SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

2026. Vol 21. Issue 3

Research Paper

Critical Analysis of the Architecture of Nursing Homes in Tehran, Iran, Based on Residents' lived Experiences

*Saeed Haghnia[1]

1. Department of Architecture, Faculty of Engineering and Design, University of Auckland, New Zealand.

Use your device to scan and read the article online

Citation Haghnia S. Critical Analysis of the Architecture of Nursing Homes in Tehran, Iran, Based on Residents' lived Experiences. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):392-413. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4176.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1

ABSTRACT

Objectives Despite extensive global criticism of the medical model of long-term care, this approach continues to dominate the design of nursing homes in Iran. This study critically examines how spatial configurations of nursing homes in Tehran, Iran, shape the lived experience and quality of life of older adults who retain some functional independence.

Methods & Materials This qualitative comparative study was conducted in six nursing homes in Tehran. We collected data through direct naturalistic observations, architectural field surveys, and semi-structured interviews with participants (19 residents and 13 caregivers and managers from the nursing homes). The analysis method was based on a framework of desirable spatial characteristics for residential care environments, developed from successful international models and the United Nations Principles for Older Persons.

Results The residents had a mean age of 74.7±7.57 years and 63% were female. Findings showed that spatial layouts were consistently shaped by priorities of surveillance, medical efficiency, and operational control rather than residents' everyday needs. Barriers to independent mobility, including malfunctioning lifts, unsafe ramps, and obstructed circulation, restricted access to outdoor and semi-open spaces. Private rooms lacked flexibility and personalization, while inadequate separation of residents with different cognitive conditions compromised privacy and safety. Public areas, although available, rarely supported meaningful social interaction due to institutional arrangements and monitoring-oriented design. These conditions reinforced dependency, reduced autonomy, and undermined residents' sense of belonging and home-likeness.

Conclusion The spatial design of nursing homes in Tehran directly reflects a medical care model. Without fundamental reform of this model, small-scale architectural modifications alone cannot meet the residents' needs. A fundamental shift in the care model is essential so the architectural environment can effectively support older adults' independence, quality of life, and comprehensive needs.

Keywords Aging, Nursing homes, Architecture, Spatial design, Care model

Article Info:
Received: 02 Sep 2025
Revised: 12 NOV 2025
Accepted: 20 Dec 2025

* ***Corresponding Author:***
Saeed Haghnia, PhD.
Address: Department of Architecture, Faculty of Engineering and Design, University of Auckland, New Zealand.
Tel: +64 (27) 436 3357
E-mail: shga230@aucklanduni.ac.nz

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Despite extensive global criticism of the medical model of long-term care, this approach continues to dominate the design and operation of nursing homes in Iran. Previous architectural studies have often addressed this dominance through isolated, micro-scale physical improvements, while the spatial implications of the care model itself have received limited critical attention. This study aims to examine how spatial configurations in six nursing homes in Tehran, Iran, shape the lived experience and quality of life of older adults who retain a degree of functional independence. The analysis focuses on the relationship between spatial organization and everyday experiences of autonomy, accessibility, privacy, social interaction, and sense of belonging. By focusing on nursing home residents' lived experience, this study seeks to clarify how existing architectural arrangements reflect the priorities of a medical care model and either support or constrain daily life in the studied nursing homes. The findings are intended to inform both design strategies and care policies to enhance well-being, dignity, and autonomy in long-term care settings.

Materials and Methods

This qualitative comparative study was conducted in six nursing homes in Tehran. The selected facilities represented diverse urban locations to capture a range of architectural and operational conditions. Data collection employed a triangulated qualitative approach, including direct naturalistic observation, architectural field surveys, and semi-structured interviews. Direct naturalistic observations focused on residents' movement patterns, use of shared spaces, and access to indoor, semi-open, and outdoor environments. Architectural field surveys documented spatial layouts, circulation, room configurations, and physical characteristics of public, semi-private, and private spaces. Semi-structured interviews were conducted with 19 older residents with varying levels of functional ability who were not fully dependent, as well as 13 caregivers and facility managers. Interview questions addressed perceptions of spatial constraints, independence in daily activities, privacy, opportunities for social interaction, and sense of home.

Data analysis followed a framework of desirable spatial characteristics for residential care environments, derived from successful international care models and the United Nations Principles for Older Persons. Characteristics included support for independent mobility, accessibility, privacy, autonomy, social interaction, and home-likeness. Data were coded and thematically analyzed to examine how spatial configurations aligned with or diverged from these characteristics, with attention to their implications for residents' lived experience and quality of life.

Results

Nineteen residents (mean age= 74.7±7.57 years; 63% female) and 13 staff members participated in the study. Findings showed that spatial layouts across all six nursing homes were consistently shaped by priorities of surveillance, medical efficiency, and operational control rather than residents' everyday needs and preferences. Architectural and design choices often favored staff workflows, safety protocols, and institutional oversight, limiting the potential for environments that support autonomy, comfort, or personal expression. Barriers to independent mobility were also present in the nursing homes. Malfunctioning lifts, unsafe or steep ramps, narrow corridors, and obstructed circulation routes restricted residents' ability to navigate their surroundings freely. Opportunities for engagement with the outdoor environment or semi-open spaces were limited, further constraining independent activity and interaction with nature. Private rooms offered minimal flexibility for personalization, and fixed furniture layouts prevented residents from adapting spaces to their routines or preferences, weakening feelings of ownership and home-likeness. In some nursing homes, insufficient separation between residents with different levels of cognitive needs compromised both privacy and safety, reflecting institutional priorities over individualized spatial requirements. All nursing homes had communal areas; however, their organization rarely fostered meaningful social interaction. Monitoring-focused layouts and rigid institutional arrangements encouraged passive use of shared spaces, reinforcing dependency on caregivers and limiting opportunities for social engagement. The predominance of highly controlled and standardized spatial configurations in both private and public nursing homes restricted residents' ability to exercise choice, autonomy, and self-determination in daily life.

Taken together, these spatial conditions created environments that prioritized operational efficiency and risk management over human-centered care. The findings indicate that the nursing homes largely functioned as institutional settings, illustrating the spatial consequences of a medical care model. Residents' experiences were shaped less by personal needs or social engagement and more by institutional requirements, highlighting the limitations of architectural interventions that fail to integrate autonomy-

supportive and participatory care approaches. Addressing these challenges requires design strategies that move beyond purely functional considerations to create spaces that genuinely support residents' well-being, dignity, and sense of belonging.

