

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Critical Analysis of Nursing Home Architecture in Tehran through the Lens of Residents' Experience

Authors: Saeed Haghnia^{1,*}

1. *School of Architecture and Planning, Faculty of Engineering and Design, University of Auckland, New Zealand.*

***Corresponding Author:** Saeed Haghnia, School of Architecture and Planning, Faculty of Engineering and Design, University of Auckland, New Zealand. Email: shga230@aucklanduni.ac.nz

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2025/09/02

Revised date: 2025/12/15

Accepted date: 2025/12/20

First Online Published: 2025/12/21

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Haghnia S. [Critical Analysis of Nursing Home Architecture in Tehran through the Lens of Residents' Experience (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: واکاوی معماری سراهای سالمندان در تهران با تمرکز بر تجربه زیستی ساکنین

نویسندگان: سعید حق نیا^۱*

۱. بخش معماری و برنامه ریزی شهری، دانشکده مهندسی و طراحی، دانشگاه اوکلند، نیوزیلند.

*نویسنده مسئول: سعید حق نیا، بخش معماری و برنامه ریزی شهری، دانشکده مهندسی و طراحی، دانشگاه اوکلند، نیوزیلند.

ایمیل: shga230@aucklanduni.ac.nz

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1404/06/11

تاریخ ویرایش: 1404/09/24

تاریخ پذیرش: 1404/09/29

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Haghnia S. [Critical Analysis of Nursing Home Architecture in Tehran through the Lens of Residents' Experience (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1>

Abstract

Objectives: Despite well-documented criticism of the medicalized model in nursing homes, this approach continues to dominate spatial organization and residents' lived experience in Iran. This study critically analyzes the spatial design of nursing homes in Tehran and examines its impact on the quality of life of semi-independent residents.

Materials and Methods: This qualitative comparative study was conducted in six nursing homes in Tehran. Data were collected through observation, architectural surveys, and semi-structured interviews with residents, caregivers, and managers. Data analysis was based on a framework comprising spatial characteristics of a desired residential care environment, drawn from successful international examples and the United Nations principles on older people's rights.

Findings: A total of 19 elderly individuals (mean age 75.16 years, SD=7.57; 63% female, 37% male) and 13 staff members were interviewed. Findings revealed that many existing spatial elements were designed not to support the human experience of the elderly but rather to facilitate medical control and care.

Conclusion: Current nursing home designs directly reflect a medicalized and control-oriented approach to elderly care. Without fundamental change to this paradigm, minor architectural modifications cannot adequately address the real needs of residents. A profound shift in care models is essential to enable architectural spaces to effectively support independence, quality of life, and the comprehensive needs of older adults.

Keywords: Aging; nursing homes; architecture; spatial design; care model

چکیده

اهداف: با وجود انتقادهای گسترده به مدل پزشکی محور در خانه‌های سالمندان، این الگو همچنان بر سازماندهی فضایی و تجربه‌ی زیستی ساکنان در ایران مسلط است. این پژوهش با هدف تحلیل انتقادی طراحی فضایی خانه‌های سالمندان در تهران و بررسی اثرات این الگو بر کیفیت زندگی سالمندانی انجام شده که هنوز از سطحی از استقلال برخوردارند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی تطبیقی در شش خانه سالمندان شهر تهران انجام شد. داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم، برداشت‌های معماری و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با سالمندان، مراقبان و مدیران گردآوری شده است. تحلیل داده‌ها بر پایه‌ی چارچوبی انجام شد که مجموعه‌ای از شاخص‌های فضایی مطلوب در محیط‌های سکونت-مراقبتی سالمندان را در بر می‌گیرد؛ این شاخص‌ها از نمونه‌های بین‌المللی موفق در طراحی فضاهای مراقبتی و اصول سازمان ملل متحد در زمینه حقوق سالمندی برگرفته شده‌اند و مواردی مانند انعطاف پذیری فضا، حریم خصوصی، مشارکت اجتماعی، و حس خانه‌مانندی را در بر می‌گیرند.

یافته‌ها: در مجموع، ۱۹ سالمند (میانگین سنی: ۷۵.۱۶ سال، انحراف معیار: ۷.۵۷؛ ۶۳٪ زن و ۳۷٪ مرد) و ۱۳ نفر از پرسنل مراکز مورد مصاحبه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان دادند که بسیاری از ویژگی‌های فضایی موجود نه بر اساس حمایت از تجربه‌ی انسانی سالمندان، بلکه در راستای تسهیل کنترل و مراقبت پزشکی شکل گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری: طراحی فعلی خانه‌های سالمندان بازتابی مستقیم از نگاه پزشکی محور و رویکرد کنترل محور به سالمندان است. تا زمانی که این رویکرد اساسی تغییر نکند، اصلاحات خردمقیاس در معماری نمی‌تواند به نیازهای واقعی سالمندان پاسخ دهد. تغییر بنیادین در الگوی مراقبتی ضروری است تا فضای معماری بتواند به‌طور مؤثر استقلال، کیفیت زندگی و نیازهای جامع سالمندان را پوشش دهد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی؛ سرای سالمندان؛ معماری؛ طراحی فضا؛ مدل مراقبت

جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است. بر اساس پیش بینی سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۵۰، ۸۰ درصد از کل جمعیت سالمندان جهان در کشورهای فقیر یا با درآمد متوسط زندگی خواهند کرد [1]. این روند، نظام‌های مراقبت از سالمندان را با چالشی اساسی مواجه ساخته و نیاز به بازنگری در شیوه‌های رایج مراقبت بلندمدت^۱ را بیش از پیش برجسته کرده است؛ به ویژه برای گروهی از سالمندانی که هنوز سطحی از استقلال عملکردی خود را حفظ کرده‌اند و الزاماً نیازمند مراقبت‌های تخصصی پزشکی یا اقامت در مراکز درمان‌محور نیستند. مدل خانه سالمندان که اساساً بر الگوی پزشکی-مراقبتی^۲ بنا شده [2,3]، به عنوان پاسخ غالب به نیازهای اقامتی و مراقبتی سالمندان در بسیاری از کشورها [4-6] از جمله ایران [7-11] با نقدهای جدی مواجه شده است. فارغ از میزان کیفیت طراحی معماری، این مدل که تمرکز اصلی آن بر حفظ سلامت و ایمنی سالمندان است، به ویژه برای سالمندانی که هنوز از درجه‌ای از استقلال و توانمندی برخوردارند، نمی‌تواند پاسخ مناسب و جامع ارائه دهد.

این رویکرد پزشکی-مراقبتی، علاوه بر عملکرد مراقبتی، در طراحی و ساختار فضایی خانه‌های سالمندان نیز منعکس شده است. فضای این مراکز عمدتاً بر نظارت، کنترل و مراقبت بالینی تمرکز دارد و توجه کافی به استقلال، اختیار فردی و حس تعلق فضایی سالمندان نمی‌کند [12-15]. بنابراین، حتی بهترین طراحی‌های معماری نیز نمی‌توانند محدودیت‌های ذاتی این مدل را کاملاً جبران کنند. به عبارت دیگر، ساختار فضایی خانه‌های سالمندان، بازتابی از مدل پزشکی-مراقبتی است که مانع شکل‌گیری محیطی توان‌بخش و ارتقا خودمختاری^۳ سالمندان مستقل‌تر می‌شود. با وجود انتقادات جهانی و ایرانی به مدل خانه سالمندان، این رویکرد همچنان در ایران به عنوان مدل غالب مراقبت اقامتی^۴ باقی مانده است. برخی مطالعات ایرانی نشان داده‌اند که خانه‌های سالمندان از لحاظ دسترسی به فضاهای باز [8]، کیفیت زندگی [9,10] و سلامت روانی ساکنان دارای نقص‌های جدی هستند [11]. اکثر پژوهش‌های معماری در ایران نیز همچنان در چارچوب همین مدل باقی مانده‌اند و کمتر به بازنگری بنیادین سراهای سالمندان پرداخته‌اند. این مطالعات بیشتر به بهبود ویژگی‌های محیطی در چهارچوب فعلی معماری سراهای پرداخته‌اند، نظیر تسهیل حرکت، افزایش حریم خصوصی و بهبود دسترسی [16-18]، و ارائه راهکارهای خردمقیاس^۵ برای ارتقای کیفیت محیط اقامتی [19-21]. با وجود مفید

¹ Long-term care

² Medical model

³ Autonomy

⁴ Residential care

⁵ Micro-scale design guidelines

بودن این مداخلات، باز هم مشکلات ساختاری و بنیادینی در طراحی فضایی خانه‌های سالمندان وجود دارد که ریشه در الگوی غالب مراقبتی دارند و به بازنگری در رویکرد معماری این مراکز نیازمند است.

