

Developing and explaining the design of a health center based on elderly rehabilitation

Fahimeh Yousefi¹, Farhad Karvan^{*2}

1- Master's Degree Student in Architecture, Department of Architecture, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

2- Department of Architecture, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

* f.karvan@iau.ac.ir <https://doi.org/10.61838/lagdj.38>

Date of submission: 2026/01/30 Revision: 2026/07/01 Acceptance: 2026/07/13

Abstract

The present study aims to develop and explain a rehabilitation-based design framework for health houses dedicated to older adults and to examine its role in enhancing their physical, psychological, and social well-being. Drawing on field data, a conceptual design framework, and questionnaire findings, the study evaluates the effectiveness of spatial-functional design components in health-oriented environments. This research is an applied study employing a mixed-methods (qualitative-quantitative) approach to develop the design components of a rehabilitation-based health house for older adults in Hamadan, Iran. The study population consisted of all older adults residing in Hamadan Nursing Home. Given the limited population size (384 participants), a census sampling method was adopted. Qualitative data collected through field observations were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using SPSS software through descriptive statistics and appropriate inferential statistical tests based on the research hypotheses. The findings indicate that rehabilitation-oriented design extends beyond a purely physical intervention and functions as an integrated spatial-functional system capable of simultaneously improving the physical, psychological, and social dimensions of older adults' health. Enhanced accessibility, appropriate lighting, improved mobility, easier use of assistive devices, and optimized spatial organization significantly contribute to physical well-being. Furthermore, the provision of active social spaces and opportunities for interaction and group participation strengthens social capital, reduces social isolation, and promotes social well-being. From a psychological perspective, design features that foster a sense of safety, environmental control, independence, and active participation in daily life enhance life satisfaction and improve mental health. Overall, the results demonstrate that a rehabilitation-based health house, by shifting from a passive care model toward an active empowerment approach, can serve as an effective framework for designing health-oriented facilities and informing aging-related policies, thereby contributing to the sustainable improvement of older adults' quality of life.

Keywords : Rehabilitation; Health House; Nursing Home; Older Adults.

This article is extracted from the master's thesis dissertation of the author, [Fahimeh Yousefi], titled "[Developing and explaining the design of a health center based on elderly rehabilitation]," supervised by [Farhad Karvan], at [Islamic Azad University, Hamedan].

تدوین و تبیین طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان

فهیمة یوسفی^۱، فرهاد کاروان^{۲*}

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد معماری، گروه معماری، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

^۳ - گروه معماری، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

*f.karvan@iau.ac.ir

<https://doi.org/10.61838/lagdj.38>

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۱/۱۰

چکیده:

هدف پژوهش حاضر تدوین و تبیین الگوی طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان و بررسی نقش آن در ارتقای ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان است. این پژوهش با بهره گیری از تحلیل داده های میدانی، ساختار مفهومی طراحی و نتایج حاصل از پرسشنامه، به ارزیابی کارآمدی مؤلفه های فضایی-عملکردی در محیط های سلامت محور پرداخته است. پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه آمیخته (کیفی-کمی) است که با هدف تدوین مؤلفه های طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان در شهر همدان انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی سالمندان مقیم سرای سالمندان همدان بود. با توجه به محدود بودن حجم جامعه (۳۸۴ نفر)، از روش سرشماری استفاده شد. داده های حاصل از مشاهده با روش تحلیل محتوا تحلیل شد. داده های کمی نیز با استفاده از نرم افزار SPSS و با بهره گیری از آمار توصیفی و آزمون های استنباطی متناسب با فرضیه های پژوهش تحلیل گردید. یافته ها نشان می دهد که طراحی مبتنی بر توان بخشی، فراتر از یک مداخله صرفاً کالبدی، به عنوان یک نظام یکپارچه فضایی-عملکردی عمل کرده و می تواند به طور همزمان کیفیت زندگی سالمندان را در سه بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی ارتقا دهد. بهبود دسترسی پذیری، نورپردازی مناسب، افزایش امکان تحرک، تسهیل استفاده از تجهیزات کمکی و بهینه سازی سازمان فضایی، نقش مؤثری در ارتقای سلامت جسمی دارند. همچنین ایجاد فضاهای اجتماعی فعال، بسترهای تعامل و مشارکت های گروهی، موجب تقویت سرمایه اجتماعی، کاهش انزوای اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان می شود. در بعد روانی نیز، مؤلفه هایی مانند احساس امنیت، کنترل بر محیط، خوداتکایی و مشارکت فعال در زندگی روزمره، به افزایش رضایت از زندگی و بهبود سلامت روانی منجر می گردد. در مجموع، نتایج پژوهش بیانگر آن است که سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی با گذار از رویکرد مراقبت منفعل به توانمندسازی فعال، می تواند به عنوان الگویی کارآمد در طراحی مراکز سلامت محور و سیاست گذاری حوزه سالمندی مورد استفاده قرار گیرد و زمینه ارتقای پایدار کیفیت زندگی سالمندان را فراهم سازد.

واژگان کلیدی: توان بخشی، سرای سلامت، سرای سالمندان، سالمندان.

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با عنوان "طراحی سرای سلامت در شهر دوستدار سالمند با رویکرد ترمیمی (نمونه موردی: خانه خورشید همدان)" به راهنمایی نویسنده دوم در دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان می باشد.

۱. مقدمه

در دنیای مدرن و پیشرفته امروزی، توسعه اجتماعی-اقتصادی منجر به کاهش رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی در سطح جهانی شده است؛ به این ترتیب، فرایند تغییرات جمعیتی، تغییر ساختار سنی جمعیت و به عبارتی گذار سنی جمعیت را در پی داشته است؛ به طوری که انتظار می‌رود به تدریج وزن جمعیت از گروه‌های سنی جوان به گروه‌های سنی بالا منتقل شود (Bahador & etal, 2022). سالمندی یکی از مهم‌ترین تغییرات و چالش‌های جمعیتی و رفاهی در بسیاری از کشورهای جهان در نیمه اول قرن اخیر، یعنی قرن بیست و یکم می‌باشد (Selander & etal, 2022). در سال ۲۰۱۹ برای اولین بار تعداد سالمندان بیشتر از کودکان (زیر ۵ سال) در سطح جهان شد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ در سطح جهانی تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر، دو برابر و سالمندان ۸۰ ساله و بیشتر سه برابر افزایش یابد. در ایران، هرچند در حال حاضر کمتر از ۱۰ درصد جمعیت را سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند، اما انتظار می‌رود این نسبت، به ویژه از سال ۲۰۳۰ به بعد، با سرعت چشم‌گیری افزایش یابد و در سال ۲۰۵۰ به حدود یک سوم جمعیت ایران برسد (Zanjari & Sadeghi, 2022). بنابراین، رشد جهانی جمعیت سالمندان و تأمین سلامت سالمندان، رخدادی جهانی و از مهم‌ترین چالش‌ها و دغدغه‌های نظام سلامت کشورها، به ویژه کشورهای در حال توسعه و ایران است (Samouei & Keyvanara, 2022). می‌توان در مورد مشکلات سالمندان گفت که با افزایش سن، عملکرد بیشتر دستگاه‌های بدن و عملکرد فیزیولوژیک آن‌ها به صورت تدریجی افت پیدا می‌کند و دگرگونی و اختلال در عملکرد اندام‌های بدن، از جمله عملکرد حرکتی، افزایش می‌یابد. این در حالی است که در دوران سالمندی به دلیل کاهش سن و کاهش فعالیت و تحرک بدنی، این افت بیشتر و بیشتر خواهد شد (Sguizzatto & etal, 2006). افزون بر مشکلات جسمانی سالمندان، در وضعیت روان-شناختی آن‌ها نیز تغییراتی ایجاد می‌شود؛ به عنوان مثال، تحقیقات نشان داده است که سالمندان نسبت به دیگر افراد جوان‌تر، مشکلات روان-شناختی بیشتری مانند افسردگی و نشانگان اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (Yue & etal, 2022). در کنار این مشکلات جسمانی و روان-شناختی، سالمندان همچنین رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند (Pan & etal, 2022). رضایت از زندگی منعکس‌کننده توازن بین آرزوهای فرد و وضعیت فعلی اوست و کاهش در توانایی‌های شناختی، اجتماعی و جسمانی در سالمندان می‌تواند رضایت از زندگی آن‌ها را متأثر کند (Borooah, 2006). رضایت از زندگی به ارزیابی شناختی هر فرد از کل زندگی خود یا یک حوزه خاص از زندگی اطلاق می‌شود. همچنین، رضایت از زندگی یک فرایند قضاوت شناختی است که از مؤلفه‌های کلیدی بهزیستی ذهنی به شمار می‌رود و علی‌رغم ثبات نسبی در طول زمان، به تغییراتی که در زندگی رخ می‌دهد حساس است و به عنوان ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی خود براساس معیارهای انتخاب شده خودش تعریف شده است (Sousa & etal, 2019). در اهمیت رضایت از زندگی در سالمندان می‌توان گفت که بالا بودن حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند باعث افزایش شادکامی در این افراد شود. میزان حمایت‌هایی که سالمندان از خانواده و دوستان خود دریافت می‌کنند و همچنین میزان رضایت از زندگی می‌تواند میزان شادکامی آن‌ها را پیش‌بینی کند (Keykhosravi & etal, 2015). موضوع مورد توجه دیگری که می‌تواند در توانمندسازی سالمندی نقش داشته باشد، نگرش به سالمندی است. سالمندی یک دوره بحرانی است که نیاز به توجه ویژه در سازگاری با تغییرات زندگی دارد؛ به طوری که می‌توان گفت نگرش به سالمندی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سلامت داشته باشد و نگرش‌های منفی نسبت به سالمندی بر سلامت جسمی و شناختی در سال‌های بعد تأثیر می‌گذارد. رفاه سلامت جسمی و روانی ارتباط نزدیکی با هم دارند و این رابطه ممکن است در سنین بالاتر حیاتی‌تر شود؛ زیرا ممکن است به سالمندی موفق کمک کند. سالمندی که