Conclusion

The spatial design of nursing homes in Tehran closely reflects a medical care model emphasizing control, efficiency, and risk management. In this context, architectural interventions limited to physical changes are unlikely to substantially enhance residents' quality of life. This study underscores that meaningful spatial improvements require a broader shift toward participatory, autonomy-supportive, and home-like care practices. Without such a shift, nursing home design remains constrained by institutional priorities, reducing its capacity to support residents' lived experience, dignity, and everyday autonomy. Architectural strategies alone cannot overcome systemic limitations; instead, effective design should be integrated with care models that empower residents, recognize individual needs, and improve a sense of belonging. This perspective highlights the need for policies and planning that consider both spatial and care dimensions to create genuinely supportive long-term care environments.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The collection of data used in this study was approved by the University of Auckland Human Participants Ethics Committee (IRB Code: UAHPEC-020558).

Funding

This paper is based on the author's PhD thesis at the University of Auckland. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Welfare Organization of Tehran Province, the managers, staff, and residents of selected nursing homes in Tehran for their cooperation and time.

مقاله پژوهشی

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

*سعید حق‌نیا[۱]

۱. گروه معماری، دانشکده مهندسی و طراحی، دانشگاه اوکلند، نیوزیلند.

Use your device to scan and read the article online

Citation Haghnia S. Critical Analysis of the Architecture of Nursing Homes in Tehran, Iran, Based on Residents' lived Experiences. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):392-413. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4176.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4176.1

چکیده

اهداف با وجود انتقادهای گسترده به مدل پزشکی‌محور در خانه‌های سالمندان، این الگو همچنان بر سازماندهی فضایی و تجربه 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 برخوردار هستند.

مواد و روش‌ها این مطالعه کیفی تطبیقی در شش خانه سالمندان شهر تهران انجام شد. داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم، برداشت‌های معماری و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سالمندان، مراقبان و مدیران گردآوری شده است. تحلیل داده‌ها بر پایه چارچوبی انجام شد که مجموعه‌ای از شاخص‌های فضایی مطلوب در محیط‌های سکونتی-مراقبتی سالمندان را دربر 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 انعطاف‌پذیری فضا، حریم خصوصی، مشارکت اجتماعی و حس خانه‌مانندی را دربر می‌گیرند.

یافته‌ها درمجموع، ۱۹ سالمند (میانگین سنی: ۷۴/۷ سال، انحراف‌معیار: ۷/۵۷؛ ۶۳/۰ زن و ۳۷/۰ مرد) و ۱۳ نفر از پرسنل مراکز مورد مصاحبه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد در هر شش مرکز، سازمان‌دهی فضایی و نحوه عملکرد فضاها به‌طور ساختاری بازتاب‌دهنده رویکرد پزشکی‌محور بوده است. موانع متعدد در تحرک مستقل، مانند آسانسورهای غیرفعال، رمپ‌های با شیب خطرناک و مسیرهای مسدود سبب شده بود دسترسی سالمندان به فضاهای باز و نیمه‌باز بسیار محدود باشد. اتاق‌های خواب در اغلب موارد فاقد امکان شخصی‌سازی یا تغییر چیدمان بوده و این موضوع از شکل‌گیری حس تعلق و خانه‌مانندی جلوگیری می‌کرد. در برخی مراکز، عدم تفکیک مناسب میان سالمندان با وضعیت شناختی متفاوت باعث بروز اختلال در حریم خصوصی و حتی ناامنی شده بود. فضاهای عمومی موجود نیز به‌دلیل طراحی صلب و مبتنی بر نظارت، به‌ندرت بستری برای تعامل اجتماعی معنادار فراهم می‌کردند. درمجموع، این شرایط به تقویت وابستگی، کاهش خودمختاری، کاهش مشارکت فعال و تضعیف کیفیت تجربه زیسته سالمندان منجر شده بود.

نتیجه‌گیری طراحی فعلی خانه‌های سالمندان بازتابی مستقیم از نگاه پزشکی‌محور و رویکرد کنترل‌محور به سالمندان است. تا زمانی که این رویکرد اساسی تغییر نکند، اصلاحات جزئی و خرده‌مقیاس 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 مراقبتی

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۱ شهریور ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۲۱ آبان ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۹ آذر ۱۴۰۴

* **نویسنده مسئول:**
دکتر سعید حق‌نیا
نشانی: نیوزیلند، دانشگاه اوکلند، دانشکده مهندسی و طراحی، گروه معماری.
تلفن: ۳۳۵۷ ۴۳۶ (۲۷) ۶۴+
پست الکترونیکی: shga230@aucklanduni.ac.nz

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است. بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی[1]، در سال ۲۰۵۰، ۸۰ درصد از کل جمعیت سالمندان جهان در کشورهای فقیر یا با درآمد متوسط زندگی خواهند کرد [۱]. این روند، نظام‌های مراقبت از سالمندان را با چالشی اساسی مواجه ساخته و نیاز به بازنگری در شیوه‌های رایج مراقبت بلندمدت[2] را بیش‌ازپیش برجسته کرده است؛ به‌ویژه 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[3] بنا شده است [۲، ۳]، به‌عنوان پاسخ غالب به نیازهای اقامتی و مراقبتی سالمندان در بسیاری از کشورها [۴-۶]، ازجمله ایران [۷-۱۰] 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، به‌ویژه برای سالمندانی که هنوز از درجه‌ای از استقلال و توانمندی برخوردارند، نمی‌تواند پاسخ مناسب و جامع ارائه دهد.

این رویکرد پزشکی-مراقبتی، علاوه‌بر 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 [۱۱-۱۴]. بنابراین، حتی بهترین طراحی‌های معماری نیز نمی‌توانند محدودیت‌های ذاتی این مدل را کاملاً جبران کنند. به‌عبارت‌دیگر، ساختار فضایی خانه‌های سالمندان، بازتابی از مدل پزشکی-مراقبتی است که مانع شکل‌گیری محیطی توان‌بخش و ارتقای خودمختاری[4] سالمندان مستقل‌تر می‌شود. با وجود انتقادات جهانی و ایرانی به مدل خانه سالمندان، این رویکرد همچنان در ایران به‌عنوان مدل غالب مراقبت اقامتی[5] باقی مانده است.

