‌شود و حتی در بعضی از کشورهای اروپایی با آنکه پرستاران بیان می‌کنند که خلوت بیماران خود را به خوبی رعایت می‌کنند ولی بیماران آنها اعتقاد داشتند که خلوت آنها به خوبی رعایت نمی‌شود (همان).

روش پژوهش

با توجه به گفته‌های قبل و با توجه به اهمیت خلوت برای بیمار و تأثیرگذاری‌اش در روند درمان بیمار مطلوب است که شرایط لازم برای ایجاد خلوت مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤالات هستیم:

- شرایط لازم برای ایجاد خلوت در فضاهای درمانی شامل چه مواردی است؟
- در جامعه مورد نظر تلاش برای حفظ خلوت بیمار بستری به چه صورتی نمود می‌یابد؟
- از دیدگاه معمارانه چگونه می‌توان شرایط لازم را برای ایجاد خلوت در فضاهای درمانی تحقق بخشید؟

برای پاسخگویی به دو سؤال اول از روش مطالعات کتابخانه‌ای استفاده شد. در جهت تکمیل سؤال دوم و پاسخگویی به سؤال سوم انجام مطالعات میدانی ضرورت یافت. مطالعات میدانی با رویکرد کیفی و از تکنیک مشاهده و مشاهده مشارکتی و همچنین مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته به بررسی نمونها و زمینه‌های فرهنگی خلوت در دو بیمارستان موقوفه خیریه گودرز و بیمارستان خصوصی مرتاض در شهر یزد پرداخته است.

راه اول مشاهده در فضاهای درمانی، گذراندن زمان در محیط‌های تحت مطالعه و مشاهدات دست اول از فعالیت‌ها و تعاملات است. مشاهدات بعد از بررسی به موضوعات مختلف دسته‌بندی شده و نام‌گذاری شدند. سپس برای اطمینان از صحت موارد دیده شده، مشاهدات مکرر انجام شد. به دلیل رعایت اخلاق تحقیق و عدم رضایت تعدادی از کاربران، بعضی از موارد مشاهده شده به صورت

کروکی ثبت گردید. در این پژوهش برای اثبات و اطمینان از صحت بعضی مشاهدات، انجام مصاحبه نیز ضرورت یافت. بعد از بررسی انواع روش‌های مصاحبه در فضاهای درمانی، تصمیم گرفته شد تا مصاحبه در دو مرحله و به دو صورت انجام شود (Johnson & Barach, 2008, 195):

۱. مصاحبه به صورت مکالمه غیررسمی: یکی از روش‌های مطلوب مصاحبه در فضاهای درمانی به این صورت است که سؤالات جریان از یک چارچوب فوری و متفاوت از مصاحبه به مصاحبه شونده صورت می‌گیرد.
۲. مصاحبه با در نظر داشتن پیش‌زمینه (نیمه‌ساختار یافته): در این روش فهرستی از پرسش‌ها و مسائل باید در طی مصاحبه مورد بررسی قرار گیرد. از هر کس همان مسائل مشابه پرسیده می‌شود، اما ممکن است سؤالات بر اساس پاسخ فرد متفاوت باشد. در این پژوهش جامعه آماری شامل ۱۵ بیمار و همراه از گروه سنی بالای ۲۵ سال در بیمارستان گودرز و همچنین ۱۵ بیمار و همراه بالای ۲۵ سال در بیمارستان مرتاض پاسخ‌های لازم و کافی را تأمین کرد. دلیل انتخاب این گروه سنی به این دلیل بود که عموم بیماران بستری بالای ۲۵ سال بودند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شد تا امکان گوش دادن مجدد فراهم شود و نتایج حاصل از مصاحبه‌ها با دقت بیشتری مورد ارزیابی قرار گیرد.

پیشینه تحقیق

موضوع خلوت و تأثیرگذاری آن در فضاهای درمانی گستره وسیعی دارد و صاحب‌نظران و محققان درخصوص برآورده شدن خلوت مورد نیاز برای بیمار به مواردی اشاره کرده‌اند که از میان آنها تنها موارد اندکی با معماری ارتباط پیدا می‌کند. نتایج تحقیق در دو بیمارستان پول و مرکز بهداشتی NHS ساوت‌دانش در برایتون نیز نشان داده است که خلوت برای بیماران مسئله مهمی است و ساخت اتاق‌های خصوصی در بخش‌های جدید رو به افزایش است. بررسی دقیق‌تر و توجه به جزئیات این مسئله نشان می‌دهد که بیش از نیمی از بیماران مورد مطالعه به اتاق‌های چندتخته تمایل داشتند و نه اتاق خصوصی. برای این انتخاب دو دلیل عمده وجود دارد: اول، تمایل به حضور در جمع به منظور گفتگو با دیگران و دوم احساس اینکه پرستاران در اتاق حضور بیشتری خواهند یافت. بنابراین شرط اساسی برای معماران، جدال میان دو نیروی «در جمع بودن» و یا «تنها ماندن» است. بدیهی است آنچه ترجیح داده می‌شود امری متعلق به تمایل شخصی و شرایط محیط است (لاسان، ۱۳۸۳، ۱۳۰).

اولریش بیان می‌کند که با وجود تمایل به اتاق‌های دوتخته که سطح رضایت بیماران چه از اقامت در بیمارستان و چه از کارکنان پزشکی در اتاق‌های خصوصی بیشتر از عمومی است (Ulrich, 2003, 14). به علاوه بیمارانی که هم‌اتاقی داشتند رضایت کمتری از سطح صدا، تمیزی و دمای اتاق داشتند. قهرمانیان (۱۳۸۷، ۴۲) هم در تحقیق خود به این نتایج رسیده است که بیشتر بیماران تمایل به اتاق‌های چندتخته دارند اما ارتباط معکوسی بین تعداد تخت‌ها با رعایت خلوت بیماران وجود دارد. همچنین با افزایش تعداد روزهای بستری، بیماران معتقد شده‌اند که خلوت آنان بیشتر رعایت می‌گردد.