احساس وابستگی به دیگران دارد، احساس رنج می‌کند و نگرش مثبتی به دوران سالمندی ندارد. آن‌ها ترجیح می‌دهند که در اوج فرزاندگی همچنان مستقل بمانند. پژوهش‌ها حاکی از این است که افراد سالمند لزوماً و به طور جهان‌شمول، سالمندی را به عنوان یک رخداد منفی تجربه نمی‌کنند، بلکه این دوره را به عنوان یک فرایند در نظر می‌گیرند که تجربه‌ای شخصی برای هر فرد می‌باشد. نگرش فرد نسبت به سالمندی ممکن است کیفیت زندگی سال‌های بعدی و پیامدهای سلامتی درازمدت فرد را تحت تأثیر قرار دهد (Rejeh & etal, 2016). نگرش به سالمندی بر سه حیطه کمبودهای روانی-اجتماعی دوران سالمندی، محدودیت‌های جسمانی و حرکتی، و رشد روان‌شناختی و بالندگی دوران سالمندی تمرکز دارد و براساس ارزیابی فرد نسبت به هر یک از این حیطه‌ها، نگرش به سالمندی می‌تواند همراه با احساسات مثبت یا یک نگرش منفی باشد که این نگرش در رضایت و کیفیت زندگی و همچنین بر خودمراقبتی بهداشتی فرد سالمند بسیار مؤثر است (Shenkin & etal, 2014). با توجه به مطالبی که گفته شد، مداخلات معمارانه می‌تواند به کاهش و بهبود مشکلات سالمندان، از جمله رضایت از زندگی و نگرش به سالمندی کمک کند. یکی از مداخلاتی که می‌تواند به سالمندان کمک کند، آموزش توانمندسازی است. توانمندسازی یک فرایند پویا، مثبت و تعاملی است که طی آن سطح آگاهی سالمندان نسبت به واقعیت‌های بیرونی افزایش یافته و آن‌ها را به توانمندی‌های درونی خود واقف می‌کند و هنجارها و ارزش‌هایی احیا می‌شود که بر رفاه و عدالت اجتماعی در زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و سیاسی سالمندان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شود و آن‌ها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک کند؛ به طوری که پیشینه تحقیقاتی نشان داده است که آموزش توانمندسازی و آموزش خودمراقبتی در سالمندان می‌تواند در افزایش کارکردهای روان‌شناختی و اجتماعی در این افراد مؤثر واقع شود (کرمانشاهی و همکاران، ۱۴۰۲، ۲۶۳-۲۶۲). در این راستا، تدوین مدل طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان می‌تواند به عنوان راهکاری مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت و استقلال سالمندان مطرح شود. سرای سلامت با تمرکز بر توانمندسازی و ارائه خدمات توان بخشی، می‌تواند فضایی مناسب برای ارتقای سلامت جسمی و روانی سالمندان فراهم آورد و آن‌ها را در مواجهه با چالش‌های سالمندی یاری دهد. این مدل با ایجاد محیطی حمایتی و توانمندساز، می‌تواند به سالمندان کمک کند تا با حفظ استقلال و افزایش رضایت از زندگی، دوران سالمندی را با کیفیت بالاتری سپری کنند. هدف این پژوهش ضمن شناسایی و تحلیل نیازها و چالش‌های سالمندان در دسترسی به خدمات توان بخشی در سرای سلامت، به ارائه مولفه‌های طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان، با تأکید بر خدمات، زیرساخت‌ها، و مدیریت منابع می‌پردازد. لذا سوال اصلی این پژوهشی عبارت است از: چه ویژگی‌ها و مولفه‌هایی باید در طراحی یک مدل سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان در نظر گرفته شود تا پاسخگوی نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها باشد؟

مبانی نظری

سالمندی جمعیت

سالمندی جمعیت به فرآیندی اطلاق می‌شود که طی آن و در نتیجه گذار از سطوح بالای باروری و مرگ و میر به سطوح پایین، سهم جمعیت جوان از کل جمعیت کاهش می‌یابد و در مقابل بر سهم جمعیت سالخورده (۸۰ ساله و بالاتر) افزوده خواهد شد. معمولاً سالخوردگی جمعیت را پدیده‌ای مختص اروپای صنعتی و آمریکای شمالی می‌دانند (Kinsella & Phillips, 2005, 6). در طول و دهه ۱۹۸۰، سالخوردگی جمعیت، موضوع نگرانی اصلی این دسته از کشورها بود اما در همان حال دغدغه اصلی کشورهای جهان سوم، حول محور موضوعاتی چون کاهش میزان‌های سالانه رشد جمعیت و مبارزه با فقر دور میزد. امروزه،

اگرچه مبارزه با فقر در این دسته از کشورها با شدت بیشتری ادامه دارد، اما سالخوردگی سریع جمعیت، چالش جدید فراروی این کشورهاست. در واقع می‌توان گفت به استثنای آفریقا، جمعیت‌های آمریکای شمالی، آمریکای لاتین، اروپا و آسیا با سرعت در حال سالخورده شدن هستند (Martin & Samuel, 1994, 1). بر این اساس، میتوان گفت سالخوردگی جمعیت یکی از چالش برانگیزترین پدیده‌های جمعیت شناختی و اجتماعی در قرن ۲۱ خواهد بود (خزایی و همکاران، ۱۳۹۷، ۸۷۸). در جدول زیر نظرات صاحب‌نظران در ارتباط با سالمندی قابل مشاهده است.

جدول ۲: ایده‌ها و نظرات مختلف در مورد شرایط دوران سالمندی، منبع: عیسی‌لو و همکاران، ۱۳۹۴

این دیدگاه چنین عقیده دارد که جامعه و فرد سالمند در رابطه با یکدیگر، متقابلاً بسیاری از روابط دوجانبه خود را محدود می‌کنند. بر اساس این نظریه، غیر قابل اجتناب بودن مرگ فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش را ترک کند. در همان زمان جامعه نیز خود را از سالمندان کنار می‌کشد و این کار را با اعمال رویه‌هایی مانند منزوی کردن آنان از نظر اقامت، آموزش، تفریحات و به مرحله اجرا در می‌آورد (مثنوی، ۱۳۷۷، ۹۱-۹۷).	عدم تعهد و دیدگاه کار کرد گرایانه ^۱ (کامینگ و هنری ۱۹۶۱)
بر اساس این نظریه برخی نقش‌ها از سالمند سلب شده و نقش‌هایی که برای آنان باقی مانده به روشنی تعریف نشده است. بنا به نظریه فعالیت پیری موفقیت آمیز ایجاب می‌کند که نقش‌های تازه‌ای کشف شود یا برای حفظ نقش‌های قدیم وسایل تازه‌ای به وجود آید (مشاء، ۱۳۶۵، ۶۸).	فعالیت و دیدگاه عمل متقابل اجتماع
این دیدگاه به دنبال پاسخ به این سؤال است که چرا سالمندان دارای تعامل یا روابط متقابل اجتماعی ضعیف‌تر و کمتری هستند؟ نظریه مبادله این گونه استدلال می‌کند که روابط و عمل متقابل اجتماعی میان افراد وقتی به گونه‌ای کامل مطرح می‌شود که تمامی شرکت کنندگان در آن نه تنها احساس کنند که از روابط میان خود سود می‌برند بلکه آنان از عشق و علاقه، تأیید، احترام و سایر پاداش‌های غیرمادی نیز بهره‌مند می‌شوند (مثنوی، ۱۳۷۷، ۹۱-۹۷).	مبادله ^۲ (جیمز داود، ۱۹۸۰)
این دیدگاه بر اساس نظریه تکامل انسان شکل گرفته، مشکلات خانواده‌ها را در ارتباط با والدین پیر و کمک به آنها و بعضی اوقات سایر افراد پیر بررسی می‌کند. بر اساس این نظریه مراقبت فرزندان از والدین ناتوان ممکن است منجر به فشارهای جسمی عاطفی و مالی برای افراد در سنین میانسالی گردد. همچنین هم زمان با افزایش تعداد سالمندان مسئله وابستگی آنان به افراد دیگر مطرح می‌گردد (حسام زاده، ۱۳۸۵، ۵۱).	تکاملی خانواده (اولین دووال، ۱۹۷۷)

مشکلات جسمی و روانی سالمندان

الف) ویژگی‌های جسمی و روانی

سازگاری سالمند با محیط پیرامون به دلایلی به سختی صورت می‌گیرد؛ آنان با مشکلات روانی و عاطفی خاصی روبرو هستند مانند احساس تنهایی، میل به جلب توجه دیگران و احساس تملک (رفیع‌زاده، ۱۳۸۲). برخی از احساسات مشترک سالمندان عبارت‌اند از:

- احساس غم و اندوه به خاطر عدم توجه فرزندان و اطرافیان.
- احساس تنهایی به دلیل طرد شدن.

¹ Disengagement Theory

² Exchange Theory

- احساس یأس و ناامیدی به خصوص در سالمندانی که مشکل مالی نیز دارند.
- احساس اضطراب و نگرانی.
- احساس هرز رفتن و بیهوده بودن
- احساس سربار بودن (جانی پور و همکاران، ۱۴۰۲، ۲۰۴).

ب) ویژگی‌های جسمی و فیزیکی سالمندان

طبق آمار به دست آمده، ۵۰٪ کاهش فعالیت‌های فیزیولوژیکی در افراد بین سنین ۳۰ تا ۷۰ سال ناشی از عوامل محیطی است؛ بنابراین، طراحی محیط زندگی افراد سالمند بایستی متناسب با شرایط فیزیکی و جسمانی آنها باشد تا حداقل، نیاز به دیگران را احساس نکنند (سلیمیان، ۱۳۸۲). هر چه افراد پیرتر می‌شوند از قابلیت تحرک آنها نیز کاسته می‌شود. مشکلات مربوط به تحرک می‌تواند در ارتباط با بقیه خصوصیات که در طراحی مؤثر است از قبیل لنگیدن، تمایل به نگاه کردن به پایین در هنگام راه رفتن با عصا، نیاز به استراحت در مسیر حرکت از فضایی به فضای دیگر و یا عدم توانایی خم کردن پا و لزوم دراز کردن آن و..... می‌توانند با عدم اطمینان از حرکت بین فضا و ترس از افتادن همراه باشد. تغییرات جسمی که به نیازهای خاصی منجر شده و بر جزئیات طراحی تأثیر می‌گذارند عبارت اند از:

- ۱) کوتاه تر شدن قد از اندازه طبیعی و کوتاه شدن افق دید.
- ۲) تضعیف قوای حرکتی و انجام حرکات سریع
- ۳) کند شدن سرعت عکس العمل‌ها.
- ۴) افزایش حساسیت نسبت به حد بالا یا پایین
- ۵) درجه حرارت (جانی پور و همکاران، ۱۴۰۲، ۲۰۴).
- ۶) تضعیف قوای بینایی، شنوایی و بویایی.
- ۷) کاهش کنترل بر فعالیت مثانه و روده (نورانی، ۱۳۸۸).

نیازهای ویژه سالمندان

به طور کلی نیازهای سالمندان را در گروه‌هایی به شرح ذیل می‌توان تقسیم بندی کرد:

- ۱) احتیاجات عاطفی
- ۲) احتیاجات معیشتی
- ۳) احتیاج به تفریح
- ۴) احتیاج به شرکت در زندگی اجتماعی
- ۵) نیاز به امنیت (ضابطیان و تقوایی، ۱۳۸۹، ۶۲).

• نیاز عاطفی

احتیاجات عاطفی همواره وجود داشته و به همان ترتیبی که سن افراد بالاتر می‌رود، نیازها نیز افزایش می‌یابد. در گذشته توجه فرزندان به پدر و مادرها و اصولاً افراد جوان تر نسبت به مسن ترها بیشتر بود و اخلاق و رسوم حکم می‌کرد که به سالمندان

بیشترین احترام گذاشته شود اما امروزه که غالب سالمندان به تنهایی در خانه خود به سر می‌برند. هر قدر هم که وضع زندگی آنها خوب باشد، از توجه عاطفی دیگران و اقدامات جامعه بی نیاز نیستند (ضابطیان و تقوایی، ۱۳۸۹، ۶۲).

• نیاز معیشتی

احتیاجات معیشتی شامل خوراک، پوشاک، مسکن و بهداشت می‌شود.