در ادبیات جهانی، رویکردهای گوناگونی برای طراحی خانه‌های سالمندان توسعه یافته‌اند. مدل‌هایی همچون خانه سبز[6] و سکونت‌گاه خردمقیاس[7] با تأکید بر ساختار خانه مانند، مقیاس کوچک، فرصت‌های تعاملی، و امکان شخصی‌سازی، توانسته‌اند پیامدهای مثبتی بر استقلال، تعامل اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان نشان دهند [۱۵-۱۷]. این مدل‌ها در تضاد با الگوی پزشکی-مراقبتی قرار می‌گیرند که فضا را تابع جریان مراقبت و نظارت تعریف می‌کند و از منظر بسیاری از پژوهشگران، مانعی جدی در برابر شکل‌گیری حس خانه‌مانندی، اختیار فردی و مشارکت فعال محسوب می‌شود [۱۸].

با وجود اینکه برخی مطالعات ایرانی نشان داده‌اند خانه‌های سالمندان ازلحاظ دسترسی به فضاهای باز، کیفیت زندگی [۸، ۹] و سلامت روانی ساکنان دارای نقص‌های جدی هستند [۱۰]؛ 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 سالمندان پرداخته‌اند، نظیر تسهیل حرکت، افزایش حریم خصوصی [۱۹-۲۱]، بهبود دسترسی، بهبود نور یا کیفیت مبلمان [۲۰، ۲۲] و ارائه راهکارهای خرده‌مقیاس[8] برای ارتقای کیفیت محیط اقامتی [۲۳، ۲۴]. با وجود مفید 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. بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد خلأ مهمی در ادبیات پژوهشی ایران وجود دارد: ۱. فقدان تحلیل معماری مبتنی بر «مدل مراقبتی» به‌عنوان عامل ساختاری؛ ۲. کمبود مطالعاتی که تجربه زیسته سالمندان نیمه مستقل را در نسبت با سازمان فضایی سراهای موجود تحلیل کنند.

این مقاله با تمرکز بر خانه‌های سالمندان مورد مطالعه 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 تأکید می‌شود 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.

1. World Health Organization (WHO)
2. Long-term care
3. Medical model
4. Autonomy
5. Residential care
6. Green House Model
7. Small-Scale Living
8. Micro-scale design guidelines

روش مطالعه

طراحی

این پژوهش یک مطالعه کیفی تطبیقی[9] است که با هدف بررسی کاستی‌های فضایی و تجربی شش خانه سالمندان در شهر تهران انجام شده است. پنج سرای سالمندان خصوصی و یک سرای سالمندان خیریه به‌منظور انجام این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. این مراکز به‌گونه‌ای انتخاب شدند که نماینده طیف موجود از گزینه‌های مراقبتی و خدماتی برای سالمندان در شهر تهران باشند. در راستای افزایش تنوع نمونه‌ها و پوشش طیف گسترده‌تری از کیفیت‌های فضایی و سطوح خدمات، پنج سرای سالمندان خصوصی از مناطق مختلف شهری تهران شامل شمال، مرکز و جنوب انتخاب شدند. این رویکرد امکان مقایسه میان شرایط کالبدی، کیفیت فضاها و تجربه زیسته سالمندان در بسترهای متفاوت شهری را فراهم کرد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، نام مراکز در متن مقاله ذکر نشده و هریک با کد مشخص معرفی شده‌اند، چراکه مدیران عامل مراکز خصوصی تنها با شرط حفظ ناشناسی در پژوهش مشارکت کردند.

سالمندان شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها با معرفی مدیران هر مرکز انتخاب شدند، با تأکید بر این معیار که افراد منتخب دچار اختلالات شدید شناختی یا دمانس نبوده و از توانایی درک، بیان تجربه‌ها و پاسخ‌گویی آگاهانه برخوردار باشند. پیش از آغاز هر مصاحبه، در کنار فرم رضایت آگاهانه،[10] فرم اطلاعات مشارکت‌کننده[11] نیز در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت و محتوای هر دو فرم، شامل هدف پژوهش، ماهیت مصاحبه، نحوه استفاده از داده‌ها و حقوق مشارکت‌کنندگان، به‌طور کامل برای آنان خوانده و توضیح داده شد. همچنین به شرکت‌کنندگان تأکید شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است و آنان می‌توانند در هر مرحله از ادامه مصاحبه انصراف دهند یا به هریک از پرسش‌ها که تمایل ندارند پاسخ ندهند.

داده‌های کیفی جمع‌آوری‌شده از سراهای سالمندان ابتدا کدگذاری شدند تا موضوعات و الگوهای کلیدی مرتبط با ویژگی‌های محیطی و عملکردی شناسایی گردد. داده‌های کیفی ابتدا به‌صورت واحدبه‌واحد کدگذاری شدند تا مفاهیم و الگوهای اصلی استخراج شود. در ادامه، کدها در قالب دسته‌بندی‌های معنایی طبقه‌بندی شدند و با محورهای مرتبط با ویژگی‌های مطلوب طراحی تطبیق داده شدند تا کاستی‌ها و فرصت‌های بهبود شناسایی شود. سپس این موضوعات در قالب دسته‌بندی‌های تطبیقی با جدول ویژگی‌های مطلوب فضاهای سکونتی–مراقبتی سالمندان (جدول شماره ۱) مقایسه شدند تا کاستی‌ها و فرصت‌های بهبود مشخص شود. این تحلیل به پژوهش امکان داد تا تفاوت‌ها و شباهت‌ها بین وضعیت موجود سراها و معیارهای مطلوب طراحی را به‌صورت توصیفی و تحلیلی ارائه دهد. تمرکز اصلی مطالعه بر تحلیل انتقادی طراحی فضایی این مراکز از منظر ساکنان سالمند، به‌ویژه 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 شماره ۱) که از مرور مدل‌های جایگزین مراقبت اقامتی در کشورهای مختلف و اصول سازمان ملل متحد[12] برای سالمندان [۲۵] 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 [۲۶]. تحلیل طراحی فضایی خانه‌های سالمندان در این مطالعه، با هدف بررسی چگونگی بازتاب رویکرد پزشکی-مراقبتی در سازمان‌دهی فضا انجام شده و تلاش می‌کند 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.