بیماران مزمن بیشتر از بیماران حاد از میزان رعایت خلوت خود توسط کارکنان پرستاری راضی بودند (Back & Wikblad, 1998, 945). گزارش بیماران از میزان رعایت خلوتشان نشان داده است که هنگامی که بیماران نیاز بیشتری به مراقبت‌های پرستاری دارند، نیاز کمتری به خلوت احساس کرده و در مقایسه با بیماران دیگر از خلوت خود رضایت بیشتری دارند. همچنین بین

ادراک بیماران از سلامتی‌شان با میزان گزارش آنان از رعایت خلوتشان ارتباط منفی و قوی وجود دارد (قهرمانیان، ۱۳۸۷، ۴۲).

شرایط لازم برای ایجاد خلوت

جداسازی نهایی‌ترین شکل حریم شخصی است. هدف هر دوی این اقدامات جلوگیری از نفوذ ناخواسته درجه اطلاعات و گریز از آن است. ولی در نظام‌های مراقبت بهداشتی، عملاً در این امر تداخل ایجاد خواهد شد (Mazer, 2005, 3). یکی از راه‌های دستیابی به خلوت اجتناب از تماس با دیگران است و راه دیگر از طریق کنترل مکانی است. نتایج معماری مناسب در زمینه خلوت، توانایی تصمیم‌گیری و تعیین میزان خلوت مورد دلخواه و میزان حضور در جمع برای افراد، اهمیت بسیاری دارد. همچنین توانایی کنترل شخصی بر محیط نیز حائز اهمیت است (لاسان، ۱۳۸۳، ۱۳۱).

به‌طور کلی اهمیت خلوت در فضاهای درمانی را می‌توان از دو حیث مهم دانست: خلوت دیداری و خلوت شنیداری (Mazer, 2005, 5). یک مطالعه که به درک بیمار از حریم شخصی و نتایج مربوط به آن پرداخته است، پیشنهاد می‌کند که یک مانع شخصی همانند دیوار در مقابل افراد قرار گیرد. این نتیجه به‌طور واضح نشان می‌دهد که حریم شنیداری و دیداری بر روی ایمنی بیماران تأثیر دارد. همچنین نشان می‌دهد که بیمارانی که اطلاعات محرمانه خود را در کنار تخت یا برانکار خود می‌شنوند، معتقدند که اطلاعاتشان مورد استراق سمع قرار می‌گیرد. بنابراین بعضی بیماران بخش‌هایی از آزمایش پزشکی خود را رد می‌کنند، زیرا احساس می‌کنند که هیچ حریم شخصی ندارند (Barlas et al., 2001, 135). ماهیت سرو صدا و تأثیر آن بر ارتباط تهدید دیگری برای حریم شنیداری است. سر و صدا سبب می‌شود تا افراد برای شنیده شدن صدایشان بلندتر صحبت کنند و این درک حریم شخصی را مورد تهدید قرار می‌دهد (Mazer, 2005, 5).

در کل و از مجموع مطالب فوق، معرفی شاخصه‌های زیر در فضاهای درمانی برای دستیابی به خلوت ضروری به نظر می‌رسد:

- توجه به فضای شخصی
- در نظر گرفتن فاصله‌ها
- شخصی‌سازی (Marsawafy, 2006, 190)

تأمین فضای شخصی یکی از سازوکارهای دستیابی به خلوت است. برای ایجاد فضای شخصی در نظر گرفتن فاصله‌ها ضروری است. برای ایجاد کنترل و حس مالکیت نیز باید فضاها را شخصی‌سازی کرد (لنگ، ۱۳۸۳، ۱۶۷؛ هال، ۱۳۸۷، ۱۳۵).

فضای شخصی

فضای شخصی محدوده‌ای غیر قابل رؤیت در اطراف است که مزاحمی به آن راه ندارد. اگر شخص دیگری وارد فضا شود، فرد احساس مزاحمت می‌کند و نارضایتی خود را نشان می‌دهد (Coffman, 1963). برگرفته از لنگ، ۱۳۸۳، ۱۶۷). البته این نکته را نیز باید یادآور شد که خلوت در شرایط گوناگون درمانی معانی متفاوتی پیدا می‌کند. برای مثال وقتی فرد از شرایط بسیار راضی باشد و یا زمانی که ارتباط نزدیک با بیمار ضرورت یابد، شرایط عوض می‌شود. مانند میزان حضور پرستار در اتاق بستری و ورود به حریم شخصی بیمار. (Marsawafy, 2006, 190).

از این حیث فضای اطراف بیمار را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد: فضای خصوصی که

نشان‌دهنده محدودۀ شخصی و حریم خصوصی است که بیماران آن را درک می‌کنند و فضای عمومی که نشان‌دهنده خدمات و امکانات اجتماعی است که توسط ساختار آن مهیا شده است. بنابراین در تجربه مکانی محیط‌های عمومی و خصوصی با مرزهایی به‌عنوان خطوط فضایی نمادین مشخص می‌شوند. به‌علاوه این نکته را نیز نباید نادیده گرفت که نیاز به خلوت و فضای شخصی در هر فرهنگی متفاوت است. اینکه ما چه کسی هستیم، چگونه احساس می‌کنیم، و چگونه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنیم، مسائلی وابسته به فرهنگ هستند که فضای شخصی و خلوت بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Surrenti, 2009, 8).