این مقاله، بر پایه یافته‌های پژوهش دکتری نویسنده و با تمرکز بر خانه‌های سالمندان منتخب در تهران، به بررسی نواقص فضایی این مراکز از دیدگاه ساکنان می‌پردازد؛ و این پرسش محوری را مطرح می‌کند که: تا چه اندازه طراحی فضایی خانه‌های سالمندان فعلی در تهران که مبتنی بر رویکرد پزشکی-مراقبتی است، با نیازهای سالمندانی که هنوز از سطحی از استقلال برخوردارند، هم‌راستا و سازگار است؟

هدف پژوهش، ارزیابی انتقادی طراحی فضایی این مراکز از منظر شاخص‌هایی چون استقلال حرکتی، حریم خصوصی، احساس تعلق، دسترسی‌پذیری و پیوستگی اجتماعی است. همچنین تاکید می‌شود که برای پاسخ به نیازهای سالمندان مستقل‌تر، لازم است رویکرد غالب پزشکی-مراقبتی در طراحی فضاهای سکونتی-مراقبتی بازنگری شده و به سوی مدل‌هایی حرکت شود که با کاهش تمرکز بر مراقبت ۲۴ ساعته و افزایش حمایت از استقلال و توانمندسازی سالمندان، سازگاری بیشتری دارند.

روش مطالعه

طراحی

این پژوهش یک مطالعه کیفی تطبیقی است که با هدف بررسی کاستی‌های فضایی و تجربی شش خانه سالمندان در شهر تهران انجام شده است. تمرکز اصلی مطالعه بر تحلیل انتقادی طراحی فضایی این مراکز از منظر ساکنان سالمند، به ویژه آن دسته از سالمندانی است که هنوز از سطحی از استقلال برخوردارند و الزاماً به مراقبت‌های شبانه‌روزی نیاز ندارند. در این تحلیل، از فهرستی از ویژگی‌های محیطی مطلوب فضاهای سکونتی-مراقبتی برای سالمندان بهره گرفته شده (جدول ۱) که از مرور مدل‌های جایگزین مراقبت اقامتی در کشورهای مختلف و اصول سازمان ملل متحد برای سالمندان [22] استخراج شده‌اند. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از: تسهیل حرکت فیزیکی، بهبود دسترسی، انعطاف‌پذیری فضاهای داخلی، حمایت از مشارکت و احساس مفید بودن، تقویت حس خانه‌بودن، ارتقای خودمختاری، فراهم کردن فرصت‌های تعامل اجتماعی، و حفظ حریم خصوصی [23]. تحلیل طراحی فضایی خانه‌های سالمندان در این مطالعه، با هدف بررسی چگونگی بازتاب رویکرد پزشکی-مراقبتی در سازمان‌دهی فضا انجام شده و تلاش دارد نشان دهد که چگونه اولویت دادن به سلامت و ایمنی فیزیکی، می‌تواند به قیمت نادیده گرفتن مؤلفه‌هایی چون استقلال، اختیار و احساس تعلق تمام شود.

جدول ۱: ویژگی‌های مطلوب فضاهای سکونتی-مراقبتی سالمندان؛ ترجمه شده توسط مؤلف از [23].

ویژگی‌های مطلوب	نمونه/ها
تسهیل حرکت فیزیکی	- امکان پذیر ساختن حرکت آزاد ساکنان در فضای داخلی مرکز. - تسهیل انجام هرچه بیشتر فعالیت‌های روزمره عادی توسط ساکنان.
بهبود دسترسی	- طراحی ساختمان‌های یک طبقه. - فراهم‌سازی دسترسی آسان و بدون مانع در راستای افقی و عمودی برای همه ساکنان.
انعطاف پذیری فضاهای داخلی	- امکان آوردن مبلمان و وسایل شخصی توسط ساکنان. - قابلیت تغییر در چیدمان معماری (برای مثال، امکان تنظیم ارتفاع سینک).
کمک به حفظ مشارکت و احساس مفید بودن	- فراهم کردن زمینه مشارکت ساکنان در فعالیت‌های خلاقانه، مفید، و گاه درآمدزا. - فراهم کردن فرصت‌هایی برای به اشتراک گذاشتن دانش و تجربه ساکنان.
ایجاد محیطی شبیه خانه	- کاهش حضور فضاهای بالینی (مانند ایستگاه پرستاری) در محیط‌های زندگی.
ارتقای خودمختاری	- امکان انجام فعالیت‌های دلخواه روزمره توسط ساکنان (مانند خرید و آشپزی).
افزایش فرصت‌های تعامل اجتماعی	- ایجاد فضاهای جمعی برای تعامل ساکنان با یکدیگر. - طراحی خدماتی سازگار با بافت محله (مانند رستوران و فروشگاه) برای تسهیل ارتباط ساکنان با جامعه گسترده‌تر.
حفظ حریم خصوصی	- افزایش سطح کنترل ساکنان بر فعالیت‌های روزمره‌شان. - کاهش فعالیت‌های تحمیلی برای ساکنان (مثلاً اجبار به صرف غذا در فضای جمعی مشخص). - طراحی اتاق‌های خصوصی در صورت امکان و کاهش تعداد ساکنان در اتاق‌های مشترک.

گردآوری و تحلیل داده‌ها

داده‌ها به سه روش گردآوری شده‌اند:

(۱) مشاهده طبیعی^۶: پژوهشگر با حضور در فضاهای عمومی هر مرکز (از جمله اتاق‌های نشیمن، سالن‌های غذاخوری و حیاط‌های باز) به مشاهده و ثبت نحوه استفاده سالمندان از فضا و کیفیت تعاملات میان افراد

^۶ Naturalistic observation

پرداخته است. این حضور پژوهشگر در طول مشاهده به اطلاع افراد حاضر رسیده است. مشاهدات در دو روز متوالی، در ساعات ملاقات (۱۲ تا ۱۷)، و به مدت ۲ تا ۳ ساعت در هر مرکز انجام شده‌اند. به درخواست مدیران مراکز و برای حفظ حریم خصوصی ساکنان، مشاهده سالمندان صرفاً در فضاهای عمومی صورت گرفته است.

۲) مصاحبه‌های نیمه ساخت‌یافته^۷: در هر مرکز، مصاحبه‌های حضوری و نیمه ساخت‌یافته با سه گروه انجام شده است: الف) سالمندان ساکن که توسط مدیر مرکز و بر اساس نداشتن اختلال شناختی انتخاب شده‌اند، ب) مراقبین با تجربه، و ج) مدیران مراکز. هدف از این مصاحبه‌ها، دریافت تجربه زیسته سالمندان و نیز دیدگاه مراقبین و مدیران در مورد کاستی‌های فضایی، عملکردی و احساسی محیط بوده است. تمامی مصاحبه‌ها با ضبط صوت انجام شده و پس از پیاده‌سازی، داده‌ها مورد تحلیل کیفی قرار گرفته‌اند.

۳) برداشت میدانی پلان‌ها و مستندسازی تصویری: در تمامی مراکز، به دلیل عدم دسترسی به نقشه‌های رسمی، برداشت میدانی پلان‌ها توسط پژوهشگر انجام شده و به همراه ثبت تصویری فضاها، برای تحلیل ساختار فضایی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. تحلیل پلان‌ها بر اساس شاخص‌هایی نظیر سازمان فضایی، وضوح عملکردی، مرزبندی بخش‌های مختلف، دسترسی‌پذیری و خوانایی فضایی انجام گرفته است.

در تحلیل نهایی، تلاش شده است تا از رهگذر داده‌های گردآوری شده، ابعاد مختلف بازنمایی رویکرد پزشکی-مراقبتی در طراحی فضایی خانه‌های سالمندان شناسایی شده و میزان هم‌راستایی یا ناسازگاری این طراحی‌ها با ویژگی‌های مطلوب محیط سکونتی-مراقبتی سالمندان بررسی شود.

یافته‌ها

ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان

جدول ۲ ویژگی‌های افراد مصاحبه‌شده را نشان می‌دهد؛ به علاوه ۱۳ نفر از پرسنل، شامل مدیران و مراقبین، در مجموع ۱۹ سالمند در شش سرای سالمندان مطالعه شده، مصاحبه شدند. از این تعداد سالمندان، هفت نفر مرد (۳۷٪) و دوازده نفر زن (۶۳٪) بودند. سن سالمندان مصاحبه‌شده بین ۶۱ تا ۹۰ سال متغیر بود (میانگین = ۷۵.۶) و مدت اقامت آن‌ها نیز بین یک تا ۷۲ ماه بود (میانگین = ۲۶.۲).