گردآوری و تحلیل داده‌ها

داده‌ها به سه روش گردآوری شده‌اند:

مشاهده طبیعی[13]

پژوهشگر با حضور در فضاهای عمومی هر مرکز (ازجمله اتاق‌های نشیمن، سالن‌های غذاخوری و حیاط‌های باز) به مشاهده و ثبت نحوه استفاده سالمندان از فضا و کیفیت تعاملات میان افراد پرداخته است. این حضور پژوهشگر در طول مشاهده به اطلاع افراد حاضر رسیده است. مشاهدات در ۲ روز متوالی، در ساعات ملاقات (۱۲ تا ۱۷)، و به‌مدت 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.

مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته[14]

در هر مرکز، مصاحبه‌های حضوری و نیمه‌ساخت‌یافته با سه گروه انجام شده است: ۱. سالمندان ساکن که توسط مدیر مرکز و براساس نداشتن اختلال شناختی انتخاب شده‌اند، ۲. مراقبین

9. Comparative qualitative study
10. Consent Form
11. Participation Information Form
12. United Nations
13. Naturalistic observation
14. Semi-structured interviews

جدول ۱. ویژگی‌های مطلوب فضاهای سکونتی-مراقبتی سالمندان؛ ترجمه‌شده توسط مؤلف از [۲۶].

ویژگی‌های مطلوب	نمونه‌ها
تسهیل حرکت فیزیکی	– امکان‌پذیر ساختن حرکت آزاد ساکنان در فضای داخلی مرکز. – تسهیل انجام هرچه بیشتر فعالیت‌های روزمره عادی توسط ساکنان.
بهبود دسترسی	– طراحی ساختمان‌های یک‌طبقه. – فراهم‌سازی دسترسی آسان و بدون مانع در راستای افقی و عمودی برای همه ساکنان.
انعطاف‌پذیری فضاهای داخلی	– امکان آوردن مبلمان و وسایل شخصی توسط ساکنان. – قابلیت تغییر در چیدمان معماری (برای‌مثال، 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.

سالمند

با تجربه، و ۳. مدیران مراکز. مصاحبه‌ها، در اتاق خواب سالمندان یا فضاهای اشتراکی، به‌صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شد تا دیدگاه‌ها، تجربیات و برداشت‌های آن‌ها از محیط و خدمات مورد مطالعه جمع‌آوری شود. سؤالات به گونه‌ای طراحی شدند که امکان کاوش آزادانه موضوعات مرتبط با ویژگی‌های محیطی و عملکردی فراهم شود. 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.

برداشت میدانی پلان‌ها و مستندسازی تصویری

در تمامی مراکز به‌دلیل عدم دسترسی به نقشه‌های رسمی، برداشت میدانی پلان‌ها توسط پژوهشگر انجام شده و همراه با ثبت تصویری فضاها برای تحلیل ساختار فضایی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. تحلیل پلان‌ها براساس 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 شماره ۲ ویژگی‌های افراد مصاحبه‌شده را نشان می‌دهد. به‌علاوه ۱۳ نفر از پرسنل، شامل مدیران و مراقبین، درمجموع ۱۹ سالمند در ۶ سرای سالمندان مطالعه‌شده، مصاحبه شدند. از این تعداد سالمندان، ۷ نفر مرد (۳۷ درصد) و ۱۲ زن (۶۳ درصد) بودند. سن سالمندان مصاحبه‌شده بین ۶۱ تا ۹۰ سال متغیر بود (میانگین=۷۴/۷) و مدت اقامت آن‌ها نیز بین ۱ تا ۷۲ ماه بود (میانگین=۲۶/۲). همچنین مدت‌زمان هر مصاحبه بین ۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود (میانگین=۱۲).

تحلیل و نقد فضای معماری براساس ویژگی‌های مدل مطلوب مراقبت اقامتی

در این پژوهش، خانه‌های سالمندان موردمطالعه براساس 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 باتوجه‌به این شاخص‌ها تحلیل و ارائه شده‌اند.

جدول ۲. لیست افراد مصاحبه‌شده از خانه‌های سالمند موردمطالعه

شماره اختصاص‌یافته به خانه سالمندان	نقش مصاحبه‌شونده	سن سالمند	جنسیت	مدت اقامت/اشتغال	کد اختصاص‌یافته
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

سالمند



تصویر ۱. مشکل عملکردی آسانسور اضافه‌شده به فضای بیرونی ساختمان خانه سالمندان شماره ۱