گستره و ابعاد خلوت فرد در محیط درمانی در مقایسه با محیطی دیگر متفاوت است و این مسئله می‌تواند نیاز بیمار به فضای شخصی را در یک لحظه خاص افزایش یا کاهش دهد. برای مثال در زمانی فرد خسته است و تحمل دیدن افراد را در اطراف تختش ندارد، گستره خلوت افزایش می‌یابد. همچنین هنگام انجام معاینات بدنی خاص و مسائلی از این قبیل، تمایل بیمار به حفظ محرمانه‌ت افزایش خواهد یافت. بنابراین با توجه به این موارد وجود ساختار انعطاف‌پذیر در بیمارستان اهمیت پیدا می‌کند (Ulrich & Zimring, 2004; Surrenti, 2009, 9).

در نظر گرفتن فاصله‌ها

ادوارد تی هال (۱۳۸۷) فواصل معمول را برای انواع ارتباطات اصلی تعریف می‌کند. هال بر اساس آزمایش‌هایی که انجام داده است چهار فاصله را شناسایی و نام‌گذاری و هرکدام را به دو بخش دور و نزدیک تقسیم می‌کند:

- فاصله صمیمی: تا ۴۵ سانتی‌متر
- فاصله شخصی: تماس با فاصله ۴۵ تا ۱۲۰ سانتی‌متر
- فاصله اجتماعی - مشورتی: تماس با فاصله ۱۲۰ تا ۳۶۵ سانتی‌متر
- فاصله عمومی: ۳۶۵ سانتی‌متر و بیشتر (هال، ۱۳۸۷، ۱۳۹).

هر فاصله با انواع مختلفی از ارتباطات و حس‌های گوناگون مشخص شده است. این فواصل مطلق نیستند، بلکه در بین افراد و فرهنگ‌های مختلف به‌خصوص برای تعامل‌های صمیمانه و شخصی به‌طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت هستند. بعضی افراد وقتی با یک غریبه در فاصله خیلی نزدیک قرار می‌گیرند احساس راحتی می‌کنند، اما دیگران از لحاظ فیزیکی عقب‌نشینی می‌کنند تا این فاصله را افزایش دهند. زیرا احساس می‌کنند که در فضای شخصی برایشان مزاحمت ایجاد می‌شود. از طرفی فواصل شخصی نزدیک، برانگیختگی و تنش را زیاد می‌کند و در بعضی موقعیت‌های شلوغ می‌تواند ترس‌آور باشد (Akalin-Baskaya & Yildirim, 2007, 1744; Marsawafy, 2006, 189).

احساس مالکیت و شخصی‌سازی

شخصی‌سازی به نشانه‌گذاری یا یکپارچگی و همسانی اجزای یک مکان گفته می‌شود که موجب احساس مالکیت بر آن مکان است (Beker, 1978). بر گرفته از لنگ، (۱۳۸۳). شخصی‌سازی جلوه‌ای از تمایل به کنترل قلمروی مکانی و بیان سلیقه زیبایی شناختی و تلاشی برای سازگاری بهتر با محیط و الگوهای رفتاری است. بعضی از محیط‌ها بدون دخالت و دخل و تصرف قابل شخصی‌سازی هستند. شخصی‌سازی مکان‌ها مقاصد زیادی چون امنیت روانی، زیبایی نمادین و تطبیق محیط با نیازهای خاص را تأمین می‌سازد. از همه مهمتر قلمروی مکانی با شخصی‌سازی امکان‌پذیر است (لنگ، ۱۳۸۳، ۱۶۸).

اگرچه ممکن است اهمیت محیط شخصی شده برای قابلیت کسب اعتماد بیمار حقیقتی محض به نظر برسد، اما تنها تعداد کمی از مطالعات مستقیماً نقش طراحی یا معماری را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. شخصی‌سازی، مقام، کنترل و ارزش‌های اجتماعی را نشان می‌دهد که افرادی که مکان‌ها را طراحی و مدیریت می‌کنند آنها را دریافت و درک کرده‌اند. وقتی در مکان‌ها با دیگر افراد شریک می‌شویم، می‌توانیم به آنها احساس نزدیکی داشته باشیم و از آنها حمایت کنیم یا ممکن است با آنها اختلاف داشته باشیم. افراد در محیطی ملموس بیشتر تمایل دارند به دیگران نزدیک شوند، شاید به این دلیل که احساس می‌کنند در چنین محیطی می‌توانند بیشتر بر خود نظاره داشته باشند (Marsawafy, 2006, 189).

محیط‌های بیمارستان باید سطح حریم خصوصی را ارتقا دهند و امکان چیدمان مبلمان شبیه خانه یا هتل وجود داشته باشد. در کل، محیط به گونه‌ای نیست که مانند خانه فرض شود ولی می‌توان آن را به گونه‌ای استاندارد سازی کرد که این شرایط تاحدودی فراهم شود. شخصی‌کردن موفق یک محیط در محدود نکردن فضا بر طبق سلیقه یک نفر و متمایز از ذهنیت و فردیت یک شخص است. در واقع هدف از شخصی‌سازی به‌نوعی دوری از یک محیط پزشکی صرف است. محیط پزشکی در عین حال که باید نشان دهد فضایی قانونمند و قابل اعتماد است، می‌تواند به گونه‌ای باشد که حس فضای خانه را القا کند. بعضی از بیماران به محدوده‌ای جدا از اتاق‌های بستری شان نیاز دارند. جایی که بتوانند با خانواده‌هایشان باشند و یا ناهار بخورند و فقدان این محدوده سبب افزایش استرس در بیمار خواهد شد (Marsawafy, 2006, 192; Surrenti, 2009, 9).