• نیاز به تفریح

سالمندان با توجه به شرایط سنی و عدم اشتغال جدی، احتیاج به وقت گذرانی پربار و سالم به اقتضای شرایط جسمی خود را دارند. سالمندان فاقد منابع مجدد دوستی هستند، زیرا اکثر آنها کار نمی‌کنند و موقعیت ایجاد روابط دوستانه در فضای کار را ندارند و دوستان هم سن و سالشان را نیز به نوعی از دست داده‌اند. این مسئله تنهایی آنها را افزایش می‌دهد. بهترین تفریحات پیشنهادی برای سالمندان (با توجه به سواد و روحیات خاص هر فرد) شامل مطالعه کتاب و روزنامه، گشت و گذار در فضای سبز، معاشرت و گفتگو با دوستان تماشای فیلم، خرید از بوفه، نشستن روی نیمکت و تماشای خیابان و عبور و مرور مردم و به خصوص تماشای کودکان هنگام بازی و شنیدن موسیقی است. در ضمن ترتیب دادن برنامه‌های فوق العاده مثل مراسم عبادی، جشن و کنسرت بازی‌های سبک تأثیر بسیار خوبی در روحیه سالمند دارد و احساس یکنواختی روزها را از بین می‌برد.

• نیاز به امنیت

سالمند احتیاج به امنیت روحی و جسمی دارد و باید در طراحی فضاهای مرتبط با سالمند این مسئله مورد توجه قرار گیرد. سالمند باید مطمئن گردد که در موقع ضرورت به کمکش خواهند شتافت و یا در موقع بیماری سریع معالجه خواهد شد و در فضایی که پا می‌گذارد آرامش دارد و مورد آزار قرار نخواهد گرفت (ضابطیان و تقوایی، ۱۳۸۹، ۶۲).

• احتیاج به شرکت در زندگی اجتماعی

افسردگی بیشتر در میان سالمندانی وجود دارد که تنها زندگی می‌کنند و علاوه بر آن دچار ناراحتی‌های جسمانی نیز هستند سالمندانی که علیرغم سن بالا در فعالیت‌های اجتماعی حضور دارند و از روابط اجتماعی نسبتاً خوبی برخوردارند به بیماری‌های مختلف به ویژه بیماری‌های روانی کمتر دچار می‌شوند. سالمندان از احساس بطلان، بی‌کاری و برکنار ماندن از زندگی اجتماعی رنج می‌برند. برای رفع این احساسات باید برنامه‌های جمعی برای سالمندان در نظر گرفت، مثلاً سالمندان با هم به مطالعه روزنامه و مجله بپردازند، به گردش‌ها و سفرهای کوتاه دسته جمعی بروند و مورد مشورت قرار گیرند (ضابطیان و تقوایی، ۱۳۸۹، ۶۲).

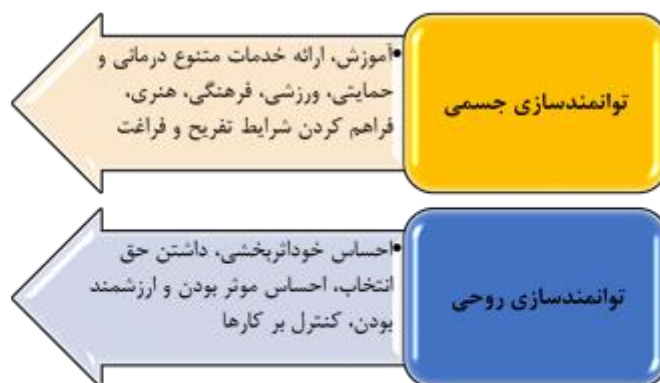
توانمندسازی سالمندان

طرح توانمندسازی سالمندان تشکیل شده از اهداف کلی به جهت آگاه سازی جامعه و خانواده ها نسبت به مسائل و شرایط دوران سالمندی در راستای ارتقاء کیفیت زندگی آنان، همچنین با بالا بردن سطح آگاهی سالمندان از وضعیت موجود به جهت برخورداری افراد سالمند از یک زندگی سالم و داشتن سالمند توانا، سالم و فعال که انجام کلیه امور توسط فرد سالمند رسیدگی شود. توانبخشی در دوران سالمندی دارای شاخصه های مهمی است که در شاخص زندگی سالم خلاصه می‌شود شاخص زندگی سالم دارای ابعاد مختلفی است که میتوان آن را با اجرای برنامه‌های توانبخشی، آموزشی و فرهنگی برای سالمند ایجاد نمود (طاهری جعفری، ۱۳۹۹، ۳۶).

محورهای توانمند سازی سالمندان

مولفه های توانمند سازی سالمندان را می‌توان به صورت ذیل طبقه بندی نمود:

آموزش شیوهی زندگی سالم به سالمندان: از کارهای که برای یک سالمندی موفق و سازگاری در آن دوره شامل موارد زیر است: غلبه بر استرس تشویق در رابطه با خدا و انجام عبادات آموزش کار و حرفه نو، تقویت حافظه، ملاقات خانواده و دوستان، ساعت خواب منظم، تغذیه سالم و مناسب، تشویق آنان به ورزش و پیاده روی و... به سالمندان. ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان: مثل ویزیت و معاینه سالمند توسط پزشک، ارائه خدمات توانبخشی مثل گفتار درمانی، فیزیوتراپی، مددکار اجتماعی، پرستار و... اشاره نمود. ارائه خدمات حمایتی به سالمندان: ارائه خدماتی مثل: دادن وام خود اشتغالی به سالمندان جویای کار، بیمه کردن سالمندان فاقد پوشش بیمه ای و ارائه کمک‌های جانبی به سالمندان نیازمند اشاره نمود. ارائه خدمات ورزشی، فرهنگی و هنری به سالمندان: کلاس‌های ورزشی که سبب توانمندی سالمندان می‌شود، ارائه کلاس‌های آموزشی جهت آگاهی بهداشت، روان و قدرت حل کردن مشکلات و سازگاری با محیط، برگزاری کلاس‌های آموزشی مثل قرآن، صنایع دستی و... ارائه نمود.



نمودار ۲: ابعاد مختلف توانمندسازی سالمندان، منبع: ابراهیمی، ۱۴۰۱

ارائه خدمات اوقات فراغت به سالمندان: یکی از مولفه‌های اثر گذار در سبک زندگی سالم و توانمندسازی سالمندان، تقویت برنامه‌های فراغتی این گروه است. در این راستا می‌توان از برنامه‌هایی همچون آماده کردن امکاناتی جهت تفریح درون شهری و برون شهری سالمندان سینما، استخر تئاتر و ... اشاره نمود (ابراهیمی، ۱۴۰۱، ۳۷-۳۸). در نمودار زیر همه ابعاد توانمندسازی سالمندان قابل مشاهده است.

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در آسودگی خیال روحی، روانی، جسمی و اقتصادی تعریف می‌کند، بنابراین نداشتن بیماری، نقص و یا ناتوانی مبنای داشتن سلامت نمی‌باشد. بنابر تعریف این سازمان داشتن بالاترین استانداردهای سلامت یکی از اصول اولیه حقوق هر فرد بدون لحاظ کردن مسائلی از قبیل اعتقادات سیاسی، مذهبی، نژادی و یا شرایط اقتصادی و اجتماعی است (طاهری جعفری، ۱۳۹۹، ۱۹).

سازمان بهداشت جهانی سلامت را بر هفت مولفه تقسیم بندی کرده است که این تقسیم بندی سلامت فیزیکی، سلامت شغلی، سلامت معنوی، سلامت ذهنی، سلامت عاطفی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط زندگی را شامل می شود (گرین برگ، ۲۰۰۶).
نمودار ۲-۱۰

مرکز سلامت

این مراکز می توانند نیازهای بهداشتی، اجتماعی، آموزشی و فرهنگی سالمندان را همراه با خدمات مناسب در جوامع محلی با توجه به درک الگوهای جمعیتی در محل و چگونگی تغییر این الگوها تأمین نمایند. هنگامی که عنوان خدمات در ارتباط با افراد سالمند به کار می رود، طیف وسیعی از خدمات در زمینه های متنوع از باشگاه های اجتماعی گرفته تا خدمات مستقر در منزل خود سالمند و مراکز مراقبت های روزانه و بیمارستان های روزانه را در برمی گیرد.



نمودار ۱: مولفه های سلامت، منبع: گرین برگ،

در ارتباط با هدف اصلی این طرح عنوان خدمات مراقبتی به مراقبت هایی اطلاق می گردد که در یک مجموعه مشخص و دارای مشخصات زیر باشد:

گروهی باشد، بیرون از منزل فرد باشد، حداقل برای ۴ ساعت در روز باز باشد، توسط مراقبین داوطلب یا استخدامی اداره شود (رفیع زاده، ۱۳۸۰).

وظایف عمده این مراکز خدمات مراقبت است؛ این مراکز با توجه به نیازهای گوناگون سالمندان به بخش های مختلف قابل تقسیم است:

مراکز اجتماعی: روزانه فعالیت های اجتماعی اساسی را امکان پذیر می سازد.

مراکز مراقبتی روزانه: علاوه بر فعالیت های اجتماعی فعالیت های شخصی را نیز تأمین می نماید.

مرکز توانبخشی: تأمین کننده درمان های توانبخشی و در برگیرنده مراقبت های پزشکی محدود است.

بیمارستان‌های روزانه سالمندان: تأمین کننده مراقبت برای سالمندانی است که دارای مشکلات سلامت ذهنی هستند. مراکز روزانه با مسئولیت‌های گوناگون نه تنها می‌توانند مراقبت از سالمندانی را که از مشکلات سلامت ذهنی رنج می‌برند تأمین کنند بلکه برای افرادی که ناتوانی‌های جسمی دارند نیز مناسب می‌باشند (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸، ۷۷).

لزوم وجود مراکز سلامت سالمندان در ایران

به دلیل تغییر در روند زندگی، امروزه خانواده‌ها به دلیل نداشتن وقت و غفلت از بزرگان خود، اسباب افسردگی آنان را فراهم می‌سازند. جرج کیمرل و سیندی چویی دو دلیل اساسی برای توجه به این مراکز بیان می‌کند. اولین دلیل را انفجار جمعیت سالمند در عصر حاضر می‌داند که برنامه‌ریزی برای این هجوم جمعیت از نکات مهمی است که می‌بایست به آن توجه شود و دلیل دوم هزینه‌های بالای خدمات سلامتی در جوامع سالمندان می‌باشد که آنها را وادار به خانه نشینی می‌کند. از طرفی در جوامع امروز سالمندان ترجیح می‌دهند به طور مستقل زندگی کنند و حاضر به زندگی با فرزندان خود نیستند. خدمات از طریق اینترنت و رساندن مایحتاجشان تا پشت در برای آنان فراهم گشته. وجود این مراکز نیز یکی از این خدمات مکمل می‌باشد که برای ترقی این جریان در اهداف، مراقبت و درمان مؤثر می‌باشد (Kimmerle, 2007).

اهداف مدنظر در پیشنهاد این مکان‌ها چنین بیان می‌شود:

اهمیت بخشی به سالمندان احساس طرد شدگی و از کار افتادگی را از آنان دور می‌کند.

ایجاد تفریحات مناسب توانایی‌های جسمی و روحی سالمند، در ارتقاء سلامت جسم و روح این افراد کمک بسزایی دارد. امکان معاینات و آزمایشات در یک مرکز تفریحی و رفاهی علاوه بر بالا بردن سطح سلامت سالمندان از مشکلات و سختی‌های انجام این آزمایشات و معاینات برای سالمندان می‌کاهد.