سالمند

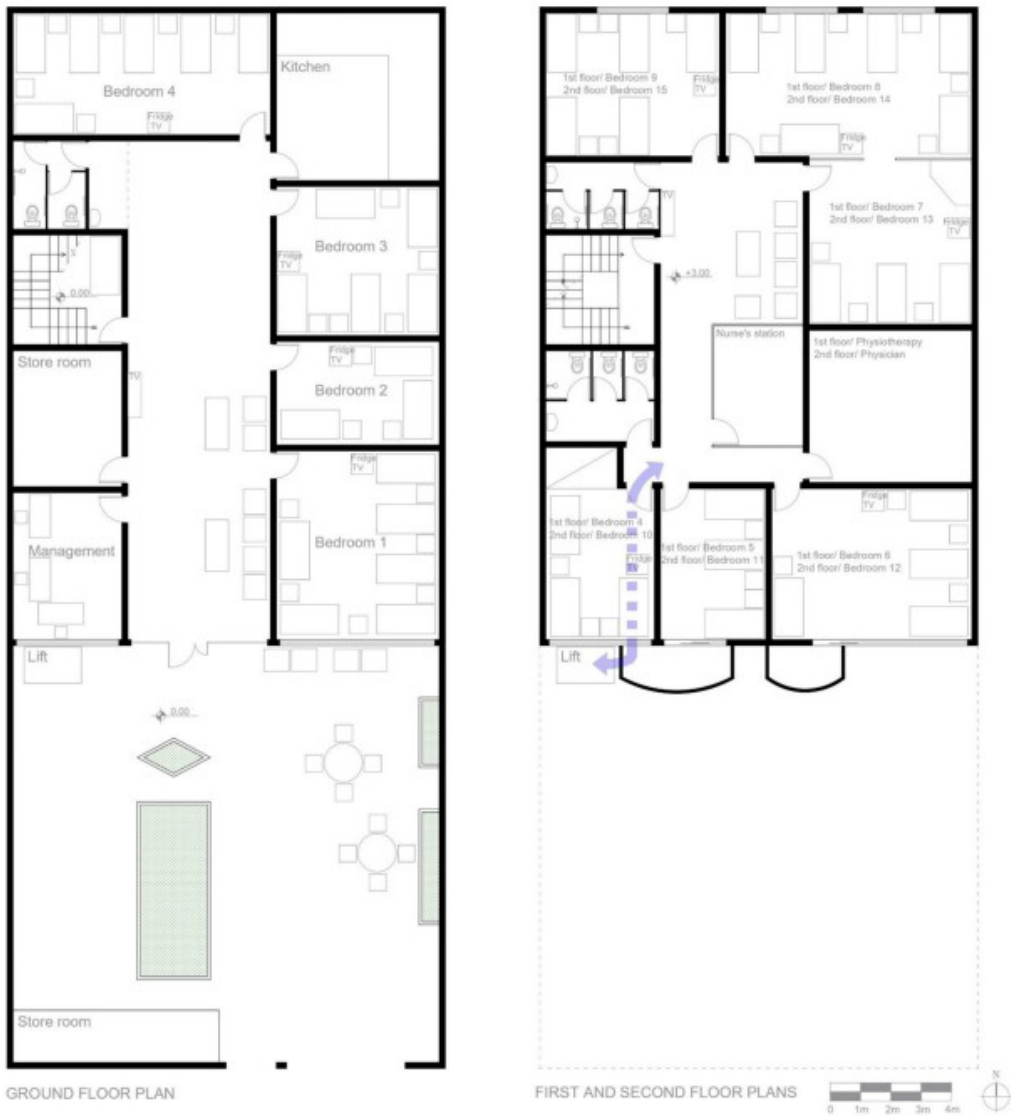
تسهیل حرکت فیزیکی

یکی از نخستین مؤلفه‌های کلیدی در طراحی محیط مطلوب سکونتی-مراقبتی برای سالمندان، امکان‌پذیر ساختن حرکت فیزیکی ایمن، مستقل و بدون وابستگی به دیگران در فضاست. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که چنین امکانی در بسیاری از مراکز موردمطالعه یا به‌طور کامل فراهم نشده، یا به شکل قابل‌توجهی 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، به‌دلیل 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 ۲ بار به حیاط رفتم؛ ۱ بار وقتی پسرم آمد و کمک کرد روی ویلچر بنشینم، و بار دیگر وقتی دخترم به یکی از پرستارها گفت که کمکم کنند» (N4R2). هر سه سالمند مصاحبه‌شده 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 (N5R3، N3R2، N5R2). بااین‌حال، در جریان مشاهده‌های حدوداً ۳ ساعته در تمام مراکز، هیچ سالمند ویلچری در حیاط دیده نشد.

افزون بر کم‌توجهی 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. دکمه‌های کنترل آسانسور نیز در ارتفاعی نصب شده بودند که از دسترس سالمندان نشسته بر ویلچر خارج بود (تصویر شماره ۱). همچنین در مراکز شماره ۱ و ۴، تنها مسیر دسترسی به آسانسور از میان اتاق‌های خصوصی ساکنان عبور می‌کرد که علاوه‌بر نقض حریم خصوصی، در برخی موارد با مسدود شدن مسیر توسط تخت‌های داخل این اتاق‌ها همراه بود (تصاویر شماره ۲، ۳).

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 شماره ۴)، اما به‌جای تعمیر سریع آسانسور، استفاده از فضاها به نحوی بازسازماندهی شده بود تا نیاز به استفاده از آسانسور به حداقل برسد. به‌عنوان‌مثال، وعده‌های غذایی به‌جای سالن غذاخوری در حیاط سرو می‌شدند. همچنین، سطح شیب‌داری که برای دسترسی به حیاط و جبران اختلاف ارتفاع ۱ 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 شماره ۵).



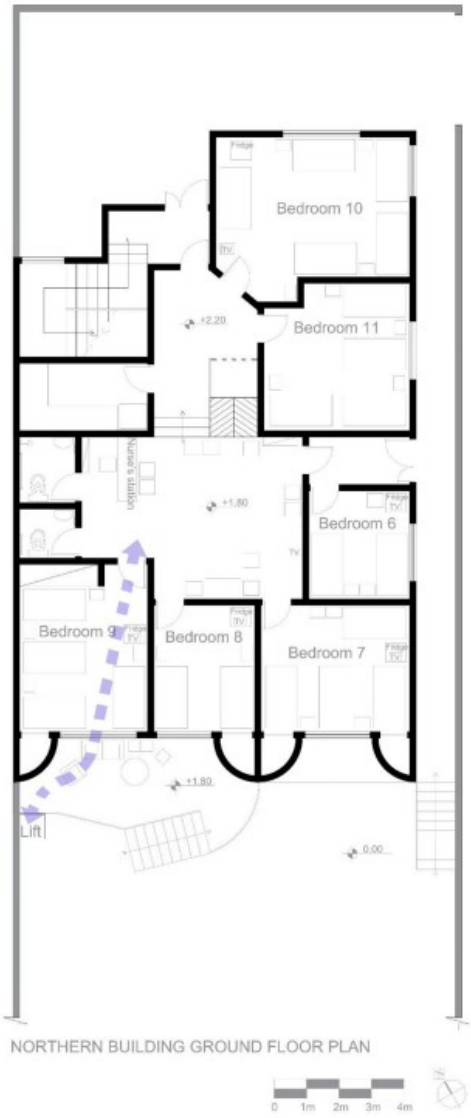
تصویر ۲. نقشه‌های طبقات خانه سالمندان شماره ۱. ساکنان برای دسترسی به آسانسور باید از داخل یک اتاق خواب خصوصی عبور کنند.

این نارسایی‌های طراحی معماری بازتابی آشکار از رویکرد غالب پزشکی‌محور در سازوکار مراقبتی سراهای سالمندان است که تمرکز اصلی آن بر مدیریت نیازهای بالینی و درمانی است و درنتیجه، به نیازهای فراتری همچون ارتقای استقلال حرکتی توجه کافی نشده است. چنین رویکردی به طراحی محیطی ناکارآمد منجر 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 موردمطالعه، مشخص شد در بسیاری از موارد، محدودیت‌هایی ساختاری و عملکردی در این زمینه وجود دارد که استفاده مستقل سالمندان را با مشکلات جدی روبه‌رو کرده است.