نکات ضروری که برای رعایت خلوت بیماران در فضاهای درمانی باید در نظر داشت

سازمان بهداشت ملی انگلستان (NHS) در بیانیه خود درخصوص توجه به مسئله خلوت و ارتباط اجتماعی در طراحی فضاهای درمانی موارد زیر را متذکر می‌شود:

- حریمیت بصری و صوتی لازم است.
- الزامات تفکیک جنسی در نظر گرفته شود.
- در فضای پذیرش باید امکان گفتگوی محرمانه و بدون خجالت وجود داشته باشد.
- طراحی باید از انزوای ناخواسته جلوگیری کند و هنگامی که ایجاب می‌کند ارتباط مناسب بین بیمار و پرسنل برقرار شود (BMA Science & Education, 2011, 24).

به گفته سازمان NHS متداول‌ترین دلواپسی افراد بستری عبارتند از در معرض‌گذاری فیزیکی، بودن در شرایط تهدیدآمیز از نظر جنسی یا شرمساری، سروصدا و وجود این احتمال که دیگران گفتگو درباره وضعیتشان را بشنوند (BMA Science & Education, 2011, 13). البته مسائل عرفی و فرهنگ عوامل تأثیرگذاری در این زمینه هستند. قهرمانیان و همکارانش (۱۳۸۷) نیز در تحقیق خود در مورد بیماران سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مواردی که باید برای ایجاد خلوت درمورد بیماران در نظر گرفت را در ذیل موارد زیر ذکر کرده‌اند:

- فراهم نمودن محیط خلوت برای ملاقات
- اجازه گرفتن هنگام ورود به اتاق بیمار
- فراهم آوردن محیط خلوت برای خوردن و آشامیدن
- اطمینان دادن به بیمار درخصوص محرمانه بودن اطلاعات وی
- مصاحبه با بیمار به‌طوری که افراد دیگر آن را نشنوند
- فراهم آوردن محیط راحت در هنگام انجام اقدامات پرستاری

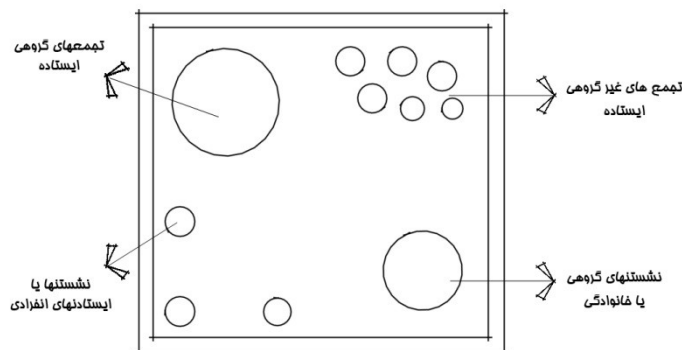
- فراهم آوردن محیطی راحت برای دفع بیمار
 - در نظر گرفتن نظرات بیمار در طی مراقبت‌های پرستاری
 - پوشیده نگه داشتن بدن بیمار طی معاینات خاص پزشکی (قهرمانیان و همکاران، ۱۳۸۷، ۴۲).
- شاید مهمترین نیاز در یک بیمارستان احساس امنیت باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیماران در اتاق‌های عمومی که هر دو جنس در آن حضور داشته باشند احساس امنیت نمی‌کنند. تدارک مکان تک‌جنسیتی می‌تواند به نحو قابل توجهی نحوه احساس بیماران درباره مراقبت کردن از آنها را بهبود بخشد و به حصول اطمینان از معالجه هر فرد در خلوت و تکریمی که شایسته او است، کمک نماید (Marsawafy, 2006, 192) و در صورت عدم رعایت این موارد نگرانی‌هایی را در پی خواهد داشت که ممکن است بهبود بیماران را مختل سازد (BMA Science & Education, 2011, 13; Hosking & Haggard, 1999, 72,73).

مطالعات میدانی

همانطور که گفته شده بر اساس گفته‌های هال (۱۳۸۷) و سورنتی (۲۰۰۹) فرهنگ هر جامعه در میزان و نوع تمایل به خلوت تأثیرگذار است. بنابراین هدف از مطالعات میدانی بررسی موارد مطالعه شده در جامعه مورد نظر است. به عبارتی در این بخش به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستیم که مسائل گفته شده اعم از فضای شخصی، تمایل به شخصی‌سازی و غیره تا چه اندازه در این جامعه اهمیت دارد و در فضاهای معماری به چه صورتی نمود می‌یابد. طراح، با بررسی مطالعات میدانی برای ارائه راهکار به راه‌حل‌های مطلوب‌تر و مطابق با فرهنگ مورد نظر دست خواهد یافت.

نتایج مطالعات میدانی

- چگونگی نمود خلوت در فضاهای عمومی انتظار و پذیرش
- درخصوص تأثیر شرایط فرهنگی در تعیین مرزهای و گستره فضای شخصی و عمومی به شناسایی ابعاد خلوت در فضاهای عمومی انتظار و پذیرش در فرهنگ مورد نظر پرداخته می‌شود. ابعاد فضای شخصی کاربران در بیمارستان بسته به شرایط روحی و میزان اضطراب و نگرانی‌شان تغییر می‌کند برای مثال تعدادی از افراد به جدایی از دیگران تمایل دارند درحالی که عده‌ای برای کسب اطلاع یا نیاز به همدردی به تجمع‌های گروهی روی می‌آورند. شکل ۱ قرارگاه‌ها و نحوه تجمع متفاوت و متغیر افراد را نشان می‌دهد.