هم صحبتی و تفریح و نشاط در یک مرکز برای سالمندان که کمتر امکان سفر دارند به روحیه آن‌ها نشاط می‌بخشد. وجود مددکارهای مناسب و کافی در حل مشکلات سالمندان به ارتقاء کیفیت زندگی این عزیزان می‌انجامد. خدمات ارزان و رایگان و فضایی که جذابیت آن سالمند را علاقمند به ثبت نام در آن می‌نماید از افسردگی سالمند کاهد و آن را تبدیل به فردی مفید در جامعه می‌سازد (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸، ۷۸).

فعالیت‌های معمول در مجموعه‌های سلامت سالمندی

فعالیت‌های زنجیره ای که با مراقبت پزشکی روزانه ارتباطی تنگاتنگ دارد و حائز اهمیت است، تا حدی بستگی به میزان نیروی جسمانی و فضای زیست سالمندان دارد. در بسیاری از مجموعه‌ها میزان فعالیت‌ها در صبح بیشتر از بعد از ظهر است که منعکس کننده تمایل سالمندان به فعال بودن در صبح است. اغلب بخش‌های باقیمانده روز به وقت استراحت تخصیص می‌یابد که معمولاً بعد از زمان انجام فعالیت‌ها است و اگر مناسب باشد بین وقت درمان‌ها و توانبخشی‌ها انجام می‌شود. به طور کلی فعالیت‌ها و خدماتی را که در مجموعه‌های سلامت فراهم می‌گردد را می‌توان به صورت زیر تقسیم بندی نمود:

- (۱) مشاوره و ارتقاء سطح کیفی زندگی
- (۲) مراقبت‌های شخصی
- (۳) درمان‌های ارزیابی و توانبخشی
- (۴) مراقبت‌های پرستاری و در دسترس بودن پزشک
- (۵) فعالیت‌های اداری و کارمندی (رفیع‌زاده، ۱۳۸۰).

۶) موقعیت‌های اقامتی برای متقاضیان شهرستانی به طور موقت، فضاهای روباز برای ورزش‌های هوایی

۷) کلاس‌های آموزشی (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸، ۷۸).

فضاهای مورد نیاز جهت مرتفع کردن نیازهای سالمند

فعالیت‌هایی که جهت بهبود بخشیدن به بهداشت روانی سالمندان می‌توانند مؤثر باشند عبارتند از: گردش، تفریح، فعال بودن، برخورداری از محیط گرم خانوادگی، داشتن هم صحبت و ایجاد امکانات رفاهی.

گردش و تفریح: تفریح یکی از نیازهای اساسی بشر در هر دوره ای از زندگی است. سالمندان با رفتن به جاهای دیدنی، خوش آب و هوا و دیدن مناظر زیبا از فکر گذشته خارج می‌شوند و فقط به زمان حال می‌اندیشند و تا حد زیادی می‌توانند ناراحتی‌های خود را فراموش کنند.

فعال بودن: اصولاً فردی که دائماً دارای اشتغال ذهنی و بدنی است از پیری غافلگیر نمی‌شود. سرگرمی و فعالیت موجب تقویت اعتماد به نفس در سالمندان می‌شود. پرداختن به کارهایی که سالمندان به نوعی در ایام جوانی با آن و کار داشته‌اند و مورد علاقه آنها بوده مانند پرورش گیاه، نقاشی، خطاطی، کارهای هنری، تدریس و... می‌تواند آنان را از احساس پوچی و بیهودگی دور کند؛ همچنین با توجه به گرایش خاص سالمندان به امور مذهبی می‌توانند با انجام فرایض دینی و اختصاص دادن بخشی از اوقات شبانه روز خود به آن موجبات آرامش روانی خود را فراهم کنند. برخورداری از محیط گرم خانوادگی و داشتن هم‌صحبت: به‌طور کلی سالمندان باید تا حد امکان در کنار فرزندان و نوه‌ها زندگی کنند و بزرگ خانواده محسوب شوند، در تصمیم‌گیری‌ها از آنان نظرخواهی شود و به عقاید آنان احترام گذاشته شود.

ایجاد امکانات رفاهی: ساختن مجتمع‌های مسکونی مناسب برای سالمندانی که پشتوانه مالی ندارند، افزایش حقوق بازنشستگی با توجه به تورم توجه به بیمه‌های بهداشتی درمانی و امکان استفاده از خدمات توانبخشی، همچنین امکان استفاده رایگان از موزه‌ها سینماها و مکان‌های تفریحی و مراکزی که سالمندان بتوانند با هزینه کم در آن اقامت کنند از جمله امکانات رفاهی محسوب می‌شوند. از این رو مکانی که بتواند همه این نیازها را برطرف کند و در عین حال سالمند بتواند در کنار خانواده خویش زندگی کند می‌تواند مرکزی باشد که به صورت مهدهای سالمندان از آن نام برد این مکان می‌تواند با بهترین امکانات استانداردهای مخصوص سالمندان و ناتوانان حرکتی ساخته شود؛ تجهیزات و تسهیلات لازم برای ورزش مناسب سنشان را نیز فراهم آورد (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸، ۷۹).

طراحی مراکز سلامت سالمندان

سازماندهی حرکتی و دسترسی

وضوح ساختار: سالمندان به مسیرهای حرکتی واضح و نقشه‌های راهنما برای جلوگیری از سردرگمی نیاز دارند (Wolf, 1993). فواصل کوتاه: فاصله بیش از حد عناصر بر سالمندان (به‌ویژه با محدودیت حرکتی) اثر منفی دارد؛ نزدیکی عناصر به توانایی حرکتی کمک می‌کند (Fiske & Wendy, 1997).

فضای داخلی فعال: ایجاد فضاهای حرکتی داخلی برای فعالیت در هوای بد و ایجاد حس امنیت ضروری است (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸).

نورپردازی (طبیعی و مصنوعی)

نور طبیعی: پنجره‌ها باید دید بصری و نور کافی ایجاد کنند. استفاده از سایبان برای کنترل خیرگی ضروری است. پنجره‌های سرتاسری و لبه‌های پایین پنجره (حداکثر ۹۵ سانتی‌متر در نشیمن و ۶۰ سانتی‌متر در خواب) به سالمند اجازه می‌دهد در حالت نشسته یا خوابیده بیرون را ببیند (قوامی، ۱۳۷۳).

نور مصنوعی: باید یکنواخت، بدون کنتراست شدید و دارای روکش باشد (رفیع‌زاده، ۱۳۸۰). لامپ‌های فلورسنت با طیف کامل و ته رنگ زرد به دلیل پیرچشمی سالمندان مناسب‌تر هستند (Kimmerle, 2007).

طراحی داخلی و تجهیزات

جو صمیمی: محیط باید به جای فضای اداری، حس گرم و امن «خانه» را منتقل کند (Kimmerle, 2007). رنگ‌بندی: برای بیماران آلزایمری باید از کنتراست واضح بین دیوار و کف استفاده کرد و از رنگ‌های هم‌طیف در کنار هم اجتناب نمود (Kimmerle, 2007). سقف‌ها باید مات و دیوارها دارای رنگ‌های ملایم باشند (رفیع‌زاده، ۱۳۸۰). کفپوش و مبلمان: استفاده از موکت برای بهبود آکوستیک و ایمنی در سقوط پیشنهاد می‌شود. چیدمان باید ساده باشد تا ضعف بینایی باعث سردرگمی نشود. همچنین تعبیه مکان‌های نشستن (نیمکت‌های با و بدون پشتی) در انتهای مسیرهای حرکتی الزامی است (هاشم‌نژاد و اسدی بوالوردی، ۱۳۸۸).

کیفیت محیط داخلی (آکوستیک، هوا، حرارت)

آسایش محیطی: کیفیت هوای داخلی، آسایش حرارتی و آکوستیک پارامترهای اصلی هستند (Dorasol, 2012). تهویه: کنترل آلاینده‌ها بر عملکرد شناختی تأثیر دارد؛ فیلتراسیون و تهویه مناسب جهت حذف مواد خطرناک ضروری است (لعل یوسفی و طلائی، ۲۰۲۲).

صدا: نویز عامل استرس و اشتباهات پزشکی است و باید از طریق طراحی محیطی کنترل شود (Berg, 2005).

ملاحظات روان‌شناختی و عملکردی

ایمنی و زیبایی‌شناسی: فضا باید دارای مقیاس انسانی و آشنا باشد تا حس امنیت ایجاد کند (Nedučín & et al, 2010). زیبایی‌شناسی شامل هماهنگی رنگ و نور، به درک بهتر محیط کمک می‌کند (لعل یوسفی و طلائی، ۲۰۲۲). حواس‌پرتی مثبت: استفاده از هنر، مناظر طبیعی و رایحه‌های خوش باعث کاهش فشار خون، استرس و اضطراب می‌شود (Nijhuis, 2017).

حمایت اجتماعی و کنترل: طراحی باید شامل فضاهای جمعی برای دریافت حمایت عاطفی باشد (Uwajeh & Ezennia, 2019). همچنین بیمار باید بر محیط خود (مانند دسترسی به غذا و مبلمان) احساس کنترل داشته باشد تا دچار افسردگی نشود (Nijhuis, 2017).

حریم خصوصی: ایجاد فرصت برای تنهایی یا گفتگوی خصوصی با خانواده و پزشک بسیار مهم است (Nijhuis, 2017).

پیشینه پژوهش

احمدی و محمدی فلاح (۱۴۰۴)، در پژوهش خود بیان کردند که لذت بردن از طبیعت و تماشای محیط طبیعی تأثیر زیادی در سرزندگی سالمند دارد. سایه اندازی درختان تنوع پوشش گیاهی و ایجاد فضاهای مکث و استراحت در طول مسیرها و فضاها، اثرگذاری بیشتری بر عمیق‌تر شدن این رابطه دارند. با متغیرهای فضایی برای یادگیری آموزش‌های هنری (معرق، منبت، موسیقی، نقاشی و...)، وجود فضاها و کلاس‌های آموزشی جهت انتقال تجربه سالمندان به جوانان وجود کارگاه‌های آموزشی و