⁷ Semi-structured interviews

جدول ۲: لیست افراد مصاحبه شده از خانه های سالمند مورد مطالعه

شماره اختصاص یافته به خانه سالمندان	نقش مصاحبه شونده	سن سالمند	جنسیت	مدت اقامت/اشتغال	کد اختصاص یافته
۱	ساکن ۱	۷۲	مذکر	۱-۲ سال	N1R1
۱	ساکن ۲	۸۲	مؤنث	۵ سال	N1R2
۱	ساکن ۳	۹۰	مؤنث	۹ ماه	N1R3
۱	مدیر مرکز	-	-	-	N1C
۱	مراقب ۱	-	مؤنث	۲ سال	N1CG1
۲	ساکن ۱	۶۲	مذکر	۱ ماه	N2R1
۲	ساکن ۲	۷۴	مؤنث	۴ ماه	N2R2
۲	مدیر مرکز	-	-	-	N2C
۲	مراقب ۱	-	مذکر	۱ سال و ۲ ماه	N2CG1
۳	ساکن ۱	۷۵	مؤنث	۶ ماه	N3R1
۳	ساکن ۲	۸۰	مذکر	۱ سال	N3R2
۳	ساکن ۳	۸۴	مذکر	۱ سال و ۶ ماه	N3R3
۳	مدیر مرکز	-	-	-	N3C
۳	مراقب ۱	-	مذکر	۵ سال	N3CG1
۴	ساکن ۱	۷۲	مؤنث	۴ سال	N4R1
۴	ساکن ۲	۷۳	مؤنث	۹ ماه	N4R2
۴	ساکن ۳	۷۰	مؤنث	۳ سال و ۶ ماه	N4R3
۴	مدیر مرکز	-	-	-	N4C
۴	مراقب ۱	-	مذکر	۶ سال	N4CG1
۵	ساکن ۱	۸۷	مؤنث	۴ سال	N5R1
۵	ساکن ۲	۷۴	مؤنث	۲ سال	N5R2
۵	ساکن ۳	۷۵	مذکر	۱ سال	N5R3
۵	مدیر مرکز	-	-	-	N5C
۵	مراقب ۱	-	مذکر	۱ سال	N5CG1
۵	مراقب ۲	-	مذکر	۱ سال	N5CG2
۶	ساکن ۱	۶۶	مذکر	۲ سال	N6R1
۶	ساکن ۲	۶۱	مذکر	۶ سال	N6R2
۶	ساکن ۳	۷۰	مؤنث	۱ سال	N6R3
۶	ساکن ۴	۸۱	مؤنث	۶ سال	N6R4
۶	ساکن ۵	۷۲	مؤنث	۱ ماه	N6R5
۶	مدیر روابط عمومی	-	-	-	N6C
۶	مراقب ۱	-	مذکر	۲ سال	N6CG1

تحلیل و نقد فضای معماری بر اساس ویژگی‌های مدل مطلوب مراقبت اقامتی

در این پژوهش، خانه‌های سالمندان مورد مطالعه بر اساس مجموعه‌ای از ویژگی‌های فضایی مطلوب ارزیابی شده‌اند که شامل موارد زیر هستند: تسهیل حرکت فیزیکی، بهبود دسترسی، انعطاف‌پذیری فضای داخلی، کمک به حفظ مشارکت و احساس مفید بودن، ایجاد محیطی شبیه به خانه، ارتقای خودمختاری، افزایش فرصت‌های تعامل اجتماعی، و حفظ حریم خصوصی ساکنان. یافته‌ها در ادامه با توجه به این شاخص‌ها تحلیل و ارائه شده‌اند.

تسهیل حرکت فیزیکی

یکی از نخستین مؤلفه‌های کلیدی در طراحی محیط مطلوب سکونت-مراقبتی برای سالمندان، امکان‌پذیر ساختن حرکت فیزیکی ایمن، مستقل و بدون وابستگی به دیگران در فضا است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که چنین امکانی در بسیاری از مراکز مورد مطالعه یا به‌طور کامل فراهم نشده، یا به شکل قابل توجهی با موانع فضایی و عملکردی مواجه است.

در مواردی که سطح ناتوانی حرکتی سالمندان به حدی است که استفاده مستقل از ویلچر یا واکر امکان‌پذیر نیست، وابستگی آن‌ها به مراقبین برای جابه‌جایی بسیار زیاد می‌شود. در مرکز شماره ۴، دو نفر از ساکنان ویلچری با وجود تمایل به حضور در حیاط، به دلیل ناتوانی در حرکت مستقل و بی‌پاسخ ماندن مکرر درخواست‌های‌شان از سوی مراقبین، عملاً از فضاهای باز محروم مانده‌اند. یکی از ساکنان این مرکز که ۹ ماه سابقه اقامت داشت، بیان کرد: "من فقط دو بار به حیاط رفتم؛ یک بار وقتی پسر آمد و کمک کرد روی ویلچر بنشینم، و بار دیگر وقتی دخترم به یکی از پرستارها گفت که کمک کنند" (N4R2). هر سه سالمند مصاحبه شده در این مرکز شکایت داشتند که مراقبین معمولاً به درخواست آن‌ها برای استفاده از ویلچر توجهی نشان نمی‌دهند. این در حالی است که میل عمومی ساکنان به حضور در فضای باز، در مصاحبه با سالمندان مراکز دیگر نیز تکرار شد (N3R2، N5R2، N5R3). با این حال، در جریان مشاهده‌های حدوداً سه ساعته در تمام مراکز، هیچ سالمند ویلچری در حیاط دیده نشد. در صورتی که فضا به تجهیزاتی مانند بالابر سقفی^۸ مجهز بود، سالمندان وابسته به ویلچر می‌توانستند با کمک کمتر مراقبین جابه‌جا شوند و دسترسی آسان‌تری به فضاهای باز داشته باشند.

^۸ Ceiling hoist

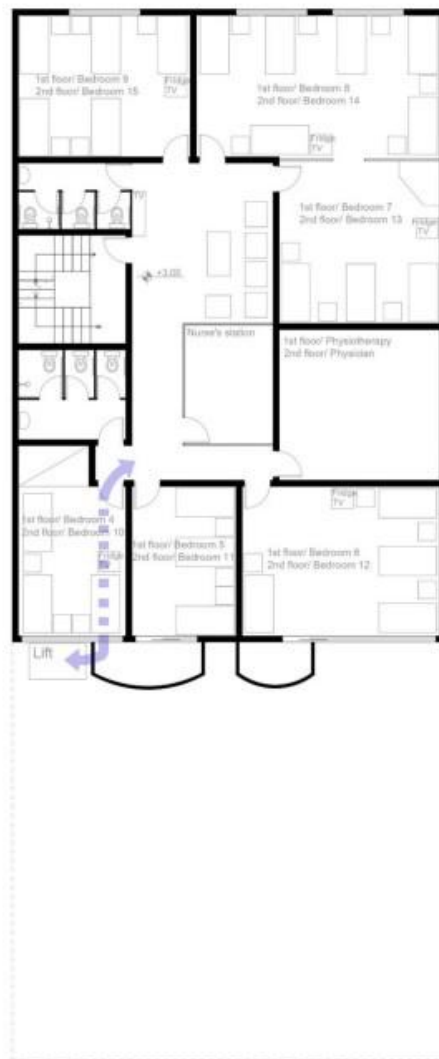
افزون بر کم توجهی عملکردی به نیازهای حرکتی ساکنان، موانع طراحی فضایی نیز نقش پررنگی در محدودیت‌های حرکتی ایفا می‌کنند. در مراکز شماره ۱، ۳ و ۴، مشکلات متعدد مرتبط با آسانسورها مشاهده شد که دسترسی سالمندان را دشوار ساخته بود. برای نمونه، در مرکز شماره ۱، فاصله‌ای حدود ۱۵ سانتی‌متر میان کف آسانسور و سطح طبقه وجود داشت که برای حرکت با واکر یا ویلچر، مانعی جدی محسوب می‌شد. دکه‌های کنترل آسانسور نیز در ارتفاعی نصب شده بودند که از دسترس سالمندان نشسته بر ویلچر خارج بود (تصویر ۱). همچنین در مراکز شماره ۱ و ۴، تنها مسیر دسترسی به آسانسور از میان اتاق‌های خصوصی ساکنان عبور می‌کرد، که علاوه بر نقض حریم خصوصی، در برخی موارد با مسدود شدن مسیر توسط تخت‌های داخل این اتاق‌ها همراه بود (تصاویر ۲ و ۳).