شکل ۱. انواع تجمع‌های متفاوتی که می‌توان در فضاهای عمومی انتظار و پذیرش مشاهده کرد

منبع: نگارندگان

همان‌طور که اشاره شد، در فضاهای انتظار افراد انتظار ندارند فضای شخصی‌شان کاملاً حفظ شود، اما تلاش می‌کنند تا فضای مورد دلخواه خود را بیابند (شکل‌های ۲-۴). البته میزان تمایل به فضای شخصی فرد بر اساس شرایط روحی و روانی افراد در آن لحظه تغییر می‌کند. به دلایل متفاوت، شاهد هستیم که کاربران در شرایط بحرانی‌تر به صورت گروهی در فضا تجمع می‌کنند و در فاصله بسیار نزدیکتری از فضای شخصی یکدیگر قرار می‌گیرند. کاربران تمایل دارند حتی‌الامکان در نزدیکترین فاصله با بیمار حضور یابند. به همین دلیل در سالن‌های انتظار اتاق عمل یا ICU با وجود نشستگاه‌ها، بیماران در نزدیکترین مکان یعنی مقابل درب اتاق‌ها تجمع می‌کنند (شکل‌های ۵-۷). این نوع حضور در عرصه عمومی فضای درمانی را می‌توان با گفته‌های مارساوافی (۲۰۰۶) درخصوص حضور در فضای شخصی دیگران در برخی موارد و همچنین افزایش احساس مالکیت با کاهش فاصله و نزدیک شدن با افرادی که با آنها احساس نزدیکی وجود دارد، تطابق داد.



شکل ۲. سالن پذیرش بیمارستان مرتاض (یزد)
منبع: نگارندگان



شکل ۳. سالن پذیرش بیمارستان مرتاض (یزد). در این عکس‌ها می‌توان تجمع‌های خانوادگی و گروهی و تمایل به حفظ فضای شخصی را مشاهده کرد.
منبع: نگارندگان



شکل ۴. سالن پذیرش بیمارستان گوردز (یزد)
منبع: نگارندگان



شکل ۵. سالن انتظار اتاق عمل، بخش بستری جراحی، ICU و بخش زنان در ساعت ملاقات. همراهان در نزدیکترین فاصله ممکن قرار می‌گیرند و توجه چندانی به فضای شخصی‌شان ندارند.

منبع: نگارندگان



شکل ۶ و ۷. فضای انتظار اتاق عمل و بخش‌های جراحی و ICU بیمارستان گودرز، در هنگام انجام عملهای جراحی. با وجود نشستگاه‌ها افراد در نزدیکی درب اتاق عمل قرار گرفته‌اند.

منبع: نگارندگان

• خلوت و فضای شخصی در اتاق‌های بستری

بیمارستان برای بیماران و همراهانشان یک اقامتگاه چند روزی و خارج خانه تلقی می‌شود که بیمار مدتی را از روی اجبار در آنجا خواهد گذراند. بنابراین حفظ حریم و خلوت برای فرد بستری در بیمارستان اهمیت بسیاری پیدا می‌کند. بسیاری از بیماران در طول دوران بستری بنا به دلایل مختلف خواهان حضور یکی از اعضای خانواده و یا نزدیکان خود در کنارشان هستند و حضور آنان را عامل مهمی در کسب آرامش خود می‌دانند و در بیشتر اتاق‌های بستری همراه بیمار حضور دائم دارند. در مصاحبه‌های انجام شده نیز تقریباً تمامی بیماران در این مورد توافق داشتند. این مورد با گفتهٔ مارساوافی (۲۰۰۶) قابل تطبیق است که افراد احساس می‌کنند در محیطی آشنا می‌توانند بیشتر بر خود نظاره داشته باشند.

اغلب کاربران علی‌رغم امکانات بیمارستان، تعدادی از متعلقات و لوازم شخصی و روزمره‌شان را با خود می‌آورند و این موضوع تا حد زیادی منجر به افزایش آرامش بیمار خواهد شد. مهمترین این موارد، لوازم شخصی مانند لباس، چای، ظروف، ملحفه و از این قبیل و همچنین لوازم مربوط به متعلقات عاطفی و مذهبی از قبیل عکس، جانماز، کتاب و غیره است. این وسایل، ابزارهایی هستند که محیط شخصی یک فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. این مطالعات کاملاً با تعریف اهمیت شخصی‌سازی و احساس مالکیت از نگاه لنگ (۱۳۸۳) تطابق دارد. ملاقات‌کنندگان بیمار نیز با آوردن گل و شیرینی و از این قبیل شکل‌آفرین محیط پیرامون بیمار هستند که برای بیمار نیز خوشایند خواهد بود (شکل‌های ۸-۱۳). در مصاحبه‌های انجام شده، بعضی از بیماران نسبت به

وسایل شخصی خود تأکید بسیار داشتند. برای تعداد دیگری از بیماران این موضوع چندان اهمیت نداشت، اما آنها خوشایند بودن یک فضای ملموس را نیز انکار نمی‌کردند.