گروهی و تبادل تجربه سالمندان با دیگر سالمندان و امکان نمایش و فروش تولیدات دستی در ارتباط است. با متغیرهای وجود حیاط یا فضای باز برای بازی یا ورزش‌های سبک و وجود فضاهای سبز مانند چمن کاری، گل کاری و درختان قابل استفاده و امکان پیاده‌روی در میان درختان و فضاهای چمن کاری و امکان باغبانی سالمندان در داخل حیاط در ارتباط است. با متغیرهای فعالیت‌های گروهی مانند کتاب خوانی مراسم دینی وجود کافه و امکان تعامل، اتاق‌هایی جهت میزبانی سالمندان در ارتباط است. با متغیرهای مکان‌هایی دارای خلوت شخصی و دید به فضای باز امکان مشارکت و درآمدزایی لمس طبیعت در فضاهای داخلی و ایجاد تراس در ارتباط است. حلیمی و حلیمی (۱۴۰۳)، در پژوهش خود نشان دادند که ترکیب سبک‌های متنوع معماری، استفاده از رنگ‌های متنوع و آرامش بخش، بهره‌گیری از نور طبیعی و فضاهای باز، به ویژه فضاهای سبز، تأثیر قابل توجهی در افزایش حس تعلق، امنیت روانی، و کاهش احساس انزوا در میان سالمندان دارد. طراحی فضاهای تعاملی مانند کتابخانه، باغچه مشارکتی، کارگاه‌های هنری و کافه‌های داخلی، نقش مهمی در افزایش تعاملات اجتماعی و احیای احساس مفید بودن در سالمندان ایفا می‌کنند. رحیمیان و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهش خود بیان کردند که امید به زندگی و سپس عدم تنهایی و کرامت حس خانه و خودکارآمدی بیشترین تأثیر را از کیفیت فضایی می‌گیرند؛ بنابراین با تأمین ویژگی‌های کالبدی می‌توان حس امید به زندگی را بین سالمندان افزایش و ارتقا داد. همچنین منظر مناسب، دسترسی و عوامل عملکردی بیشترین ارتباط و تأثیر را بر ایجاد فضای مناسب برای اقامت سالمندان دارند. کرمانشاهی و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهش خود بیان کردند که آموزش توانمندسازی سالمندان و خودمراقبتی در ایشان می‌تواند در افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در این افراد موثر واقع شود. در مطالعه دیگری که فرهد و همکاران (۱۴۰۲)، انجام دادند بیان کردند که ارتقای جایگاه توان‌بخشی در کشور نیازمند شناخت و تبیین موانع و تسهیل‌کننده‌های آن است. شناسایی آنها می‌تواند به مسئولین و سیاست‌گذاران در ارتقای جایگاه توان‌بخشی و ارائه بهتر خدمات به افراد سالمند در دوران زندگی کمک کند. ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهش خود بیان کردند که لازم است به سلامت روانی، احساس تنهایی و احساس گناه در بین سالمندان توجه ویژه‌ای شود. صابری فر (۱۴۰۲)، در پژوهش خود نشان داد که به طور کلی، سیاست‌های تدوین شده و پروژه‌های تعریف شده بر آن اساس، نتوانسته است انتظارات جمعیت سالمند را برآورده نموده و در طی ۱۰ سال اخیر، نه تنها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نکرده، بلکه در برخی از شهرها به خصوص آنانی که قبل از این در ارتباط با آماده‌سازی شهر برای زیست و مشارکت بهتر سالمندان پیشرو بوده‌اند، افت قابل ملاحظه‌ای حادث شده است. در مجموع، می‌توان عنوان داشت که سیاست‌ها و اقدامات متعاقب آن در کلانشهرهای مورد بررسی نتوانسته است به تحقق شهر دوستدار سالمند جامه عمل بپوشد. صلیحی و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهش خود نشان دادند که بین سلامت عمومی، خودکارآمدی عمومی، عزت‌نفس و خودکنترلی سالمندان ارتباط مستقیم وجود دارد. وضعیت مسکن، عزت‌نفس، خودکنترلی و خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده‌های مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند. چراغی‌فر و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهش خود نشان دادند که سالمندان تمایلی به تجربه فضاهای جدید نداشته و انتخاب یک مسیر و تکرار آن در اولویت پیمایش فضایی آنها می‌باشد. همچنین سالمندان تمایل به حضور در فضاهای با گستره تحت تسلط بیشتر را دارند و تمایلی به حضور در گوشه‌های خلوت و کنج را ندارند. یو و جوان^۳ (۲۰۲۵)، در پژوهش خود بیان کردند که سالمندان تمایل دارند در فضاهایی حضور یابند که نورپردازی یکنواخت و روشن داشته و دید کامل به محیط اطراف خود دارند. این موضوع با ترجیح آن‌ها برای حضور در فضاهای تحت تسلط و قابل مشاهده همسو است. طراحی فضاهای داخلی باید به گونه‌ای باشد که

³ Yu & Juan

گوشه‌های تاریک و خلوت به حداقل برسد و فضاهای باز و روشن ترجیح داده شوند. استفاده از چیدمان‌های ساده و بدون پیچیدگی در مسیرهای حرکت، مانند راهروهای مستقیم و بدون انشعاب، می‌تواند به سالمندان کمک کند تا مسیرهای آشنا را تکرار کنند و از حضور در فضاهای نامعلوم اجتناب کنند. طراحی بدون مانع و دسترسی آسان به تمام نقاط فضا، باعث می‌شود سالمندان احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشند و از حضور در فضاهای محدود و نامطمئن خودداری کنند. هیوز^۴ و همکاران (۲۰۲۵)، در پژوهش خود بیان کردند که سالمندان ترجیح می‌دهند در فضاهایی زندگی کنند که مسیرهای حرکت واضح و تکرارپذیر داشته و تغییرات ناگهانی در چیدمان فضا وجود نداشته باشد. طراحی فضاهای زندگی باید بر اساس الگوهای رفتاری تکراری سالمندان باشد، مانند قرارگیری مبلمان و وسایل در مکان‌های ثابت و قابل پیش‌بینی. استفاده از عناصر بصری آشنا مانند رنگ‌ها و نمادهای ثابت در مسیرها، می‌تواند به سالمندان کمک کند تا مسیرهای خود را به راحتی شناسایی و تکرار کنند. فضاهای با گستره دید باز و بدون موانع بصری، مانند سالن‌های بزرگ با نور طبیعی، برای سالمندان جذاب‌تر و امن‌تر هستند. گوشه‌های خلوت و فضاهای بسته، مانند اتاق‌های کوچک بدون پنجره، می‌توانند باعث احساس انزوا و عدم امنیت در سالمندان شوند و باید از طراحی چنین فضاهایی اجتناب شود. سیجاس^۵ و همکاران (۲۰۲۴)، در پژوهش خود بیان کردند که سالمندان ترجیح می‌دهند در محیط‌های آشنا و قابل پیش‌بینی فعالیت کنند. مدل‌های توان‌بخشی موفق، مانند توان‌بخشی در منزل و جامعه‌محور، بر ایجاد فضاهای آشنا و قابل کنترل تأکید دارند. استفاده از مسیرهای تکراری و قابل پیش‌بینی در طراحی فضاهای توان‌بخشی، مانند مسیرهای حرکت در مراکز توان‌بخشی سرپایی یا خانه‌های سالمندان، می‌تواند استرس و سردرگمی آن‌ها را کاهش دهد. سالمندان در محیط‌هایی که گستره تحت تسلط بیشتری دارند (مانند فضاهای باز و بدون مانع)، احساس امنیت و استقلال بیشتری می‌کنند. به عنوان مثال، طراحی فضاهای باز با نورپردازی مناسب و دسترسی آسان، ترجیح داده می‌شود. حضور در فضاهای بسته و گوشه‌های خلوت، مانند اتاق‌های کوچک و بدون پنجره، می‌تواند باعث افزایش اضطراب و کاهش مشارکت اجتماعی آن‌ها شود.

جدول ۱: خلاصه پیشینه پژوهش

ردیف	عنوان	نام نویسندگان	یافته‌ها
۱	تاثیر رویکرد معماری ارگانیک بر طراحی خانه سالمندان	احمدی و محمدی فلاح ۱۴۰۴	لذت بردن از طبیعت و تماشای محیط طبیعی تاثیر زیادی در سرزندگی سالمند دارد. با متغیرهای فضایی برای یادگیری آموزش‌های هنری (معرق، منبت، موسیقی، نقاشی و...)، وجود فضاها و کلاس‌های آموزشی جهت انتقال تجربه سالمندان به جوانان وجود کارگاه‌های آموزشی و گروهی و تبادل تجربه سالمندان با دیگر سالمندان و امکان نمایش و فروش تولیدات دستی در ارتباط است. با متغیرهای وجود حیاط یا فضای باز برای بازی یا ورزش‌های سبک و وجود فضاهای سبز مانند چمن کاری، گل کاری و درختان قابل استفاده و امکان پیاده‌روی در میان درختان و فضاهای چمن کاری و امکان باغبانی سالمندان در داخل حیاط در ارتباط است. با متغیرهای فعالیت‌های گروهی مانند کتاب خوانی مراسم دینی وجود کافه و امکان تعامل، اتاق‌هایی جهت میزبانی سالمندان در ارتباط است. با متغیرهای مکان-

⁴ Hughes & et al

⁵ Seijas & etal

هایی دارای خلوت شخصی و دید به فضای باز امکان مشارکت و درآمدزایی لمس طبیعت در فضاهای داخلی و ایجاد تراس در ارتباط است.			
ترکیب سبک‌های متنوع معماری، استفاده از رنگ‌های متنوع و آرامش بخش، بهره‌گیری از نور طبیعی و فضاهای باز، به ویژه فضاهای سبز، تأثیر قابل توجهی در افزایش حس تعلق، امنیت روانی، و کاهش احساس انزوا در میان سالمندان دارد.	حلیمی و حلیمی ۱۴۰۳	طراحی خانه سالمندان با رویکرد معماری اکلیتیک	۲
امید به زندگی و سپس عدم تنهایی و کرامت حس خانه و خودکارآمدی بیشترین تأثیر را از کیفیت فضایی می‌گیرند؛ بنابراین با تأمین ویژگی‌های کالبدی می‌توان حس امید به زندگی را بین سالمندان افزایش و ارتقا داد. همچنین منظر مناسب، دسترسی و عوامل عملکردی بیشترین ارتباط و تأثیر را بر ایجاد فضای مناسب برای اقامت سالمندان دارند.	رحیمیان و همکاران ۱۴۰۳	بررسی کیفیت سالمندپذیری در گونه‌های مختلف زیستی (مورد پژوهش: گونه‌های ویلایی، آپارتمانی و خانه سالمندان منطقه ۳ شاهرود)	۳
آموزش توانمندسازی سالمندان و خودمراقبتی در ایشان می‌تواند در افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در این افراد موثر واقع شود.	کرمانشاهی و همکاران ۱۴۰۲	اثربخشی توانمندسازی روانشناختی بر رضایت از زندگی و نگرش به سالمندی زنان سالمند شهر تهران	۴
ارتقای جایگاه توان‌بخشی در کشور نیازمند شناخت و تبیین موانع و تسهیل‌کننده‌های آن است. شناسایی آنها می‌تواند به مسئولین و سیاست‌گذاران در ارتقای جایگاه توان‌بخشی و ارائه بهتر خدمات به افراد سالمند در دوران زندگی کمک کند.	فرهبد و همکاران ۱۴۰۲	جایگاه توان‌بخشی در ایران: موانع و تسهیل‌کننده‌ها	۵
لازم است به سلامت روانی، احساس تنهایی و احساس گناه در بین سالمندان توجه ویژه‌ای شود.	ابراهیمی و همکاران ۱۴۰۲	رابطه سلامت روانی با سلامت جسمانی سالمندان مقیم سرای سالمندان: نقش میانجی احساس گناه و احساس تنهایی	۶
به طور کلی، سیاست‌های تدوین شده و پروژه‌های تعریف شده بر آن اساس، نتوانسته است انتظارات جمعیت سالمند را برآورده نموده و در طی ۱۰ سال اخیر، نه تنها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نکرده، بلکه در برخی از شهرها به خصوص آنانی که قبل از این در ارتباط با آماده‌سازی شهر برای زیست و مشارکت بهتر سالمندان پیشرو بوده‌اند، افت قابل ملاحظه‌ای حادث شده است. در مجموع، می‌توان عنوان داشت که سیاست‌ها و اقدامات متعاقب آن در کلانشهرهای مورد بررسی نتوانسته است به تحقق شهر دوستدار سالمند جامه عمل بپوشد.	صابری فر ۱۴۰۲	ارزیابی نتایج عملی سیاست‌گذاری‌ها در حوزه شهرهای دوستدار سالمند در کلان‌شهرهای ایران	۷
بین سلامت عمومی، خودکارآمدی عمومی، عزت‌نفس و خودکنترلی سالمندان ارتباط مستقیم وجود دارد. وضعیت مسکن، عزت‌نفس، خودکنترلی و خودکارآمدی پیشبینی‌کننده‌های مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند.	صلحی و همکاران ۱۴۰۱	بررسی رابطه جنبه‌های فردی توانمندسازی با سلامت عمومی در سالمندان مراجعه‌کننده به سراهای محله شهر تهران از سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹	۸
سالمندان تمایلی به تجربه فضاهای جدید نداشته و انتخاب یک مسیر و تکرار آن در اولویت پیمایش فضایی آنها می‌باشد. همچنین سالمندان تمایل به حضور در	چراغی‌فر و همکاران	بررسی ارتباط بین نقشه‌های شناختی در حضورپذیری و ادراک سالمندان از فضای	۹