تصویر ۱: مشکل عملکردی آسانسور اضافه شده به فضای بیرونی ساختمان خانه سالمندان شماره ۱؛ نگارنده

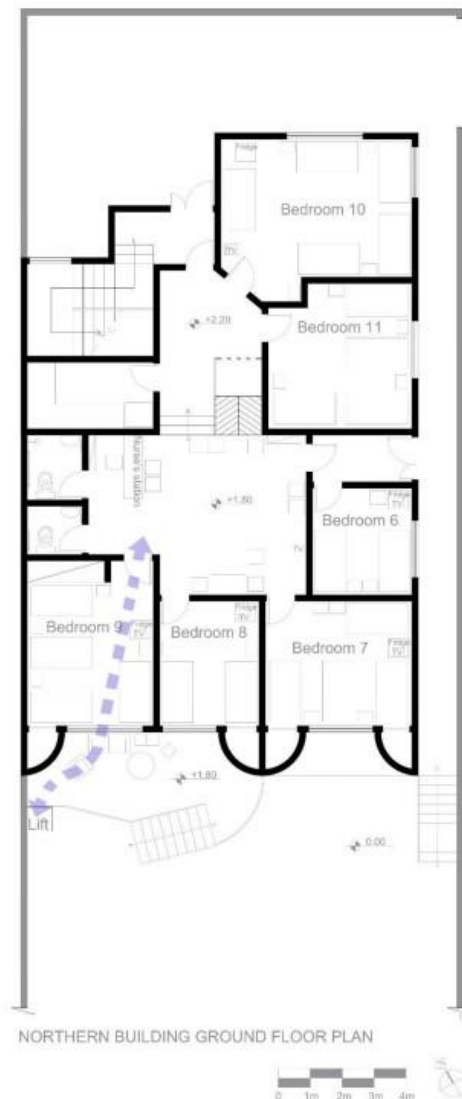


GROUND FLOOR PLAN



FIRST AND SECOND FLOOR PLANS

تصویر ۲: نقشه‌های طبقات خانه سالمندان شماره ۱. ساکنان برای دسترسی به آسانسور باید از داخل یک اتاق خواب خصوصی عبور کنند؛ نگارنده



تصویر ۳: نقشه طبقه ساختمان شمالی در خانه سالمندان شماره ۴. ساکنان برای دسترسی به آسانسور باید از داخل یک اتاق خواب خصوصی عبور کنند؛ نگارنده

در مرکز شماره ۲، بالابری به فضا اضافه شده، اما ماه‌ها از کار افتاده بود و همچنان تعمیر نشده بود. در واکنش به این مشکل، برخی از ساکنان مرد که قرار بود در طبقه اول اقامت داشته باشند به اتاق‌هایی در طبقه همکف منتقل شدند (N2CG1). هرچند فضاهایی نظیر سالن غذاخوری در طبقه اول و مطب پزشک در زیرزمین طراحی شده بودند (تصویر ۴)، اما به جای تعمیر سریع آسانسور، استفاده از فضاها به نحوی باز-ساماندهی شده بود تا نیاز به استفاده از آسانسور به حداقل برسد. به عنوان مثال، وعده‌های غذایی به جای سالن غذاخوری در

حیاط سرو می‌شدند. همچنین، سطح شیب داری که برای دسترسی به حیاط و جبران اختلاف ارتفاع یک متری پیش‌بینی شده بود، با شیبی حدود ۶۵ درصد (۳۳ درجه) ساخته شده بود و عملاً امکان استفاده ایمن از آن برای سالمندان وجود نداشت، مگر با کمک مستقیم مراقبین (تصویر ۵).



تصویر ۴: شیب سطح شیب‌دار در حیاط پشتی خانه سالمندان شماره ۲، آن را برای استفاده مستقل، نامناسب می‌سازد؛ نگارنده



تصویر ۵: شیب سطح شیب‌دار در حیاط پشتی خانه سالمندان شماره ۲، آن را برای استفاده مستقل، نامناسب می‌سازد؛ نگارنده

این نارسایی‌های طراحی معماری بازتابی آشکار از رویکرد غالب پزشکی‌محور در ساز و کار مراقبتی سراهای سالمندان است که تمرکز اصلی آن بر مدیریت نیازهای بالینی و درمانی است و در نتیجه، به نیازهای فراتری همچون ارتقاء استقلال حرکتی توجه کافی نشده است. چنین رویکردی منجر به طراحی محیطی ناکارآمد شده که توانمندسازی سالمندان را محدود و وابستگی آن‌ها به مراقبین را تشدید می‌کند.

بهبود دسترسی

دسترسی آسان و مستقل به فضاهای باز و نیمه‌باز مانند حیاط و بالکن، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در محیط‌های مراقبتی مطلوب برای سالمندان به شمار می‌آید. در بررسی سراهای سالمندان مورد مطالعه، مشخص شد که در بسیاری از موارد، محدودیت‌هایی ساختاری و عملکردی در این زمینه وجود دارد که استفاده مستقل سالمندان را با مشکلات جدی روبرو کرده است.

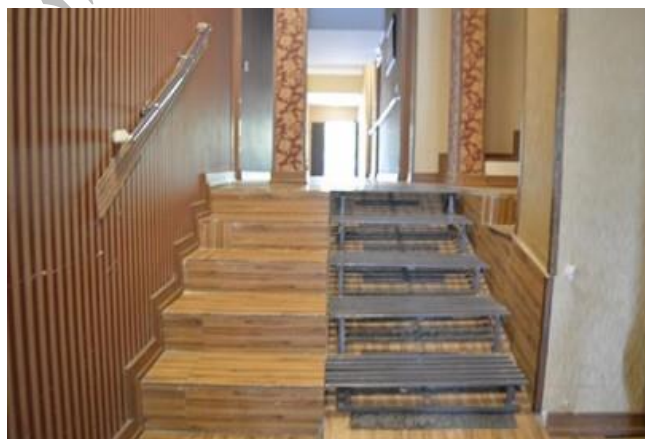
اگرچه برخی از ساکنان تمایل قابل توجهی به حضور در این فضاها داشتند و بالکن و حیاط را به عنوان بخش‌های مطلوب محل زندگی خود معرفی کردند (N4R2، N5R2، N5R3)، اما مشاهدات میدانی نشان داد که دسترسی عملی به این فضاها اغلب دشوار یا ناممکن است. برای نمونه، در مرکز شماره ۵، بالکنی با چشم‌انداز مطلوب به حیاط وجود داشت اما راهروی منتهی به آن در زمان بازدید، به عنوان انبار موقت مبلمان و تجهیزات به کار گرفته شده بود که عبور سالمندان را با محدودیت مواجه ساخت (تصویر ۶). در سرای شماره ۴ نیز، تنها

مسیر دسترسی به بالکن از درون یکی از اتاق‌های خصوصی می‌گذشت (تصویر ۳)؛ این امر ضمن نقض حریم خصوصی ساکنان اتاق مذکور، استفاده از بالکن را برای سایرین مشکل کرده بود.



تصویر ۶: راهروی دسترسی به بالکن در سرای سالمندان شماره ۵ به عنوان انبار مورد استفاده قرار گرفته است؛ نگارنده

در سرای شماره ۲، یکی از رمپ‌های داخلی به دلیل نصب یک پلکان فلزی، برای سالمندان وابسته به ویلچر غیرقابل استفاده شده بود (تصویر ۷). این وضعیت، دسترسی آزاد و مستقل این گروه از ساکنان به بخش‌هایی از مرکز را محدود کرده بود. در طول مشاهده‌های سه ساعته، ساکنان اتاق‌های ۱، ۲ و ۷ که دارای محدودیت‌های حرکتی بودند، مجبور بودند برای رسیدن به حیاط، از راهروی بیرونی غربی استفاده کنند؛ مسیری طولانی‌تر که فاقد امکانات ایمنی لازم بود و مناسب سالمندان با توان حرکتی محدود نبود (تصویر ۴).



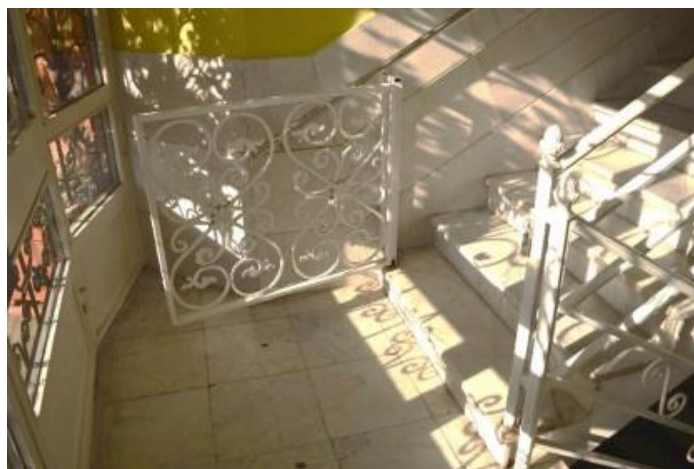
تصویر ۷: نرده‌ی فلزی اضافه شده بر روی رمپ داخلی در سرای سالمندان شماره ۲؛ نگارنده

علاوه بر این، مرکز شماره ۵ با چالش ساختاری خاصی مواجه بود: ورودی اصلی آن ۱.۶ متر پایین‌تر از سطح خیابان قرار داشت و دسترسی به لابی تنها از طریق پله ممکن بود (تصویر ۸) که این امر، به محدودیت اساسی برای ورود و خروج مستقل سالمند وابسته به ویلچر منجر می‌شود. همچنین، در زمان بازدید قرارگیری میز در مقابل نرده‌های پله، مانع استفاده ایمن سالمندان از نرده‌ها شده بود. علاوه بر این، دروازه‌ای با ارتفاع ۹۰ سانتی‌متر در راه‌پله منتهی به ورودی تعبیه شده بود که معمولاً پس از ساعات ملاقات قفل می‌شد و تا صبح باز نمی‌گشت (تصویر ۹). اگرچه این اقدام با هدف جلوگیری از خروج سالمندان دارای اختلال شناختی اتخاذ شده بود، اما در عمل، دسترسی ساکنان طبقات بالا به حیاط را در ساعات عصر محدود می‌کرد.