شکل‌های ۸-۱۳. اتاق‌های بستری بیمارستان کودکان و مرتاض و لوازم شخصی بیماران
منبع: نگارندگان



شکل‌های ۱۴ و ۱۵. به ترتیب از راست به چپ سالن‌های انتظار بیمارستان کودکان و بیمارستان مرتاض کاربرانی که در انتظار آمده شدن تخت بستری برای اقامت یا در انتظار تکمیل کارهای ترخیص هستند و لوازم شخصی خود را به همراه آورده‌اند

منبع: نگارندگان

• گستره و تداخل فضاهای شخصی در فضاهای بستری

در اتاق‌های بستری محدوده‌های شخصی و غیرشخصی چه به لحاظ وسایل داخل اتاق و چه به لحاظ حضور افراد با هم تداخل دارند. به عبارتی هیچ مرز و حریمی دیده نمی‌شود و این ممکن است سبب ناراحتی فرد شود. طبق مصاحبه‌های انجام شده تجمع افراد در ساعت ملاقات در اطراف تخت بیمار برای بسیاری از بیماران خوشایند است، درحالی که ممکن است در لحظاتی این تجمع برایشان آزاردهنده باشد، اما قابلیت انتقالش به محدوده‌ای با فاصله بیشتر وجود ندارد. طبق گفته سورنتی (۲۰۰۹) بعضی اوقات بیماران تحمل شلوغی اطراف تخت خود را ندارند. بنابراین تجمع بیش از حد افراد در ساعات ملاقات می‌تواند برای بیمار ناخوشایند باشد. در مورد خلوت می‌توان گستره فعالیت‌ها را در سه محدوده در نظر گرفت: (۱) فضای خصوصی (فعالیت‌های غذا خوردن، خوابیدن، عبادت، مطالعه، ملاقات اعضای خانواده و...); (۲) فضای فعال: در واقع فعالیت‌هایی که بیمار را تا حدودی از محدوده خصوصی‌اش خارج می‌کند (قدم زدن و یا فعالیت‌های فیزیوتراپی و...); و (۳) فضای عمومی (معاینات پزشکی، آزمایش و غیره). طبق مصاحبه‌های انجام شده در مورد اینکه کدام عملکرد در فضای خصوصی و کدام در فضای عمومی قابل انجام است، تفاوت نظر چندانی وجود ندارد ولی تعریف گستره و مرز خصوصی و عمومی بودن فضا از نگاه بیماران متفاوت بود که طبق تحقیقات پیشین می‌توان این مسئله را ناشی از شدت و نوع بیماری و استرس و شرایط روانی ناشی از آن دانست. بنابراین بسیار مطلوب خواهد بود که فضای اطراف بیمار قابلیت تبدیل به حیطة عمومی و خصوصی را داشته باشد به نحوی که فضای مطلوب برای بیمار کنترل و ایجاد شود (شکل‌های ۱۶ و ۱۷).



شکل ۱۶. اتاق VIP بیمارستان مرتاض. محدوده جدا در اتاق امکان تفکیک را فراهم کرده است و در صورت نیاز صندلی‌ها به فضایی نزدیک بیمار انتقال داده شده است.

منبع: نگارندگان

همچنین در مصاحبه با بیماران مشخص شد که اکثر بیماران به دلایل گوناگون اعم از هزینه‌ها و یا فرار از تنهایی اتاق‌های دو تخته را برای بستری شدن ترجیح می‌دهند. درحالی که شرایطی را که برای اتاق مطلوب خود خواهان‌اند شرایطی است که عملاً در اتاق‌های خصوصی وجود دارد. این نظرات از جهاتی با گفته اولریش (۲۰۰۳) تطابق دارد که مدعی است سطح رضایت در اتاق‌های خصوصی بیشتر است و از طرفی با گفته‌های لاسان (۱۳۸۳) در مورد تمایل به اتاق‌های دو تخته نیز قابل تطبیق است.



شکل ۱۷. اتاق بستری بیمارستان گودرز، تجمع افراد در اطراف تخت بیمار
منبع: نگارندگان

• حریمیت و تفکیک جنسیت

محریمیت و تفکیک جنسیت برای زنان و مسلمانان اهمیت ویژه‌ای دارد. در بخش‌های بستری تفکیک بیماران تنها از طریق اتاق‌های مجزا صورت می‌گیرد. بسته بودن درب اتاق احساس حضور پرستاران را کم می‌کند و این مسئله ممکن است سبب نگرانی بیمار شود. ولی هنگام باز بودن در اتاق نیز این احتمال وجود دارد که مرد نامحرم آنها را نظاره کند و یا صدای آنها به بیرون منتقل شود. همان‌طور که گفته شد مسئله تفکیک جنسیت مورد تأکید بسیاری محققان است (BMA Science & Education, 2011; Hosking & Haggard, 1999). در ایران نیز قهرمانیان (۱۳۸۷) به این موضوع اشاره کرده است. در مطالعات میدانی نیز اهمیت بسیار زیاد تمایز جنسیت‌ها به‌وضوح قابل مشاهده است (شکل‌های ۱۸ و ۱۹).



شکل‌های ۱۸ و ۱۹. اتاق‌های بستری بیمارستان گودرز، زنان ترجیح می‌دهند که حتی هنگام استراحت حجاب خود را رعایت کنند. بیمارستان باید امنیت کافی را برای بیماران در این زمینه فراهم کند.

منبع: نگارندگان

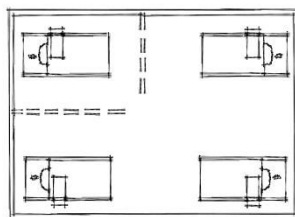
جمع‌بندی

از مجموع مطالعات میدانی و کتابخانه‌ای می‌توان گفت که خلوت با وجود اهمیت بسیاری که برای بیماران دارد باید مورد توجه قرار گیرد. اما این نکته را نیز نباید فراموش کرد که در یک محیط