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



سالمند

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.

در سرای شماره ۲، یکی از رمپ‌های داخلی به‌دلیل نصب یک پلکان فلزی، برای سالمندان وابسته به ویلچر غیرقابل‌استفاده شده بود (تصویر شماره ۷). این وضعیت، دسترسی آزاد و مستقل این گروه از ساکنان به بخش‌هایی از مرکز را محدود کرده بود. در طول مشاهده‌های ۳ 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 شماره ۴).

علاوه‌براین، 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 شماره 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. علاوه‌براین، 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 شماره 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



تصویر ۴. نقشه‌های طبقات خانه سالمندان شماره ۲

سالمند

محدودیت را تشدید می‌کند. درنتیجه، طراحی ناکارآمد این محیط‌ها، استقلال حرکتی و مشارکت فعال سالمندان در زندگی روزمره را محدود ساخته است.

انعطاف‌پذیری فضای داخلی

در بررسی‌های میدانی انجام‌شده، یکی از نقاط ضعف آشکار در سراهای سالمندان موردمطالعه، فقدان انعطاف‌پذیری در فضاهای داخلی قابل‌استفاده برای ساکنان بود. منظور از انعطاف‌پذیری، توانایی تغییر چیدمان فضا و مبلمان به‌منظور تطبیق با نیازها و ترجیحات متنوع ساکنان است. بااین‌حال، شواهد میدانی نشان می‌دهد در اتاق‌های اختصاص داده‌شده به سالمندان و همچنین فضاهای اطراف آن‌ها، امکان تغییر و تنظیم فضا به شکل قابل‌توجهی محدود است؛ برای‌مثال، در سرای سالمندان شماره ۴، چیدمان ثابت و محدود اتاق‌ها به‌گونه‌ای 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 به‌وضوح قابل‌مشاهده 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. علاوه‌براین، فقدان فضاهای نیمه‌خصوصی یا چندمنظوره مجاور اتاق‌های خواب، وضعیت را پیچیده‌تر کرده است؛ به‌طوری‌که سالمندان در اتاق‌هایی با کارکرد کاملاً مشخص و غیرقابل‌تغییر محدود می‌شوند و فرصت انتخاب یا تغییر محیط زندگی خود را از دست می‌دهند.

کمک به حفظ مشارکت و احساس مفید بودن

یکی از احساسات مشترک میان بسیاری از ساکنان سراهای سالمندی موردمطالعه، از دست رفتن حس مفید بودن و ناتوانی در مشارکت فعال در امور معنادار بود. این احساس نه‌تنها به افت انگیزه و تجربه ناامیدی منجر می‌شود، بلکه شکاف عاطفی



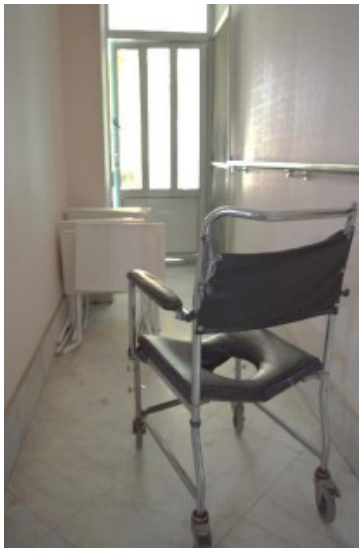
سالمند

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

میان فرد و محیط اطراف را نیز عمیق‌تر می‌کند. مصاحبه‌های انجام‌شده با برخی از ساکنان، به‌ویژه آن‌هایی که پیشینه حرفه‌ای یا تحصیلی مشخصی دارند، این مسئله را با وضوح بیشتری نمایان می‌سازد.

برای‌مثال، یکی از ساکنان مرد در سرای سالمندان شماره ۳ که پیش‌تر مهندس عمران بوده، در مصاحبه‌ای طولانی (حدوداً ۴۵ دقیقه ای) 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 به‌وضوح احساس می‌شد. او با صراحت گفت که در سرای سالمندان «هیچ کاری از دستم برنمی‌آید» و این امر احساس بی‌فایدگی را در او تشدید کرده است (N3R2).

از منظر معماری، بررسی میدانی مراکز موردمطالعه نشان داد 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 غیرقابل‌دسترسی طراحی شده‌اند. با اینکه صرف وجود چنین فضاهایی الزاماً به معنی افزایش مشارکت سالمندان در فعالیت‌های روزمره یا معنادار نیست، اما نبود این فضاها نه‌تنها مانع بهره‌گیری از ظرفیت‌های فردی سالمندان می‌شود، بلکه نشان‌دهنده ضعف ساختاری معماری این سراها در پاسخ به نیازهای روانی و اجتماعی ساکنان است. در محیط‌هایی که به‌طور پیش‌فرض 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، به‌تدریج زمینه‌ساز فرسایش حس هویت و ارزشمندی آن‌ها می‌شود.



سالمند

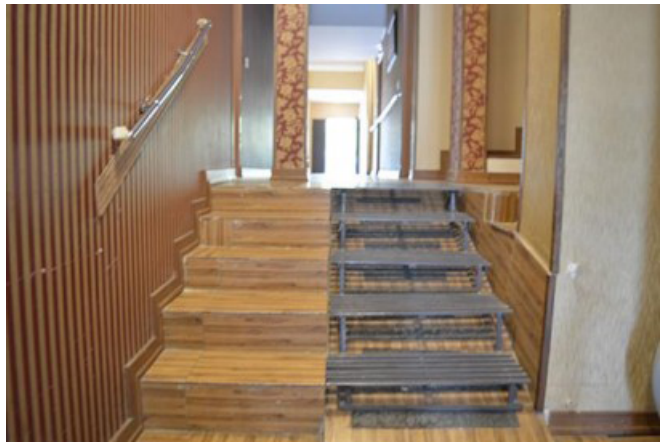
تصویر ۶. راهروی دسترسی به بالکن در سرای سالمندان شماره ۵ به عنوان انبار مورد استفاده قرار گرفته است.