محدودیت‌های ساختاری و موانع فضایی متعدد در سراهای سالمندان نشان‌دهنده کم‌توجهی به فراهم کردن دسترسی آسان، مستقل و ایمن به فضاهای باز و نیمه‌باز است. این نارسایی‌ها، با کاهش امکان استفاده سالمندان از این فضاها، کیفیت زیست محیطی و روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و حس انزوا و محدودیت را تشدید می‌کند. در نتیجه، طراحی ناکارآمد این محیط‌ها، استقلال حرکتی و مشارکت فعال سالمندان در زندگی روزمره را محدود ساخته است.



تصویر ۸: نمایی از لابی به سمت ورودی سرای سالمندان شماره ۵؛ نگارنده



تصویر ۹: دروازه‌ای به ارتفاع ۹۰ سانتی‌متر که به پله‌های منتهی به طبقات بالای سرای سالمندان شماره ۵ افزوده شده است؛ نگارنده

انعطاف‌پذیری فضای داخلی

در بررسی‌های میدانی انجام شده، یکی از نقاط ضعف آشکار در سراهای سالمندان مورد مطالعه، فقدان انعطاف‌پذیری در فضاهای داخلی قابل استفاده برای ساکنان بود. منظور از انعطاف‌پذیری، توانایی تغییر چیدمان فضا و مبلمان به منظور تطبیق با نیازها و ترجیحات متنوع ساکنان است. با این حال، شواهد میدانی نشان می‌دهد که در اتاق‌های اختصاص داده شده به سالمندان و همچنین فضاهای اطراف آن‌ها، امکان تغییر و تنظیم فضا به شکل قابل توجهی محدود است.

برای مثال، در سرای سالمندان شماره ۴، چیدمان ثابت و محدود اتاق‌ها به گونه‌ای است که حتی برای نگهداری وسایل شخصی ساده مانند عروسک یا عکس‌های خانوادگی نیز فضای کافی وجود ندارد. تصویر شماره ۱۰ نمایی از یکی از این اتاق‌ها را نشان می‌دهد که فقدان فضای مناسب و انعطاف‌پذیری در چیدمان به وضوح قابل مشاهده است. در بیشتر موارد، سالمندان امکان تغییر موقعیت تخت، میز یا صندلی‌های خود را ندارند و فضاها صرفاً برای تأمین نیازهای پایه و عملکردی طراحی شده‌اند، بدون توجه به تطبیق آن‌ها با سلیقه یا سبک زندگی فردی ساکنان. علاوه بر این، فقدان فضاهای نیمه خصوصی یا چند منظوره مجاور اتاق‌های خواب، وضعیت را پیچیده‌تر کرده است؛ به طوری که سالمندان در اتاق‌هایی با کارکرد کاملاً مشخص و غیرقابل تغییر محدود می‌شوند و فرصت انتخاب یا تغییر محیط زندگی خود را از دست می‌دهند.



تصویر ۱۰: نمونه‌ای از نحوه نگهداری وسایل شخصی توسط ساکنان در سرای سالمندان شماره ۴؛ نگارنده

کمک به حفظ مشارکت و احساس مفید بودن

یکی از احساسات مشترک میان بسیاری از ساکنان سراهای سالمندی مورد مطالعه، از دست رفتن حس مفید بودن و ناتوانی در مشارکت فعال در امور معنادار بود. این احساس نه تنها منجر به افت انگیزه و تجربه ناامیدی می‌شود، بلکه شکاف عاطفی میان فرد و محیط اطراف را نیز عمیق‌تر می‌کند. مصاحبه‌های انجام شده با برخی از ساکنان، به ویژه آن‌هایی که پیشینه حرفه‌ای یا تحصیلی مشخصی دارند، این مسئله را با وضوح بیشتری نمایان می‌سازد.

برای مثال، یکی از ساکنان مرد در سرای سالمندان شماره ۳ که پیش‌تر مهندس عمران بوده، در مصاحبه‌ای طولانی (حدوداً ۴۵ دقیقه‌ای) درباره تجربیات حرفه‌ای خود، انواع خاک و مقاومت فشاری آن‌ها صحبت کرد. هیجان و انرژی او هنگام یادآوری خاطرات شغلی‌اش مشهود بود، اما هم‌زمان، ناراحتی‌اش از ناتوانی در به‌کارگیری دانش و تجربه‌اش در محیط فعلی نیز به وضوح احساس می‌شد. او با صراحت گفت که در سرای سالمندان "هیچ کاری از دستم برنمی‌آید" و این امر احساس بی‌فایده‌گی را در او تشدید کرده است (N3R2). در نمونه‌ای دیگر، یکی از ساکنان زن در سرای سالمندان شماره ۵ که پیش‌تر معلم بوده، با اشتیاق فراوان درباره تاریخ و جغرافیا صحبت کرد. او پس از پایان صحبت‌هایش، ضمن تشکر از اینکه کسی به حرف‌هایش گوش داده، با لحنی غم‌آلود گفت که دانشی که سال‌ها اندوخته، "در این محیط دیگر به کار نمی‌آید" (N5R1).

از منظر معماری، بررسی میدانی مراکز مورد مطالعه نشان داد که تقریباً هیچ فضای مشخصی برای فعالیت‌های معنادار، مشارکتی یا خلاقانه در نظر گرفته نشده است. فضاهایی که بتوانند بستری برای به اشتراک گذاشتن دانش و تجربه ساکنان با یکدیگر یا حتی با جامعه بیرونی فراهم کنند، نظیر اتاق‌های چندمنظوره، کارگاه‌های کوچک، یا فضاهای اجتماعی نیمه‌باز در سراها یا وجود ندارند، یا به شکل ناکارآمد و غیرقابل دسترسی طراحی شده‌اند. با اینکه صرف وجود چنین فضاهایی الزاما به معنی افزایش مشارکت سالمندان در فعالیت‌های روزمره یا معنادار نیست، اما نبود این فضاها نه تنها مانع بهره‌گیری از ظرفیت‌های فردی سالمندان می‌شود، بلکه نشان دهنده ضعف ساختاری معماری این سراها در پاسخ به نیازهای روانی و اجتماعی ساکنان است. در محیط‌هایی که به طور پیش فرض بر پایه نظارت و مراقبت طراحی شده‌اند، کمتر به امکان‌های بالفعل سالمندان برای مشارکت فعال و احساس مفید بودن توجه شده و همین غفلت معماری، به تدریج زمینه ساز فرسایش حس هویت و ارزشمندی آن‌ها می‌شود.

ایجاد محیطی شبیه به خانه

یکی از دغدغه‌های مهم در سراهای سالمندی مورد بررسی، فقدان حس خانه‌مانند در فضاهای اقامتی بود؛ احساسی که می‌تواند نقشی کلیدی در تأمین امنیت روانی، آسایش عاطفی و پیوند ساکنان با محیط ایفا کند. این نگرانی نه تنها از سوی سالمندان، بلکه از سوی خانواده‌ها نیز مطرح شده و در تصمیم‌گیری آن‌ها برای سپردن مراقبت سالمند به این مراکز تأثیرگذار بوده است. به گفته مدیر سرای سالمندان شماره ۲، نگاه عمومی خانواده‌ها به این مراکز اغلب منفی است. او اشاره کرد که حتی عنوان "خانه سالمندان" که بر تابلوی سردر مرکز درج شده، در ذهن بسیاری از مراجعه‌کنندگان تداعی‌های ناخوشایند ایجاد می‌کند و می‌تواند مانعی برای اعتماد آن‌ها به مجموعه باشد (N2C).

از منظر معمارانه، یکی از عوامل اصلی در ناتوانی این فضاها برای القای حس خانه، نبود کیفیت فضایی مناسب و طراحی داخلی متناسب با زیست انسانی روزمره است. ساختار بسیاری از این سراها، به‌ویژه در فضاهای خصوصی مانند اتاق‌ها و حمام‌ها، بیشتر به نهادهای موسسه‌ای^۹ شباهت دارد تا محیطی گرم، شخصی‌سازی شده و آشنا. یکی از مراقبین در سرای شماره ۶، در توصیف فضای ساختمان، حمام‌ها را با "غسال‌خانه" مقایسه کرد (تصویر ۱۱) که این توصیف، گویای میزان دوری فضا از زیست طبیعی و حیات‌بخش روزمره است (N6CG1).

^۹ Institutional



تصویر ۱۱: حمام‌های سرای سالمندان شماره ۶؛ نگارنده

نبود نور طبیعی، غیبت دید به فضای بیرون، و بسته بودن کامل اتاق‌های خواب نیز از دیگر عواملی است که از منظر طراحی، حس خانه‌مانند بودن را تضعیف می‌کند. در سرای شماره ۱، اتاق‌های ۷ و ۱۳ تنها با یک دیوار شیشه‌ای از فضای مجاور جدا شده‌اند؛ اگرچه این دیوار امکان عبور نور را فراهم می‌کند، اما به دلیل نبود دید بصری به فضای باز، نمی‌تواند جایگزینی برای ارتباط با دنیای بیرون باشد (تصویر ۲). در سرای شماره ۳ نیز وضعیت حتی وخیم‌تر است. اتاق شماره ۱ تنها از طریق اتاق مدیریت نور می‌گیرد و اتاق‌های ۲، ۳، ۵ و ۷ کاملاً بدون پنجره‌اند. نبود پنجره نه تنها از نظر فیزیکی مشکل ساز است، بلکه به شکل نمادینی نیز بر قطع ارتباط ساکنان با جهان بیرون و فقدان حس تعلق دلالت دارد.