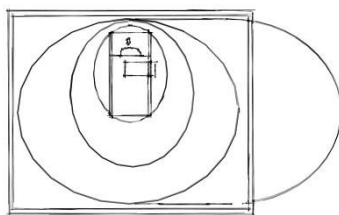
درمانی مانند بیمارستان که بیمار باید چند روزی را در آنجا اقامت کند چگونگی ایجاد خلوت باید با دقت خاصی صورت بگیرد، زیرا میزان نیاز به خلوت بسته به نوع بیماری و شرایط روحی و فرهنگی هر بیمار متفاوت خواهد بود. به‌علاوه ابعاد خلوت در طول زمان بستری بر اساس نیاز بیمار به مراقبت نیز تغییر می‌کند. بنابراین گستره خلوت برای افراد و حتی برای یک بیمار در طول دوران بستری در حال تغییر است. در نتیجه باید راهکارهایی را متناسب با شرایط خاص فضاهای درمانی در نظر گرفت. مهم‌ترین جنبه‌های خلوت در فضاهای درمانی جنبه‌های دیداری و شنیداری است که این امر با رعایت شرایط کلی ایجاد خلوت مانند فضای شخصی، فاصله‌ها و شخصی‌سازی ممکن خواهد شد.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که گفته شد در طول دوران بیماری، بسته به نیاز به مراقبت و یا شرایط روحی و روانی بیمار، تغییرات بسیاری در گستره خلوت صورت می‌گیرد. بنابراین توجه به مفهوم «انعطاف‌پذیری در طراحی فضا» چه در ایجاد فاصله‌ها و چه در میزان برآوردن خلوت دیداری و شنیداری بیمار ضرورت می‌یابد. همچنین با استفاده از وسایلی مانند پرده‌های متحرک یا مبلمان‌های تاشو و چرخدار برای فراهم ساختن قابلیت جابجایی آنها تغییر میزان خلوت و فضای شخصی تسهیل می‌شود. همچنین در مواقع لازم حتی الامکان از آشفتگی محیط پیرامون بیمار کاسته خواهد شد (شکل‌های ۲۰ و ۲۱).

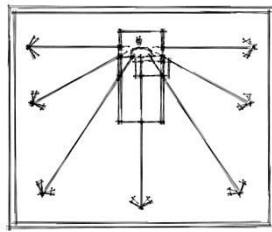


شکل ۲۰. در فضا باید انعطاف‌پذیری لازم برای فراهم آوردن خلوت مورد نیاز وجود داشته باشد.
منبع: نگارندگان

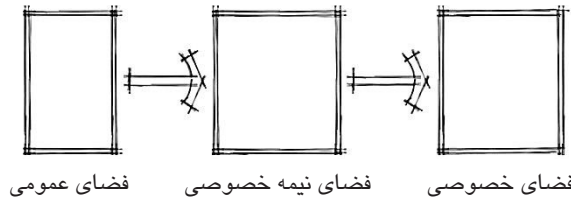


شکل ۲۱. گستره خلوت بیمار در طول دوران بستری متفاوت است.
منبع: نگارندگان

توانایی کنترل برفضای شخصی در خلوت اهمیت بسیاری دارد. با ایجاد فرم مناسب برای فضای اطراف بیمار و محل ورودی و سلسله مراتب ورود به فضای شخصی بیمار، می‌توان کنترل او را بر محیط اطرافش افزایش داد (شکل‌های ۲۲ و ۲۳). برای کنترل خلوت شنیداری بیمار استفاده از جاذب‌ها و عایق‌های صوتی ضرورت می‌یابد.

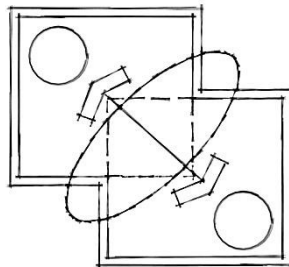


شکل ۲۲. بیمار باید بر تمامی فضای پیرامونش تسلط داشته باشد.
منبع: نگارندگان



شکل ۲۳. سلسله مراتب ورود به فضای شخصی بیمار
منبع: نگارندگان

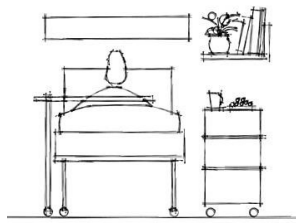
گفته شد که اکثر بیماران شرایطی مابین اتاق‌های خصوصی و عمومی را ترجیح می‌دهند. نیاز به مراقبت و ترس از نادیده گرفته شدن آنها را به سمت اتاق‌های عمومی متمایل می‌کند، درحالی‌که در اتاق‌های خصوصی خلوت بیشتر برای بیمار فراهم خواهد شد. بنابراین می‌توان اتاق‌های عمومی را ضمن در نظر داشتن محدوده‌ای مشترک (سرویس بهداشتی، سینک و غیره)، به گونه‌ای مناسب شخصی‌سازی کرد تا شرایط مطلوب برای بیماران فراهم شود. (شکل ۲۴).



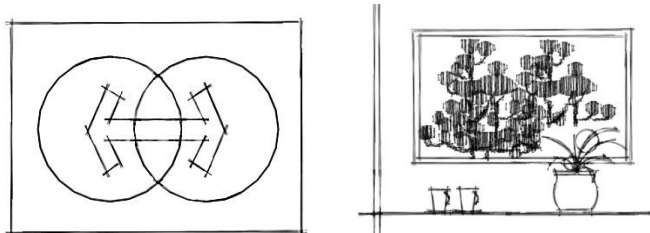
شکل ۲۴. هم‌نشینی فضای دو بیمار. اطراف محدوده خط‌چین می‌تواند به عنوان محدوده مشترک بیماران در نظر گرفته شود.