ایجاد محیطی شبیه به خانه

یکی از دغدغه‌های مهم در سراهای سالمندی موردبررسی، 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 نه‌تنها 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 انسانیِ روزمره است. ساختار بسیاری از این سراها، به‌ویژه در فضاهای خصوصی مانند اتاق‌ها و حمام‌ها، بیشتر به نهادهای مؤسسه‌ای[15] شباهت دارد تا محیطی گرم، شخصی‌سازی شده و آشنا. یکی از مراقبین در سرای شماره ۶، در توصیف فضای ساختمان، حمام‌ها را با «غسّال‌خانه» مقایسه کرد (تصویر شماره ۱۱) که این توصیف، گویای میزان دوری فضا از زیست طبیعی و حیات‌بخش روزمره است (N6CG1).

15. Institutional



تصویر ۷. نرده‌ی فلزی اضافه‌شده بر روی رمپ داخلی در سرای سالمندان شماره ۲

سالمند

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 به‌دلیل نبود دید بصری به فضای باز، نمی‌تواند جایگزینی برای ارتباط با دنیای بیرون باشد (تصویر شماره ۱۲). 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 پنجره هستند. نبود پنجره نه‌تنها ازنظر فیزیکی مشکل‌ساز است، بلکه به شکل نمادینی نیز بر قطع ارتباط ساکنان با جهان بیرون و فقدان حس تعلق دلالت دارد.

در هیچ‌یک از مراکز موردبررسی، 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 جزئیات طراحی، کیفیت نور، امکان تغییر در محیط و پیوستگی با طبیعت معنا می‌یابد. غیبت این عناصر در سراهای سالمندی موردمطالعه، به خلق فضایی منجر شده است که به‌جای ارتقای کیفیت زیستی ساکنان، اغلب تجربه‌ای از انزوا، بی‌هویتی و جدایی از زندگی گذشته را بازتولید می‌کند.



تصویر ۸. نمایی از لابی به سمت ورودی سرای سالمندان شماره ۵

سالمند



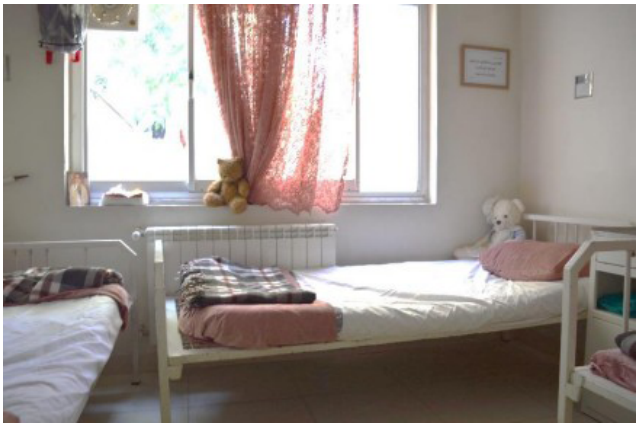
تصویر ۹. دروازه‌ای به ارتفاع ۹۰ سانتی‌متر که به پله‌های منتهی به طبقات بالای سرای سالمندان شماره ۵ افزوده شده است.

ارتقای خودمختاری

از دست رفتن خودمختاری یکی از چالش‌های بنیادی در مدل مراقبت پزشکی‌محور حاکم بر بسیاری از سراهای سالمندی است. این مدل به‌دلیل تمرکز شدید بر ایمنی بالینی و ساختارهای مدیریتی کنترل‌شده، اغلب استقلال فردی سالمندان در تصمیم‌گیری‌های روزمره، انتخاب شیوه زیست، رفت‌وآمد در فضا و نحوه تعامل اجتماعی را به‌طور قابل‌توجهی محدود می‌سازد. مشاهدات میدانی در سراهای مورد بررسی نیز نشان داد این محدودیت‌ها نه‌تنها 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، نحوه 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 به طور مکرر در مصاحبه‌ها تکرار شد (N1R2، N2R2، N3R1، N3R3، N4R2، N6R4، N6R1). این نوع زبان که می‌تواند بازتابی از درونی‌سازی ساختارهای غیرقابل‌تغییر مرکز باشد، به‌وضوح بر حس بی‌اختیاری و موقتی بودن در فضا دلالت دارد؛ برای‌مثال، 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 ۶، ساکنی که نزدیک به ۶ سال در مرکز زندگی کرده، همچنان گفت: «من مهمونم، قراره برگردم خونه پیش پسرم» (N6R4).

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 نیمه‌باز، همه عواملی‌اند که ازنظر طراحی، خودمختاری را به شکل ساختاری تضعیف می‌کنند.



تصویر ۱۰. نمونه‌ای از نحوه نگهداری وسایل شخصی توسط ساکنان در سرای سالمندان شماره ۴



تصویر ۱۱. حمام‌های سرای سالمندان شماره ۶

تکرار واژه «مهمان» در توصیف خود توسط ساکنان، به‌ویژه در زمینه فعالیت‌های روزمره، می‌تواند نشانه دو وضعیت باشد: یا سالمندان به‌دلیل 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. درنتیجه، تجربه زیستن در این سراها، نه به‌عنوان زیست در خانه، بلکه به‌مثابه اقامت موقتی در یک نهاد کنترل‌شده بازتولید می‌شود.

افزایش فرصت‌های تعامل اجتماعی

یکی از الگوهای تکرارشونده در سراهای موردبررسی، سطح پایین تعامل اجتماعی میان ساکنان بود. در مشاهدات میدانی، حتی در بازه‌های زمانی هم‌زمان با ساعات ملاقات، حضور ساکنان در فضاهای عمومی محدود و اغلب منفعلانه بود. نیمکت‌های حیاط و مبل‌های 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 آن‌که 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 چهره‌به‌چهره یا گفت‌وگوی دوطرفه میان ساکنان را محدود می‌کرد. همچنین، در فضاهای باز مانند حیاط، نبود عناصری مانند سایه‌بان، دسترسی مناسب، یا مبلمان قابل‌استفاده 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 ملاقات‌کننده 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 سراها، فضاهایی با مقیاس میانی یا چیدمان انعطاف‌پذیر که امکان شکل‌گیری روابط غیررسمی، گفت‌وگوهای کوتاه یا فعالیت‌های گروهی محدود را فراهم کنند، به‌طور محسوسی مشاهده نشد. همچنین، در بیشتر مراکز موردمطالعه، 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 انجام‌شده، حفظ حریم خصوصی یکی از مؤلفه‌هایی بود که در بسیاری از سراهای سالمندی موردمطالعه، کمتر مورد توجه قرار گرفته بود. داده‌های گردآوری شده نشان می‌دهد ترکیبی از عواملی چون ساختار فضایی نامناسب، عدم تفکیک کافی میان گروه‌های ساکن، و نبود امکانات پایه برای خلوت شخصی، بر تجربه زیسته 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 هم‌اتاقی 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 قابل‌مشاهده 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. ازنظر کیفیت کالبدی، در همین سرای شماره ۴ که مختص زنان است، کمبودهایی در امکانات پایه نیز



تصویر ۲۱. نقشه‌های طبقات سرای سالمندان شماره ۳. بعضی از اتاق‌های خواب فاقد نور طبیعی هستند.