در هیچ یک از مراکز مورد بررسی، فضاهایی برای شخصی‌سازی، نمایش خاطرات، یا خلق محیط‌های آشنا و خاطره‌انگیز (نظیر گوشه‌هایی برای قاب عکس‌ها، وسایل شخصی، یا یادگاری‌های زندگی پیشین) تعبیه نشده بود. این در حالی است که از دیدگاه معماری، عناصر خانه‌مانند نه فقط در عملکرد، بلکه در جزییات طراحی، کیفیت نور، امکان تغییر در محیط و پیوستگی با طبیعت معنا می‌یابد. غیبت این عناصر در سراهای سالمندی مورد مطالعه، منجر به خلق فضایی شده است که به جای ارتقاء کیفیت زیستی ساکنان، اغلب تجربه‌ای از انزوا، بی‌هویتی و جدایی از زندگی گذشته را بازتولید می‌کند.



تصویر ۱۲: نقشه‌های طبقات سرای سالمندان شماره ۳. بعضی از اتاق‌های خواب فاقد نور طبیعی هستند؛ نگارنده

ارتقای خودمختاری

از دست رفتن خودمختاری یکی از چالش‌های بنیادی در مدل مراقبت پزشکی محور حاکم بر بسیاری از سراهای سالمندی است. این مدل، به دلیل تمرکز شدید بر ایمنی بالینی و ساختارهای مدیریتی کنترل شده، اغلب استقلال فردی سالمندان در تصمیم‌گیری‌های روزمره، انتخاب شیوه‌ی زیست، رفت‌وآمد در فضا و نحوه‌ی تعامل اجتماعی را به طور قابل توجهی محدود می‌سازد. مشاهدات میدانی در سراهای مورد بررسی نیز نشان داد که این محدودیت‌ها نه تنها در سطح عملکرد پرسنل، بلکه در ساختار فیزیکی و کیفیت معماری فضا نیز به طرز محسوسی بازتاب یافته است.

یکی از نشانه‌های روشن این وضعیت، نحوه‌ی توصیف ساکنان از جایگاه خود در این مراکز است. بسیاری از سالمندان، خود را نه به‌عنوان "ساکن" یا "صاحب حق اقامت"، بلکه به‌عنوان "مهمان" معرفی می‌کردند؛ اصطلاحی که به‌طور مکرر در مصاحبه‌ها تکرار شد (N1R2، N2R2، N3R1، N3R3، N4R2، N6R4، N6R1). این نوع زبان، که می‌تواند بازتابی از درونی‌سازی ساختارهای غیر قابل تغییر مرکز باشد، به وضوح بر حس بی‌اختیاری و موقتی بودن در فضا دلالت دارد. برای مثال، ساکنی در سرای شماره ۲ گفت: "اینجا جای خوبیه، ولی خدماتش برای بیماره. من اینجا مهمانم" (N2R2). زن ۸۲ ساله‌ای در سرای شماره ۱ بیان کرد: "من مهمانم، نمی‌خوام با تماشای تلویزیون مزاحم بقیه مهمان‌ها بشم... نمی‌خوام پرستارها رو اذیت کنم که منو ببرن به حیاط" (N1R2). در سرای شماره ۳، ساکنی در پاسخ به اینکه آیا از کتاب‌های قفسه‌ی پشت تخت استفاده کرده، گفت: "اینا مال خودشونه [مدیریت]. من مهمونم اینجا" (N3R1). در سرای شماره ۶، ساکنی که نزدیک به شش سال در مرکز زندگی کرده، همچنان گفت: "من مهمونم، قراره برگردم خونه پیش پسر" (N6R4). ساکن دیگری نیز ابراز امیدواری کرد که بتواند به خانه برگردد، چرا که عنوان کرد: "اینجا جای بیماره، نه من" (N6R1).

از منظر معماری، این حس موقتی بودن و بی‌اختیاری، تا حد زیادی ناشی از ساختاری است که امکان تصاحب فضا را از ساکن می‌گیرد. اتاق‌ها اغلب فاقد قابلیت شخصی‌سازی هستند؛ مبلمان، چیدمان و طراحی داخلی به شکلی از پیش تعیین شده تثبیت شده‌اند و فرصت اندکی برای تغییر یا اعمال اختیار فردی باقی می‌گذارند. فقدان فضاهایی برای انتخاب نوع فعالیت، غیبت مکان‌هایی برای خلوت یا تعامل ارادی، و محدودیت دسترسی به فضاهای باز و نیمه باز، همه عواملی‌اند که از نظر طراحی، خودمختاری را به شکل ساختاری تضعیف می‌کنند.

تکرار واژه‌ی "مهمان" در توصیف خود توسط ساکنان، به ویژه در زمینه‌ی فعالیت‌های روزمره، می‌تواند نشانه‌ی دو وضعیت باشد: یا سالمندان به دلیل موانع فیزیکی و سازمانی امکان پیگیری خواسته‌های خود را ندارند، یا به مرور، نیاز به خودمختاری را در خود سرکوب کرده‌اند. در هر دو حالت، آنچه معماری می‌تواند فراهم کند، یعنی فضاهایی با امکان انتخاب، دسترسی مستقل، و قابلیت تصاحب و شخصی‌سازی، در اکثر موارد غایب است. در نتیجه، تجربه زیستن در این سراها، نه به‌عنوان زیست در خانه، بلکه به مثابه اقامت موقتی در یک نهاد کنترل‌شده بازتولید می‌شود.

یکی از الگوهای تکرارشونده در سراهای مورد بررسی، سطح پایین تعامل اجتماعی میان ساکنان بود. در مشاهدات میدانی، حتی در بازه‌های زمانی هم زمان با ساعات ملاقات، حضور ساکنان در فضاهای عمومی محدود و اغلب منفعلانه بود. نیمکت‌های حیاط و مبلمان سالن‌های عمومی، که به نظر می‌رسد با هدف ایجاد امکان تعامل طراحی شده‌اند، در بسیاری از موارد بلااستفاده باقی مانده بودند. در اغلب موارد، ساکنان در اتاق‌های خواب یا در نزدیکی تخت‌های خود دیده می‌شدند، بدون آن که مشارکت فعالی در فضاهای جمعی داشته باشند. در برخی مراکز، نحوه چیدمان مبلمان در سالن‌های عمومی، عمدتاً رو به تلویزیون و در ردیف‌های مستقیم بود؛ چیدمانی که امکان مواجهه چهره به چهره یا گفت و گوی دوطرفه میان ساکنان را محدود می‌کرد. همچنین، در فضاهای باز مانند حیاط، نبود عناصری مانند سایه بان، دسترسی مناسب، یا مبلمان قابل استفاده برای سالمندان مشاهده شد.

یکی از ساکنان سرای سالمندان شماره ۱ در پاسخ به پرسش درباره روابط اجتماعی گفت: "ما اینجا برای گرفتن خدمات هستیم. تا حالا با کسی دوست نشدم" (N1R1). در همین مرکز، مراقبی نیز عنوان کرد: "بیشتر ساکنان ملاقات کننده‌ی دائمی ندارند. وقتی هم کسی برای دیدار می‌آید، معمولاً فقط در لابی کنار سالمند می‌نشیند و با بقیه تلویزیون تماشا می‌کنند" (N1CG1).

در بازدید از سراهای، فضاهایی با مقیاس میانی یا چیدمان انعطاف پذیر که امکان شکل‌گیری روابط غیررسمی، گفت و گوهای کوتاه یا فعالیتهای گروهی محدود را فراهم کنند، به طور محسوسی مشاهده نشد. همچنین، در بیشتر مراکز مورد مطالعه، نشانه‌ای از استفاده جمعی از فضاهای عمومی توسط چند نفر از ساکنان، یا مشارکت آن‌ها در فعالیتی مشترک در حین حضور پژوهشگر دیده نشد.

حفظ حریم خصوصی ساکنان

در مشاهدات میدانی و مصاحبه‌های انجام شده، حفظ حریم خصوصی یکی از مؤلفه‌هایی بود که در بسیاری از سراهای سالمندی مورد مطالعه، کمتر مورد توجه قرار گرفته بود. داده‌های گردآوری شده نشان می‌دهد که ترکیبی از عواملی چون ساختار فضایی نامناسب، عدم تفکیک کافی میان گروه‌های ساکن، و نبود امکانات پایه برای خلوت شخصی، بر تجربه‌ی زیسته‌ی ساکنان در این زمینه تأثیر گذاشته است.