منبع: نگارندگان

بیماران هنگام ورود به بیمارستان برای بستری شدن تعدادی از وسایل شخصی خود را به همراه می‌آورند. در دسترس بودن این وسایل نیز برای بیمار حائز اهمیت است. با ایجاد جایگاهی برای این وسایل امکان شخصی‌سازی محیط برای فرد فراهم خواهد شد تا او احساس تعلق بیشتری کند (شکل ۲۵). در مجموع فضای بیمار را می‌توان به گونه‌ای شخصی‌سازی کرد که حتی‌الامکان تداعی‌گر محیط خانه و کاهش‌دهنده حس دل‌تنگی بیماری باشد که چند روزی را به‌ناچار دور از فضای گرم و صمیمی خانه سپری می‌کند (شکل‌های ۲۶ و ۲۷). در این زمینه و با توجه به تمایل بسیار زیاد بیمار برای حضور یکی از نزدیکانش، نیاید اهمیت حضور همراه را نیز در کنار بیمار نادیده گرفت (شکل ۲۸).

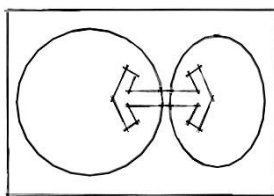


شکل ۲۵. توجه به وسایل شخصی بیمار
منبع: نگارندگان



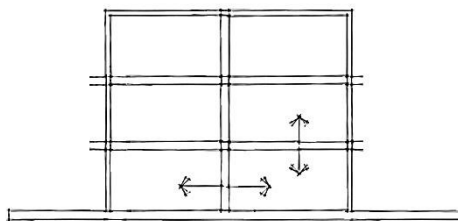
شکل‌های ۲۶ و ۲۷. ایجاد فضای خانه‌وار در کنار فضای بیمارستانی
منبع: نگارندگان

در برخی موارد بیمار برای فعالیت‌ها و شرایط روانی خاص تمایل دارد در نوعی از خلوت و به دور از فضای درمانی باشد. همچنین برخی از فعالیت‌های بیمار ممکن است برای بیماران دیگر در آن لحظه خوشایند نباشد. برای نمونه تماشای تلویزیون و یا کشیدن سیگار. بنابراین در نظر گرفتن فضایی با نظارت کادر پزشکی در همسایگی بخش بستری برای این منظور مطلوب خواهد بود.



شکل ۲۸. توجه به جایگاهی برای حضور همراه در کنار بیمار در فضای بستری
منبع: نگارندگان

از مسائل مهم دیگر برای احساس خلوت بیمار توجه به مسئله جنسیت‌ها است که به لحاظ اهمیت مذهبی این مسئله برای مسلمانان، شدت این تفکیک در جامعه مذکور بیشتر خواهد بود. با ایجاد احساس امنیت در این زمینه بخش مهمی از ابعاد خلوت برای بیماران فراهم خواهد شد که نباید اهمیت آن را نادیده گرفت (شکل ۲۹).



شکل ۲۹. تفکیک فضای بیمارستان به بخشهای مجزا برای بانوان و آقایان
منبع: نگارندگان

فهرست منابع

- هال، ادوارد ت. (۱۳۸۷)، *بعد پنهان*، ترجمه منوچهر طبیبیان، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، تهران.
- قهرمانیان، اکرم؛ رحمانی، آزاد؛ زمانزاده، وحید و اقدم، علیرضا (۱۳۸۷) «میزان رعایت خلوت بیماران طی مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه بیماران و پرستاران»، *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (دو ماهنامه پرستاری ایران)*، ۲۱(۵۵)، صص. ۳۷-۴۵.
- لاسان، برایان (۱۳۸۳) «معماری شفابخش، تأثیر معماری بیمارستان بر روند بهبود بیماران»، ترجمه مریم کاشانی، *مجله آبادی*، ۴۳-۴۴، صص. ۱۳۰-۱۳۴.
- لنگ، جان (۱۳۸۳) *آفرینش نظریه‌های معماری*، ترجمه علی رضاعینی فر، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، تهران.
- Akalin-Baskayaa, A. & Yildirim, K. (2007) "Design of circulation axes in densely used polyclinic waiting halls", *Building & Environment*, 42, 1743-50.
- Back, W. & Wikblad, K. (1998) "Privacy in hospital", *JAN*, 27, 940-945.
- Barlas, D.; Sama, A. E.; Ward, M. F. and Lesser, M. L. (2001) "Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls", *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 135-13.
- Board of Science of the British Medical Association education (2011) "The psychological and social needs of patients", BMA science and education department and the Board of Science, London, 1-13&Appendix 2: 21-34.
- Hosking, S. & Haggard, L. (1999) *Healing the Hospital Environment: Design, management and Maintenance of Healthcare Premises*, London: E & FN Spon.
- Johnson, K. J. & Barach, P. (2008) "The Role of Qualitative Methods in Designing Health Care Organizations", *Environment and Behavior*, 40 (2), 191-204
- Marsafawyi, Hesham E.L. (2006) "Design for effective and affective medical environment", *Doktors der Philosophie*, Fachberein Kunst und Design der Universitat Duisburg- Essen.
- Mazer .E (2005) *Speech Privacy: Beyond Architectural Solutions*, Minneapolis, Minnesota: NOISE-CON,3-5.
- Parrott, R.; Burgoon, M. & Lepoire, B. (1989) "Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality", *SocSci Med.*, 29(12): 1381-1385.
- Shumaker, S. A. & Pequegnat, W. (1989) "Hospital design, health providers, and the delivery of effectivehealth care" In E. H. Zube & G. T. Moore (Eds.), *Advances in environment, behavior and design*, Vol. 2, pp. 161-202, Plenum Press, New York.
- Surrenti, Silvia (2009) *Hospital design and cultural diversity*, Department of Public Health, University of Florence, Viale Morgagni, 48.
- Ulrich R. & Zimring, C. (2004) "The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity, Robert Wood Johnson Foundation, 14.
- Ulrich, R. S. (2003) "Creating a healing environment with evidence-based design", Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar- Healing Environments. October 10.