معماری (نمونه موردی: آسایشگاه سالمندان کهریزک)	۱۴۰۱	فضاهای با گستره تحت تسلط بیشتر را دارند و تمایلی به حضور در گوشه‌های خلوت و کنج را ندارند.
تأثیر عوامل طراحی داخلی بر سلامت جسمی، فیزیولوژیکی و روانی سالمندان - یک بررسی اجمالی	یو و جوان ^۶ ۲۰۲۵	سالمندان تمایل دارند در فضاهایی حضور یابند که نورپردازی یکنواخت و روشن داشته و دید کامل به محیط اطراف خود دارند. طراحی فضاهای داخلی باید به گونه‌ای باشد که گوشه‌های تاریک و خلوت به حداقل برسد و فضاهای باز و روشن ترجیح داده شوند. طراحی بدون مانع و دسترسی آسان به تمام نقاط فضا، باعث می‌شود سالمندان احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشند و از حضور در فضاهای محدود و نامطمئن خودداری کنند.
طراحی برای کرامت: توانمندسازی زندگی از طریق هم افزایی و یکپارچه راهکارهای طراحی برای سالمندی در محل	هیوز ^۷ و همکاران ۲۰۲۵	طراحی فضاهای زندگی باید بر اساس الگوهای رفتاری تکراری سالمندان باشد، مانند قرارگیری مبلمان و وسایل در مکان‌های ثابت و قابل پیش‌بینی. فضاهای با گستره دید باز و بدون موانع بصری، مانند سالن‌های بزرگ با نور طبیعی، برای سالمندان جذاب‌تر و امن‌تر هستند. گوشه‌های خلوت و فضاهای بسته، مانند اتاق‌های کوچک بدون پنجره، می‌توانند باعث احساس انزوا و عدم امنیت در سالمندان شوند و باید از طراحی چنین فضاهایی اجتناب شود.
مدل‌های ارائه توانبخشی برای تقویت سالمندی سالم - یک بررسی جامع	سیجاس ^۸ و همکاران ۲۰۲۴	مدل‌های توان‌بخشی موفق، مانند توان‌بخشی در منزل و جامعه‌محور، بر ایجاد فضاهای آشنا و قابل کنترل تأکید دارند. استفاده از مسیرهای تکراری و قابل پیش‌بینی در طراحی فضاهای توان‌بخشی، مانند مسیرهای حرکت در مراکز توان‌بخشی سرپایی یا خانه‌های سالمندان، می‌تواند استرس و سردرگمی آن‌ها را کاهش دهد. سالمندان در محیط‌هایی که گستره تحت تسلط بیشتری دارند (مانند فضاهای باز و بدون مانع)، احساس امنیت و استقلال بیشتری می‌کنند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه آمیخته (کیفی-کمی) است که با هدف تدوین مؤلفه‌های طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان‌بخشی سالمندان در شهر همدان انجام شد. در مرحله نخست، به‌منظور شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی سرای سلامت، مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی منابع علمی، استانداردهای طراحی، آیین‌نامه‌ها و پژوهش‌های مرتبط انجام شد. سپس به‌منظور تکمیل و بومی‌سازی مؤلفه‌های استخراج‌شده، از مشاهده مستقیم محیط سرای سالمندان همدان استفاده گردید. مشاهدات به‌صورت ساختاریافته و بر اساس چک‌لیست پژوهشگر انجام شد و دسترسی پذیری، نورپردازی، فضاهای اجتماعی، امکانات رفاهی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت.

^۶ Yu & Juan

^۷ Hughes & et al

^۸ Seijas & etal

در مرحله دوم، پرسشنامه‌ای بر اساس مؤلفه‌های استخراج‌شده تدوین شد و در اختیار سالمندان قرار گرفت تا میزان اهمیت و اولویت هر یک از مؤلفه‌ها ارزیابی شود.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی سالمندان مقیم سرای سالمندان همدان بود. با توجه به محدود بودن حجم جامعه (۳۸۴ نفر)، از روش سرشماری استفاده شد و تمامی سالمندان واجد شرایط وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود شامل توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و برخورداری از توانایی برقراری ارتباط بود. معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه همکاری یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود.

داده‌های حاصل از مشاهده با روش تحلیل محتوا تحلیل شد. داده‌های کمی نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با بهره‌گیری از آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی متناسب با فرضیه‌های پژوهش تحلیل گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

۱. مشاهده مستقیم

به‌منظور شناسایی رفتارها، چالش‌ها و نیازهای سالمندان در محیط واقعی، از مشاهده مستقیم در سرای سالمندان خانه خورشید همدان استفاده شد. مشاهده‌ها به‌صورت ساختاریافته و بر اساس چک‌لیست پژوهشگر انجام گرفت. محورهای مشاهده شامل رفتارهای روزانه سالمندان (نحوه حرکت، استفاده از فضاها و امکانات و فعالیت‌های روزانه)، چالش‌های کالبدی و محیطی (دسترسی‌پذیری، ایمنی و موانع موجود)، تعاملات اجتماعی سالمندان با یکدیگر و کارکنان، و نیازهای روانی و عاطفی آنان بود. داده‌های حاصل از مشاهده با استفاده از روش تحلیل محتوا کدگذاری و طبقه‌بندی شد و مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی سرای سلامت استخراج گردید.

۲. پرسشنامه

پس از استخراج مؤلفه‌ها، پرسشنامه‌ای بر اساس یافته‌های مرحله مشاهده و مبانی نظری پژوهش تدوین شد. سوالات پرسشنامه براساس بازدیدهای میدانی و نیازهای سالمندان در این فضاها تدوین شده است. مؤلفه‌های پرسشنامه عبارت است از: دسترسی‌پذیری، نورپردازی، فضاهای اجتماعی، امکانات رفاهی و کیفیت زندگی. پرسشنامه در میان تمامی سالمندان واجد شرایط مقیم سرای سالمندان همدان توزیع شد. با توجه به محدود بودن جامعه آماری (۳۸۴ نفر)، از روش سرشماری استفاده شد. داده‌های گردآوری‌شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری استنباطی متناسب با فرضیه‌های پژوهش تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

الف-مشاهده از سرای سالمندان همدان

با مشاهده میدانی از سراهای موجود در همدان، موارد عمده براساس بازدیدهای صورت گرفته به شرح زیر است:

- ۱) راهروهای باریک و نامناسب
- ۲) عدم تهویه مناسب
- ۳) عدم توجه به شرایط فیزیکی سالمندان
- ۴) وجود فضاهای کسل‌کننده
- ۵) نبود فضایی برای تفریح و سرگرمی

(۶) آشپزخانه‌های بسیار کوچک

(۷) عدم فضای مناسب جهت هواخوری سالمندان

نمونه هایی از تصاویر این مراکز در زیر قابل مشاهده است.



تصویر ۱: سرای سالمندان همدان

ب-اطلاعات جمعیت شناختی: اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، میزان تحصیلات، سابقه کاری و جنسیت در جداول زیر ارائه می شود.

جدول ۳: اطلاعات دموگرافیک

		سن	میزان تحصیلات	سابقه کاری	جنسیت
N	Valid	378	368	370	384
	Missing	6	16	14	0
Mean		3.12	2.67	3.14	2.61
Std. Error of Mean		.053	.076	.071	.076
Median		3.00	3.00	3.00	2.00
Std. Deviation		1.037	1.450	1.361	1.492
Variance		1.076	2.102	1.852	2.227
Range		4	4	4	4
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Sum		1179	982	1160	1004

جدول ۴: اطلاعات مربوط به متغیر سن

سن				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	بین ۵۰ تا ۶۰	24	6.3	6.3	6.3
	بین ۶۰ تا ۷۰	80	20.8	21.2	27.5
	بین ۷۰ تا ۸۰	132	34.4	34.9	62.4
	۸۰ سال به بالا	111	28.9	29.4	91.8
	5	31	8.1	8.2	100.0
	Total	378	98.4	100.0	
Missin g	200	6	1.6		
Total		384	100.0		

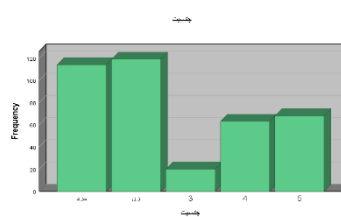
جدول ۵: اطلاعات مربوط به متغیر میزان تحصیلات

میزان تحصیلات					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	دیپلم و پایین تر	122	31.8	33.2	33.2
	فوق دیپلم	53	13.8	14.4	47.6
	کارشناسی	66	17.2	17.9	65.5
	ارشد و بالاتر	79	20.6	21.5	87.0
	5	48	12.5	13.0	100.0
	Total	368	95.8	100.0	
Missing	200	16	4.2		
Total		384	100.0		

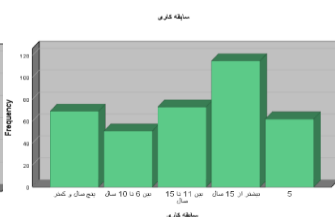
جدول ۶: اطلاعات مربوط به متغیر سابقه کاری

سابقه کاری

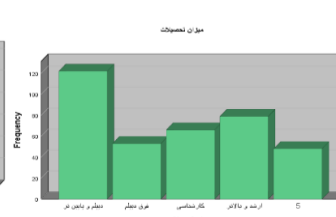
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	پنج سال و کمتر	69	18.0	18.6	18.6
	بین ۶ تا ۱۰ سال	51	13.3	13.8	32.4
	بین ۱۱ تا ۱۵ سال	73	19.0	19.7	52.2
	بیشتر از ۱۵ سال	115	29.9	31.1	83.2
	5	62	16.1	16.8	100.0
	Total	370	96.4	100.0	
Missing	200	12	3.1		
	System	2	.5		
	Total	14	3.6		
Total		384	100.0		