در سرای سالمندان شماره ۳، یکی از ساکنان گزارش کرد که در اثر ورود غیرمنتظره و درگیری با یکی از ساکنان مبتلا به اختلالات شناختی، دچار آسیب جسمی شده است: "افراد مبتلا به آلزایمر در همان طبقه‌ای

زندگی می‌کنند که من هستم. یک روز یکی از آن‌ها به من سیلی زد و شنوایی گوش چپم را از دست دادم" (N3R3). این روایت توسط هم اتاقی فرد نیز تأیید شد. در بازدید از این سرا، عدم تفکیک فیزیکی مناسب میان گروه‌های ساکن با شرایط روانی متفاوت و همچنین محدودیت نظارت مداوم پرسنل قابل مشاهده بود؛ مسائلی که امکان تداخل ناخواسته در فضاهای شخصی را افزایش می‌دهد. در سرای شماره ۴ نیز یکی از ساکنان، که نسبت به دیگر ساکنان تحرک بالاتری داشت، آزادانه میان اتاق‌ها رفت‌وآمد می‌کرد و در چند نوبت وارد فضای اتاق سایر ساکنان شد. دو نفر از زنان ساکن در این مرکز در مصاحبه‌های جداگانه، این موضوع را عامل ناراحتی و اخلال در خلوت خود دانستند. از نظر کیفیت کالبدی، در همین سرای شماره ۴ که مختص زنان است، کمبودهایی در امکانات پایه نیز مشاهده شد. برای نمونه، توالت‌ها حمام‌ها فاقد در بودند (تصویر ۱۳)؛ مسئله‌ای که مستقیماً امکان حفظ حریم شخصی را محدود کرده بود. در برخی اتاق‌ها نیز به دلیل محدود بودن مساحت و نحوه چیدمان تخت‌ها، امکان تعریف فضای شخصی برای هر فرد به حداقل رسیده بود.

این موارد حاکی از آن است که در بسیاری از سراهای مورد بررسی، شرایط فیزیکی و عملکردی لازم برای حمایت از حریم خصوصی ساکنان، به ویژه در سطح اتاق‌های خواب، سرویس‌های بهداشتی و فضاهای عمومی نیمه‌خصوصی، به طور کامل فراهم نشده است.



تصویر ۱۳: توالت‌های بدون در با هدف افزایش ایمنی در سرای سالمندان شماره ۴؛ نگارنده

بحث

یافته‌های میدانی این پژوهش از شش سرای سالمندی در تهران، تصویری روشن از تأثیر الگوی مراقبتی حاکم بر تجربه زیسته سالمندان ارائه می‌دهد. برخلاف تعدادی از مطالعات که کیفیت پایین زندگی در سراهای سالمندی را به فقدان زیرساخت‌های فیزیکی یا ضعف در طراحی فضاها نسبت داده‌اند [9,10]، نتایج این تحقیق نشان

می‌دهد که مسئله ریشه‌ای تر از آن است که با راهکارهای خردمقیاس طراحی حل شود. معماری این فضاها بازتابی است از یک مدل مراقبتی پزشکی محور که سالمند را همچون بیمار، موضوع مراقبت، و نه سوژه‌ای فعال در فضا در نظر می‌گیرد.

در دو دهه گذشته، بخشی از ادبیات پژوهشی که به ابعاد فضایی و محیطی سراهای سالمندی اختصاص داشته، به درستی بر کاستی‌های معماری این مراکز تأکید کرده است، مانند احساس انزوا [7]، کاهش کیفیت زندگی [9]، و افزایش اضطراب مرگ [11]. با این حال، اغلب این مطالعات به نقد ساختاری مدل مراقبتی غالب نپرداخته‌اند. همچنین، راهکارهای پیشنهادی اغلب در قالب توصیه‌های طراحی خردمقیاس بوده‌اند؛ شامل نور طبیعی بیشتر، رنگ‌های متنوع، یا دسترسی بهتر به فضای باز [20,21]. با وجود این، همان‌گونه که این مطالعه نشان می‌دهد، هیچ یک از این پیشنهادها در غیاب بازنگری بنیادین در رویکرد مراقبتی، ظرفیت ایجاد تحولی پایدار را ندارند. در بخش‌هایی از ادبیات پژوهشی ایران نیز تلاش‌هایی برای جایگزینی مدل فعلی صورت گرفته، اما این تلاش‌ها عمدتاً با تکیه بر نسخه برداری از مدل‌های موجود در کشورهای توسعه یافته پیش رفته‌اند. برای مثال، پیشنهاد اجرای مدل "مراکز بازنشستگی با مراقبت پیوسته" آمریکایی¹⁰ یا الگویی از دهکده‌های بازنشستگی بدون توجه کافی به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ایران، از جمله این نمونه‌هاست [24]. این دسته از مطالعات، هرچند نیت تغییر دارند، اما اغلب به جای تولید دانش بومی، به انتقال الگوهایی می‌پردازند که در زمینه‌ی اجتماعی ایران یا ناکارآمد خواهند بود یا امکان تحقق‌پذیری محدودی دارند. برخی پژوهشگران نیز صراحتاً نسبت به این رویکرد انتقاد کرده‌اند و بر لزوم تدوین مدل مراقبتی مبتنی بر بسترهای خاص ایران تأکید داشته‌اند [25].

علاوه بر پژوهش‌های داخلی، ادبیات بین‌المللی نیز از زوایای مختلف بر ناکارآمدی الگوی سنتی مراقبت موسسه‌ای تأکید دارد. برای مثال، مطالعاتی عدم انعطاف‌پذیری فضایی، فقدان شخصی سازی و کمبود مناطق نیمه خصوصی را از موانع اصلی تجربه مثبت در فضاهای مراقبتی برشمرده‌اند [26,27]. این تحلیل‌ها با یافته‌های این پژوهش هم‌راستا هستند: طراحی راهروهای صرفاً کاربردی، چیدمان‌های غیرقابل تنظیم اتاق‌ها، و نبود فضاهایی برای تعامل داوطلبانه نشان می‌دهند که معماری این فضاها با الگوی زندگی انسانی فاصله زیادی دارد.

از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها به اهمیت "احساس تعلق به مکان" و "حس خانه‌مانندی" اشاره کرده‌اند، اما عملاً راه‌حل‌هایی در چارچوب همان مدل نهادی ارائه داده‌اند [16,17]؛ راه حل‌هایی که با افزودن گیاه یا رنگ گرم می‌کوشند خانه‌ی سالمندان را دلپذیرتر کنند، بدون آن‌که به منطق بنیادی فضا که مبتنی بر انضباط و

¹⁰ Continuing Care Retirement Communities (CCRC)

نظارت پزشکی است، خدشه وارد شود. این در حالیست که بسیاری از ساکنان این سراها، طبق یافته‌های همین پژوهش، افرادی هستند با سطحی از توانمندی که به آن‌ها امکان تصمیم‌گیری، مشارکت و تجربه‌ی فردی را می‌دهد. اما مدل غالب، نه تنها این قابلیت‌ها را تشخیص نمی‌دهد، بلکه معماری فضا را نیز در راستای انکار آنها سامان می‌دهد. بنابراین، مسئله اصلی آن چنان که در شماری از مطالعات نیز مطرح شده [12,28]، فقط نبود امکانات نیست، بلکه ساختاری است که در آن، فضا به ابزار نظارت و انفعال بدل شده است.

به این ترتیب، می‌توان گفت که گره اصلی نه در کیفیت مصالح، ابعاد اتاق‌ها، یا نبود فضای سبز، بلکه در جایگاه سالمند در منطق طراحی است. فضای سرای سالمندان در این مدل، برای مدیریت ریسک طراحی شده، نه برای پرورش زندگی. و از آنجایی که معماری از دل این مدل زاده شده، هر تلاشی برای اصلاح آن بدون بازنگری مدل مراقبتی، تنها تلطیف سطحی واقعیتی خشن خواهد بود.

نتیجه‌گیری

این مقاله با تکیه بر تحلیل کیفی شش سرای سالمندی در تهران، نشان داد که کیفیت پایین تجربه‌ی زیستن سالمندان نه صرفاً پیامد ضعف‌های فیزیکی یا طراحی خردمقیاس، بلکه نتیجه‌ی مستقیم پیروی از یک الگوی مراقبتی پزشکی‌محور است که معماری این مراکز را نیز تحت تأثیر قرار داده است. مدل غالب، با تمرکز بر ایمنی، کنترل، و مدیریت عملیاتی، فضاهایی تولید کرده است که بیش از آنکه بستر زیستن باشند، محیط‌هایی برای مراقبت بالینی و انضباطی‌اند. شواهد میدانی حاکی از آن است که حتی در مواردی که طراحی فیزیکی تلاش داشته پاسخ‌گوی نیازهای انسانی باشد، برای مثال چیدمان مبلمان در فضاهای عمومی یا تأمین نور طبیعی، فقدان یک مدل مراقبتی مشارکتی و غیربالینی سبب شده این فضاها به ندرت مورد استفاده معنادار قرار گیرند. بنابراین، تمرکز صرف بر اصلاحات معماری بدون بازتعریف جایگاه سالمند در فلسفه مراقبت، تنها می‌تواند به بهبودهای موقتی و سطحی منجر شود.