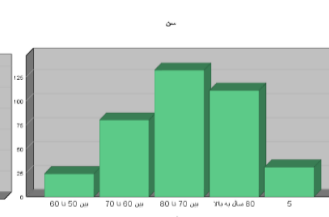
نمودار ۶: متغیر جنسیت



نمودار ۵: متغیر سابقه کاری



نمودار ۴: متغیر میزان تحصیلات



نمودار ۳: متغیر سن

جدول ۷: اطلاعات مربوط به متغیر جنسیت

جنسیت					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مرد	114	29.7	29.7	29.7
	زن	119	31.0	31.0	60.7

	3	20	5.2	5.2	65.9
	4	63	16.4	16.4	82.3
	5	68	17.7	17.7	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

ج - یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی

جدول ۸: آمار توصیفی کلی مولفه‌های پرسشنامه

آمار توصیفی						
		دسترس پذیری	نورپردازی	فضاهای اجتماعی	امکانات رفاهی	کیفیت زندگی
N	Valid	377	384	384	384	384
	Missing	7	0	0	0	0
Mean		20.12	21.08	20.82	20.93	21.12
Std. Error of Mean		.109	.095	.086	.093	.086
Median		20.00	21.00	21.00	21.00	21.00
Mode		21	22	21	21	21
Std. Deviation		2.114	1.866	1.688	1.828	1.677
Variance		4.469	3.481	2.851	3.342	2.814
Range		12	10	9	11	9
Minimum		13	15	15	14	16
Maximum		25	25	24	25	25
Sum		7586	8096	7993	8036	8109

جدول ۹: آمار توصیفی مربوط به مولفه دسترسی پذیری

دسترس پذیری					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	2	.5	.5	.5
	15	7	1.8	1.9	2.4
	16	10	2.6	2.7	5.0
	17	22	5.7	5.8	10.9
	18	44	11.5	11.7	22.5
	19	50	13.0	13.3	35.8
	20	68	17.7	18.0	53.8
	21	69	18.0	18.3	72.1
	22	62	16.1	16.4	88.6
	23	29	7.6	7.7	96.3
	24	11	2.9	2.9	99.2
	25	3	.8	.8	100.0
Total		377	98.2	100.0	

Missing	System	7	1.8		
Total		384	100.0		

جدول ۱۰: آمار توصیفی مربوط به مولفه نورپردازی

نورپردازی					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	.3	.3	.3
	16	4	1.0	1.0	1.3
	17	12	3.1	3.1	4.4
	18	20	5.2	5.2	9.6
	19	40	10.4	10.4	20.1
	20	51	13.3	13.3	33.3
	21	82	21.4	21.4	54.7
	22	83	21.6	21.6	76.3
	23	64	16.7	16.7	93.0
	24	22	5.7	5.7	98.7
	25	5	1.3	1.3	100.0
Total		384	100.0	100.0	

جدول ۱۱: آمار توصیفی مربوط به مولفه فضاهای اجتماعی

فضاهای اجتماعی					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	.3	.3	.3
	16	4	1.0	1.0	1.3
	17	8	2.1	2.1	3.4
	18	16	4.2	4.2	7.6
	19	61	15.9	15.9	23.4
	20	63	16.4	16.4	39.8
	21	85	22.1	22.1	62.0
	22	83	21.6	21.6	83.6
	23	52	13.5	13.5	97.1
	24	11	2.9	2.9	100.0
Total		384	100.0	100.0	

جدول ۱۲: آمار توصیفی مربوط به مولفه امکانات رفاهی

امکانات رفاهی					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	1	.3	.3	.3
	16	5	1.3	1.3	1.6
	17	7	1.8	1.8	3.4
	18	28	7.3	7.3	10.7
	19	44	11.5	11.5	22.1

	20	53	13.8	13.8	35.9
	21	89	23.2	23.2	59.1
	22	83	21.6	21.6	80.7
	23	51	13.3	13.3	94.0
	24	20	5.2	5.2	99.2
	25	3	.8	.8	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

جدول ۱۳: آمار توصیفی مربوط به مولفه کیفیت زندگی

کیفیت زندگی					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	2	.5	.5	.5
	17	9	2.3	2.3	2.9
	18	19	4.9	4.9	7.8
	19	32	8.3	8.3	16.1
	20	60	15.6	15.6	31.8
	21	93	24.2	24.2	56.0
	22	90	23.4	23.4	79.4
	23	57	14.8	14.8	94.3
	24	20	5.2	5.2	99.5
	25	2	.5	.5	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

د- یافته‌های استنباطی

برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون اسپیرمن استفاده شد.

جدول ۱۴: آزمون اسپیرمن میان مولفه‌های امکانات رفاهی و دسترسی پذیری

			دسترسی پذیری	امکانات رفاهی
Spearman's rho	دسترسی پذیری	Correlation Coefficient	1.000	-.4
		Sig. (2-tailed)	.	.01
		N	377	377
	امکانات رفاهی	Correlation Coefficient	-.4	1.000
		Sig. (2-tailed)	.01	.
		N	377	384

آزمون همبستگی اسپیرمن برای بررسی ارتباط بین دسترسی پذیری و امکانات رفاهی در سرای سلامت همدان نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط منفی و معناداری وجود دارد ($p = -0.4$, $p = 0.01$). این نتیجه نشان می‌دهد که با افزایش دسترسی پذیری مسیرها و فضاهای داخلی، سالمندان راحت‌تر می‌توانند از امکانات رفاهی مانند فضاهای استراحت، کتابخانه و امکانات ورزشی استفاده کنند. به عبارت دیگر، بهبود دسترسی پذیری به عنوان یک مولفه کلیدی طراحی، با کاهش محدودیت‌ها و چالش‌های سالمندان در استفاده از خدمات رفاهی مرتبط است. این یافته اهمیت توجه به دسترسی پذیری به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت تجربه سالمندان در سرای سلامت را تأکید می‌کند و می‌تواند راهنمای مهمی برای طراحی بهینه فضاهای رفاهی باشد. همچنین

این آزمون نشان می‌دهد که میزان دسترسی پذیری در سرای سلامت همدان در سطح مطلوبی قرار ندارد و دسترسی مناسبی به خدمات در این مجموعه وجود ندارد. لذا لازم و ضروری است در تدوین برنامه‌ریزی‌ها به این موضوع توجه ویژه‌ای شود.

جدول ۱۵: آزمون اسپیرمن میان مولفه‌های امکانات کیفیت زندگی و دسترسی پذیری

		دسترسی پذیری	کیفیت زندگی
Spearman's rho	دسترسی پذیری	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.019
		N	377
	کیفیت زندگی	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.019
		N	377

جدول ۱۶: آزمون اسپیرمن میان مولفه‌های نورپردازی و کیفیت زندگی

		کیفیت زندگی	نورپردازی
Spearman's rho	کیفیت زندگی	Correlation Coefficient	.69
		Sig. (2-tailed)	.02
		N	384
	نورپردازی	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.02
		N	384

جدول ۱۷: آزمون اسپیرمن میان مولفه‌های فضاهای اجتماعی و کیفیت زندگی

		کیفیت زندگی	فضاهای اجتماعی
Spearman's rho	کیفیت زندگی	Correlation Coefficient	.71
		Sig. (2-tailed)	.014
		N	384
	فضاهای اجتماعی	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.014
		N	384

جدول ۱۸: آزمون اسپیرمن میان مولفه‌های امکانات رفاهی و کیفیت زندگی

		کیفیت زندگی	امکانات رفاهی
Spearman's rho	کیفیت زندگی	Correlation Coefficient	.77
		Sig. (2-tailed)	.001
		N	384
	امکانات رفاهی	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001
		N	384

نتایج تحلیل همبستگی اسپیرمن نشان داد که مؤلفه‌های اصلی طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان، شامل دسترسی پذیری، نورپردازی، فضاهای اجتماعی و امکانات رفاهی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت و معنادار دارند. به طور مشخص، ضریب همبستگی دسترسی پذیری با کیفیت زندگی 0.65 ($p=0.019$)، نورپردازی 0.69 ($p=0.02$)، فضاهای اجتماعی 0.71 ($p=0.014$) و امکانات رفاهی 0.77 ($p=0.001$) به دست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که طراحی مؤثر سرای سلامت می‌تواند نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان را به طور جامع پاسخ دهد. دسترسی پذیری مناسب موجب بهبود استقلال و توان حرکتی سالمندان می‌شود، نورپردازی کافی و یکنواخت بر سلامت روانی و آرامش اثرگذار است، فضاهای اجتماعی تعامل و حمایت اجتماعی را تقویت می‌کنند و امکانات رفاهی با فراهم کردن فرصت‌های فعالیت بدنی و تفریحی، رفاه و نشاط سالمندان را افزایش می‌دهند. بنابراین، این نتایج استدلال قوی فراهم می‌کنند که طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی، با تأکید بر خدمات، زیرساخت‌ها و مدیریت منابع، می‌تواند به صورت جامع و مؤثر کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا دهد و نیازهای آنان را پوشش دهد.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌های میدانی و ساختار پرسشنامه نشان می‌دهد که مؤلفه‌های دسترسی پذیری، زیرساخت‌های فضایی و تسهیل دسترسی سالمندان به خدمات توان بخشی با تأکید بر توانمندسازی به جای مراقبت منفعل، موجب ارتقای استقلال عملکردی، افزایش تحرک، بهبود دسترسی فضایی و ارتقای کیفیت محیط فیزیکی می‌شود که این عوامل، مطابق یافته‌های میدانی و نتایج پرسشنامه، به طور مستقیم با شاخص‌های سلامت جسمی سالمندان مرتبط هستند. از سوی دیگر، تقویت فضاهای اجتماعی، ایجاد بسترهای تعامل، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و شکل‌گیری احساس تعلق و حمایت اجتماعی، که در یافته‌های پژوهش به عنوان مؤلفه‌های کلیدی طراحی سرای سلامت شناسایی شده‌اند، به بهبود سلامت اجتماعی سالمندان منجر می‌شود. همچنین مؤلفه‌هایی نظیر احساس کنترل بر محیط، افزایش خودکارآمدی، تجربه امنیت روانی و ارتقای احساس ارزشمندی فردی که در نتایج بخش کیفیت زندگی و داده‌های پرسشنامه منعکس شده‌اند، نقش مؤثری در بهبود سلامت روانی و رضایت از زندگی سالمندان ایفا می‌کنند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی، با اتکا بر یافته‌های میدانی و داده‌های تجربی پژوهش، با ایجاد یک نظام یکپارچه فضایی-خدماتی، قادر است به صورت هم‌زمان سه بُعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان را ارتقا دهد و کیفیت زندگی آنان را به طور معناداری بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس تحلیل داده‌های میدانی، ساختار مفهومی طراحی سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان و نتایج حاصل از پرسشنامه، می‌توان نتیجه گرفت که این الگوی طراحی دارای کارآمدی ساختاری در ارتقای هم‌زمان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان است. هم‌راستایی شاخص‌های طراحی فضایی با مؤلفه‌های سلامت نشان می‌دهد که طراحی مبتنی بر توان بخشی، صرفاً یک مداخله کالبدی نیست، بلکه یک نظام یکپارچه فضایی-عملکردی است که به صورت سیستماتیک بر کیفیت زندگی سالمندان اثرگذار است. نتایج پرسشنامه بیانگر آن است که بهبود دسترسی پذیری، ارتقای کیفیت نورپردازی، افزایش امکان تحرک، تسهیل استفاده از تجهیزات کمکی، و بهینه‌سازی سازمان فضایی، نقش مستقیم در ارتقای سلامت جسمی سالمندان دارند. هم‌زمان، شکل‌گیری فضاهای اجتماعی فعال، بسترهای تعامل، فعالیت‌های گروهی، و امکان مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی، موجب تقویت سرمایه اجتماعی، کاهش احساس انزوا و افزایش احساس تعلق می‌شود و سلامت اجتماعی سالمندان را بهبود می‌دهد. در بُعد روانی نیز، نتایج حاصل از پرسشنامه نشان می‌دهد که ایجاد احساس امنیت، کنترل

بر محیط، خوداتکایی، ارزشمندی فردی و مشارکت فعال در زندگی روزمره، منجر به بهبود سلامت روانی، افزایش رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت تجربه زیستی سالمندان می شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی، از منطق «مراقبت منفعل» عبور کرده و به سمت «توانمندسازی فعال» حرکت می‌کند؛ رویکردی که سالمند را از یک دریافت‌کننده خدمات به یک کنشگر اجتماعی تبدیل می‌سازد. در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه های سرای سلامت مبتنی بر توان بخشی سالمندان، با ایجاد پیوند ساختاری میان طراحی معماری، خدمات حمایتی، فضاها ی اجتماعی و زیرساخت های سلامت محور، قادر است به صورت هم زمان سه بُعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان را ارتقا دهد و کیفیت زندگی آنان را به طور پایدار بهبود بخشد. از این رو، نتایج این پژوهش را می توان به عنوان الگوی کارآمدی در سیاست گذاری فضایی، برنامه ریزی خدمات سالمندی و طراحی مراکز سلامت محور سالمندان پیشنهاد نمود.

منابع

- احمدی، نازنین. محمدی فلاح، آرش. (۱۴۰۴)، تاثیر رویکرد معماری ارگانیک بر طراحی خانه سالمندان، مطالعات رفتار و محیط در معماری، دوره یکم، شماره ۲، صص ۱۰۳-۱۱۹.
- ابراهیمی، علیرضا. طاهر، محبوبه. نوحی، شهناز. (۱۴۰۲). رابطه سلامت روانی با سلامت جسمانی سالمندان مقیم سرای سالمندان: نقش میانجی احساس گناه و احساس تنهایی، روان‌شناسی پیری، دوره نهم، شماره ۱، صص ۱۹-۳۱.
- ابراهیمی، پری. (۱۴۰۱). طراحی کانون سالمندان شیراز با ارتقاء توانمندسازی جسم و ذهن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته هنر، گرایش معماری، موسسه آموزش عالی ارم شیراز.
- چراغی‌فر، فرناز. سلطان زاده، حسین. قدوسی فر، هادی. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط بین نقشه های شناختی در حضورپذیری و ادراک سالمندان از فضای معماری (نمونه موردی: آسایشگاه سالمندان کهریزک)، فصلنامه علمی- تخصصی معمار شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب.
- حلیمی، مینا. حلیمی، ماندانا. (۱۴۰۳). طراحی خانه سالمندان با رویکرد معماری اکلیتیک، تجلی هنر در معماری و شهرسازی، دوره دوم، شماره ۱، صص ۵۶-۷۳.
- خزایی، مصطفی، امانی، مجتبی. داورپناه، مسعود. (۱۳۹۷). تحلیلی بر شهر دوستدار سالمند در ایران، جغرافیا و روابط انسانی دوره اول، شماره ۳، صص ۸۷۶-۸۹۰.
- رحیمیان، بهاره. سرکرده ای، الهام. کرمی، اسلام. (۱۴۰۳). بررسی کیفیت سالمندپذیری در گونه‌های مختلف زیستی (مورد پژوهش: گونه‌های ویلایی، آپارتمانی و خانه سالمندان منطقه ۳ شاهرود)، فصلنامه علمی مرمت و معماری ایران، سال چهاردهم، شماره ۳۷، صص ۸۳-۱۰۱.
- رفیع‌زاده، ندا. (۱۳۸۰). مراکز خدماتی مراقبت روزانه، رهنمودهای طراحی معماری خانه سالمندان، گزارش حقیقاتی، شماره ۳۳۸، انتشارات وزارت مسکن و شهرسازی.
- صلحی، مهناز. ابوالقاسمی، جمیله. غلامی، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی رابطه جنبه‌های فردی توانمندسازی با سلامت عمومی درسالمندان مراجعه-کننده به سراهای محله شهر تهران از سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹، مجله سالمندی ایران، دوره هفدهم، شماره ۳، صص ۳۵۲-۳۶۵.
- صابری‌فر، رستم. (۱۴۰۲). ارزیابی نتایج عملی سیاستگذاری‌ها در حوزه شهرهای دوستدار سالمند در کلان‌شهرهای ایران، هویت شهر، سال هفدهم، شماره ۵۴، صص ۹۳-۱۰۶.
- ضابطیان، الهام. تقوایی، علی اکبر. (۱۳۸۸). شاخص‌های مناسب‌سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان با استفاده از رویکرد مشارکتی، مسکن و محیط روستا، دوره بیست و هشت، شماره ۱۲۸، صص ۶۰-۷۱.
- طاهری جعفری، حمید. (۱۳۹۹). طراحی داخلی مرکز توان بخشی سالمندان با رویکرد افزایش امید به زندگی در مجموعه درمانی زارع شهرستان ساری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد معماری داخلی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رامسر.
- عیسی‌لو، شهاب‌الدین. جمعه‌پور، محمود. خاکساری رفسنجانی، علی. (۱۳۹۹). نیازها و مشکلات سالمندان در فضای شهری موردشناسی: (خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم)، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۶، صص ۱-۳۹.

فرهید، مژگان. مسعودی اصل، ایروان. طبیبی، جمال الدین. کمالی، محمد. (۱۴۰۲). جایگاه توان بخشی در ایران: موانع و تسهیل کننده ها، مجله سالمند، دوره هجدهم، شماره ۲، صص ۲۱۸-۲۳۳.

کرمانشاهی، فاطمه. زارع بهرام آبادی، مهدی. حیدری، حسین. داوری، حسین. (۱۴۰۲). اثربخشی توانمندسازی روان-شناختی بر رضایت از زندگی و نگرش به سالمندی زنان سالمند شهر تهران، مجله علوم پزشکی اراک، دوره بیست و شش، شماره ۱، صص ۲۶۹-۲۶۱.

لعل یوسفی، الهام. طلایی، مریم. (۱۴۰۱). بررسی راهکارهای معماری درمانگر در طراحی مرکز توان بخشی، کنفرانس بین المللی معماری، مهندسی عمران، توسعه شهری، محیط زیست و افق های هنر اسلامی در بیانیه گام دوم انقلاب دانشگاه هنر اسلامی تبریز.

هاشم نژاد، هاشم. اسدی بوالوردی، سمیرا. (۱۳۸۸). بهره گیری از فضای اقامتی روزانه برای ارتقاء سطح کیفی زندگی سالمندان، آرمان شهر، شماره ۲، صص ۷۵-۹۰.

Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat S.(2022). [A systematic review of management of preventive healthcare for the elderly in the world (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*, 16(4):1-30.

Borooah VK. (2006). How much happiness is there in the world? A cross-country study. *Appl Econ Letters*, 13(8):483-8.

Berg, A. E. (2005). Health Impacts of Healing Environments, A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings, Groningen: University Medical Center Groningen.

Dorasol, I. S. Mohammad and A. Hakim, (2012). Post occupancy evaluation per-formance criteria and parameters for hospital building in Malaysia," in In 3rd International conference on business and economic research (3rd ICBER 2012) proceeding.

Greenberg, J. (2006). *Comprehensive Stress Management*. 12th Edition(December 3, 2010). McGraw-Hill Humanities,Social Sciences Publishing.

Hughes, A., Fakhimi, M. M., & Gustavson, A. M. (2025). Designing for dignity: Empowering life through synergistic and integrated design solutions for aging in place. Preprints.

Keykhosravi Beygzadeh Z, Rezaei A, Khalouei Y. (2015). [The Relationship Between Social Support and Life Satisfaction With Happiness Among Home-Dwelling Older Adults in Shiraz (Persian)]. *Salmand: Iran J Age ing*, 10(2):172-9.

Kinsella, K., & Phillips, D. (2005). *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Referenc

Martin, L. G., & Samuel, P. (1994). *Demography of aging*. Washington, D.C: National Academies Press.

Nedučin, D. M. Krklješ and N. Kurtović-Folić, (2010). Hospital outdoor spaces: Therapeutic benefits and design consideratio, *Architecture and Civil Engineering*, vol. 8, no. 3, pp. 293 - 305.

Nijhuis, J. v. (2017). *Healing environment and patients' well-being*, Wageningen University, Amersfoort.

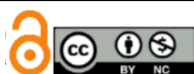
Pan L, Li L, Peng H, Fan L, Liao J, Wang M, Tan A, Zhang Y. (2022). Associa tion of depressive symptoms with marital status among the middle aged and elderly in Rural China-Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *J Affect Disord*, 303(1):52-7.

Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Nikkhah M, Bagheri A. (2016). The Persian version of Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): A validation study (Persian). *Payesh.*; 15(5):567-78.

Seijas, V., Maritz, R., Fernandes, P., Bernard, R. M., Lugo, L. H., Bickenbach, J., & Sabariego, C. (2024). Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing: A scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5

Selander K, Nikunlaakso R, Laitinen J.(2022). Association between work abil ity and work stressors: Cross-sectional survey of elderly services and health and social care service employees. *Arch Public Health*, 80(1):83.

- Samouei R, Keyvanara M. (2022). [Explaining the Challenges of the Iranian Health System in the Face of Future Aging: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*, 16(4):1-24
- Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. (2006). Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Med J*, 124(5):304-5.
- Sousa M, Cabral J, Benevides J, da Motta C, Carvalho CB, Peixoto E. (2019). Life satisfaction: Study of the predictors in a mixed Portuguese sample. *Psychol, Community & Health*, 8(1):14-26.
- Shenkin SD, Watson R, Laidlaw K, Starr JM, Deary IJ. (2014). The attitudes to ageing questionnaire: Mokken Scaling Analysis. *PloS one*, 9(6):e99100.
- Uwajeh P. C. I. S. Ezennia, (2019). Evaluating Staff Perceptions of Supportive Healing Environment in Healthcare Facilities," *Contemporary Urban Affairs*, pp. 13-25.
- Yue Z, Liang H, Gao X, Qin X, Li H, Xiang N, et al. (2022). The association between falls and anxiety among elderly Chinese individuals: the mediating roles of functional ability and social participation. *Sao Paulo Med J*, 301(1):300-6.
- Yu, Y.-W., & Juan, Y.-K. (2025). Impact of interior design factors on the physical, physiological, and mental health of older adults—A scoping review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, 956.
- Zanjari N, Sadeghi R. (2022). [Measuring of older adults' well-being in Iranian provinces using age watch index (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*, 16(4):1-23.



Copyright:© 2026 by the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.