مطالعات پیشین عمدتاً بر آسیب‌شناسی فضاهای مراقبتی و ارائه توصیه‌های طراحی خردمقیاس متمرکز بوده‌اند، در حالی که نتایج این پژوهش بیانگر آن است که بازنگری در ماهیت مدل مراقبتی باید در اولویت قرار گیرد. معماری تنها در صورتی می‌تواند نقشی فعال در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایفا کند که در چارچوب یک الگوی مراقبتی بدیل شکل گیرد، مدلی که سالمند را نه به عنوان بیمار یا دریافت‌کننده‌ی منفعل خدمات، بلکه به مثابه فردی دارای هویت، حافظه، توانمندی و حق انتخاب بپذیرد.

بر این اساس، آینده‌ی طراحی برای سالمندان در گروهی عبور از مدل‌های نهادینه شده فعلی و حرکت به سوی رویکردهایی است که با در نظر گرفتن فرهنگ و جامعه بومی، ارزش‌هایی چون خانه‌مانندی، مراقبت مشارکتی و زیست‌پذیری را در کانون خود قرار می‌دهند. تنها در چنین بستری است که معماری می‌تواند از بازتاب دهنده‌ی یک ساختار بیمار، به عاملی برای بازسازی کرامت انسانی سالمندان تبدیل شود.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه بر پایه‌ی بررسی میدانی شش سرای سالمندان در شهر تهران انجام شده است. تمرکز پژوهش بر تحلیل وضعیت موجود این مراکز از منظر فضا‌مندی معماری و پیوند آن با مدل مراقبتی حاکم بوده و بنابراین یافته‌ها در زمینه‌ی الگوهای معماری و سازمان فضایی، ناظر بر یک بستر خاص شهری و نهادی هستند. هرچند داده‌ها می‌توانند برای تحلیل انتقادی فضا‌های مشابه در زمینه‌های نزدیک مفید باشند، هدف این مقاله تعمیم‌پذیری یا تطبیق گسترده‌ی نتایج نبوده است.

در فرآیند گردآوری داده‌ها، به دلیل محدودیت زمانی اعمال شده از سوی مدیران سراها و با هدف عدم ایجاد اختلال در برنامه روزمره ساکنان، فرصت محدودی برای ترسیم دستی فضاها وجود داشت. در نتیجه، نقشه‌هایی که به صورت دیجیتال بازسازی شدند ممکن است فاقد دقت کامل باشند، هرچند تلاش شده است بازتاب نسبتاً دقیقی از وضعیت موجود ارائه شود.

علاوه بر این، تنها سالمندانی که دچار اختلالات شناختی شدید نبودند برای مصاحبه انتخاب شدند تا داده‌های قابل اتکاتری به دست آید. افراد معرفی شده نیز، چه در میان ساکنان و چه در میان مراقبین، توسط مدیران سراها ارجاع داده شده بودند؛ موضوعی که احتمال سوگیری در محتوای گفت‌وگوها را افزایش می‌دهد. همچنین، محدودیت دسترسی به فضا‌های خصوصی باعث شد بسیاری از مصاحبه‌ها در اتاق‌های اشتراکی و در حضور دیگران انجام شود؛ عاملی که ممکن است بر صراحت یا صداقت مشارکت کنندگان در بیان تجربه‌های خود تأثیر گذاشته باشد.

تشکر و قدردانی

از اداره بهزیستی استان تهران، مدیران سراهای سالمندان تحت مطالعه، پرسنل زحمتکش این مراکز و تمامی ساکنان که با همکاری و مشارکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند، قدردانی می‌کنم.

کد اخلاق

برداشت داده های مورد استفاده این پژوهش با شماره پیگیری UAHPEC-020558 توسط کمیته اخلاق دانشگاه اوکلند تایید شده است.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

- [1] WHO. Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2024
- [2] Schwarz B. Nursing home design: A misguided architectural model. *Journal of Architectural and Planning Research*. 1997 Dec 1;14(4):343-59.
- [3] Schwarz B. Nursing home design: Consequences for employing the medical model. New York: Garland Science; 1996.
- [4] Yang AC, Lau N, Ho JC. The role of bedroom privacy in social interaction among elderly residents in nursing homes: An exploratory case study of Hong Kong. *Sensors*. 2020 Jul 23;20(15):4101.
- [5] Donald IP, Gladman J, Conroy S, Vernon M, Kendrick E, Burns E. Care home medicine in the UK—in from the cold. *Age and ageing*. 2008 Nov 1;37(6):618-20.
- [6] Schwarz B, Molnar R, Benson JJ, Tofle RB. The last habitat: Living and dying in residential care facility. *Journal of Housing for the Elderly*. 2018 Oct 2;32(3-4):337-78.
- [7] Sheykhi MT. A study of the elderly people living in nursing homes in Iran with a specific focus on Tehran. *African and Asian Studies*. 2004 Jan 1;3(2):103-18.
- [8] Panahi S, Cheraghifar F, Ataei E. Studying the Cognitive Specifications of Perceiving Environment in Older Adults and their Behavior using Cognitive Maps, Case Study: Kahrizak Nursing House. *Tuijin Jishu/Journal of Propulsion Technology*. 2023;44(4): 2921-2934.
- [9] Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Roknabadi EH. Quality of life for elderly residents in nursing homes. *Global journal of health science*. 2015 Jul 30;8(4): 127-135.
- [10] Zar A, Ahmadi F, Hoseini SA, Sadeghipour HR, Ramsbottom R. An investigation into the health related quality of life (HRQoL) of older women living in nursing homes in Iran with particular reference to physical activity. *Cities*. 2022 Dec 1;131:1-4.
- [11] Khalvati M, Babakhanian M, Khalvati M, Nafei A, Khalvati M, Ghafuri R. Death anxiety in the elderly in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Ageing*. 2021 Jul 10;16(2):152-171.
- [12] Evans EA, Perkins E, Clarke P, Haines A, Baldwin A, Whittington R. Care home manager attitudes to balancing risk and autonomy for residents with dementia. *Aging & Mental Health*. 2018 Feb 1;22(2):261-9.
- [13] Nord C. Resident-centred care and architecture of two different types of caring residences: a comparative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2018 Jan 1;13(1):1472499.
- [14] Tufford F, Lowndes R, Struthers J, Chivers S. ‘Call security’: Locks, risk, privacy and autonomy in long-term residential care. *Ageing International*. 2018 Mar;43(1):34-52.
- [15] Slettebø Å. Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. 2008 Mar;28(1):22-5.
- [16] Sharghi A, Ghanbaran A, Salehi Kousalari F. A review of aging theories and its reflection in the landscape architectural features of nursing homes. *Human & Environment*. 2020 Dec 21;18(4):55-70.

- [17] Zekri A, Jamalzadeh S. Assessing the factors for achieving a sense of belonging to place for improving the quality of life in nursing house residents. *Armanshahr Architecture & Urban Development*. 2019 Mar 16;11(25):293-300.
- [18] Gharebaglou M, Beyti H, Rezaei Zunuz S. The impact of the sense of home on the quality of life of older adults in Tabriz, Iran. *Journal of Aging and Environment*. 2022 Oct 2;36(4):410-32.
- [19] Ordoukhani D, Khoshnevis AM. Designing nursing homes using sense of attachment to place approach. *International journal of health sciences*. 2022;6(S7):1454-68.
- [20] Rajabian M, Dehghan N. Factors Influencing Residents' Satisfaction in Nursing Homes, Isfahan Province, Iran: Structural Equation Modeling (SEM). *Space Ontology International Journal*. 2022 Sep 1;11(3):57-74.
- [21] Karami I, Najafi M, Javan Forouzande A, Abdollahi R. Explain the architectural design strategies of nursing homes from the perspective of satisfaction Case Study: Nursing Homes. *Journal of Architectural Thought*. 2022 Mar 21;6(11):55-72.
- [22] United Nations Principles for Older Persons adopted by General Assembly resolution 46/91 [Internet] 16 December 1991 [cited 2025]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>
- [23] Haghnia S. Architecture of the Residential Care Environments for the Elderly in Tehran, Iran [PhD thesis]. New Zealand: The University of Auckland; 2025 [cited 2025 July 20]. Available from: The University of Auckland ResearchSpace.
- [24] Postindoz ZD, Moosavi MS. Evaluation of spatial quality in Elderly Housing Facilities. *European journal of sustainable development*. 2018 Jun 1;7(2):73-80.
- [25] Olfat M, Zarghami E. Evaluation of desirable indicators related to elderly living spaces. *Journal of Sustainable Architecture and Urban Design*. 2020 Feb 20;7(2):1-22.
- [26] Chaudhury H, Hung L, Badger M. The role of physical environment in supporting person-centered dining in long-term care: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2013 Aug;28(5):491-500.
- [27] Chaudhury H, Hung L, Rust T, Wu S. Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*. 2017 Oct;16(7):878-896.
- [28] McLean A. Power in the nursing home: The case of a special care unit. *Medical anthropology*. 2001 Jan 1;19(3):223-257.