مشاهده شد. برای‌نمونه، توالت‌ها و حمام‌ها فاقد در بودند (تصویر ۱۳)؛ مسئله‌ای که مستقیماً امکان حفظ حریم شخصی را محدود کرده بود. در برخی اتاق‌ها نیز به‌دلیل 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 موردبررسی، شرایط فیزیکی و عملکردی لازم برای حمایت از حریم خصوصی ساکنان، به‌ویژه در سطح اتاق‌های خواب، سرویس‌های بهداشتی و فضاهای عمومی نیمه‌خصوصی، به‌طور کامل فراهم نشده است.

بحث

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. یافته‌های کیفی این پژوهش در شش سرای سالمندی تهران، نشان می‌دهد تجربه زیسته سالمندان به‌طور عمیق توسط منطق نهادی پزشکی‌محور شکل می‌گیرد. برخلاف بخشی از مطالعات پیشین که کیفیت پایین زندگی در سراهای سالمندی را عمدتاً به فقدان زیرساخت‌های فیزیکی یا ضعف در طراحی فضاها نسبت داده‌اند [۸، ۹]، نتایج این تحقیق نشان می‌دهد مسئله ماهیتی ساختاری‌تر دارد و صرفاً با مداخلات خردمقیاس طراحی قابل‌حل نیست. معماری این فضاها بازتاب مستقیم یک مدل مراقبتی پزشکی‌محور است که سالمند را نه به‌عنوان کنشگری فضایی، بلکه همچون بیمار و موضوع مراقبت تعریف می‌کند.

این یافته‌ها را می‌توان در چارچوب نظریه تناسب فرد-محیط[16] تبیین کرد [۲۷]؛ نظریه‌ای که بر تعادل میان توانمندی‌های فرد

16. Person–Environment Fit



تصویر ۳۱. توالت‌های بدون در با هدف افزایش ایمنی در سرای سالمندان شماره ۴

سالمند

و فشارهای محیطی تأکید دارد. این نظریه تأکید می‌کند کیفیت زندگی و احساس خودمختاری سالمندان زمانی بهبود می‌یابد که محیط نه فقط فشارها و محدودیت‌ها را کاهش دهد، بلکه با نیازها، توانمندی‌ها و هویت فرد سازگار شود و امکان تعامل معنادار با فضا و دیگران را فراهم آورد. در سراهای موردمطالعه، فشارهای محیطی ناشی از محدودیت‌های فضایی، کنترل نهادی و وابستگی سازمان‌یافته، اغلب فراتر از سطح توانمندی سالمندان، حتی سالمندان نسبتاً مستقل، عمل می‌کند. پیامد این عدم تعادل، کاهش مشارکت، کناره‌گیری اجتماعی و تجربه زیستن منفعلانه است؛ وضعیتی که در روایت‌های سالمندان به‌وضوح بازتاب یافته است.

علاوه‌براین، مرورهای نظام‌مند اخیر نشان می‌دهد محیط مراقبت باز و به‌ویژه طراحی‌های خانه‌مانند با نتایج مثبت در کیفیت زندگی، تعامل اجتماعی و خودمختاری ساکنان همراه است، هرچند شواهد به‌دلیل کمبود مطالعات با کیفیت بالا هنوز مشروط است [۲۸]. ازسوی‌دیگر، تحولات طراحی محیط‌های مراقبتی نوین، مانند طراحی‌های مبتنی بر اصول سازگار با دمانس[17] و محیط‌های انسانی با اندازه‌های کوچک و انعطاف‌پذیر، نشان داده‌اند معیارهای محیطی می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی بر تجربه ساکنان تأثیر بگذارند و به‌ویژه در زمینه خودمختاری و مشارکت اهمیت دارند [۲۹].

در دو دهه گذشته، ادبیات پژوهشی مرتبط با ابعاد فضایی سراهای سالمندی، به‌درستی بر کاستی‌های معماری این مراکز تأکید کرده است، مانند احساس انزوا [۷]، کاهش کیفیت زندگی [۸]، و افزایش اضطراب مرگ [۱۰]. بااین‌حال، اغلب این مطالعات به نقد ساختاری مدل مراقبتی غالب نپرداخته‌اند. همچنین، راهکارهای پیشنهادی اغلب در قالب توصیه‌های طراحی جزئی و خردمقیاس بوده‌اند؛ شامل نور طبیعی بیشتر، رنگ‌های متنوع، یا دسترسی بهتر به فضای باز [۲۳، ۲۴]. باوجوداین، همان‌گونه که این مطالعه نشان می‌دهد، هیچ‌یک 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 نسخه‌برداری از مدل‌های موجود در کشورهای توسعه‌یافته پیش رفته‌اند؛ برای‌مثال، پیشنهاد اجرای مدل «مراکز بازنشستگی با مراقبت پیوسته» آمریکایی[18] یا الگوگیری از دهکده‌های بازنشستگی بدون توجه کافی به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ایران، ازجمله این نمونه‌هاست [۳۰]. این دسته از مطالعات، هرچند نیت تغییر دارند، اما اغلب به‌جای تولید دانش بومی، به انتقال الگوهایی می‌پردازند که در زمینه 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 [۳۱].

ادبیات بین‌المللی نیز از زوایای مختلف بر ناکارآمدی الگوی سنتی مراقبت مؤسسه‌ای تأکید دارد؛ برای‌مثال، مطالعاتی عدم انعطاف‌پذیری فضایی، فقدان شخصی‌سازی و کمبود مناطق نیمه‌خصوصی را از موانع اصلی تجربه مثبت در فضاهای مراقبتی برشمرده‌اند [۳۲، ۳۳]. این تحلیل‌ها با یافته‌های این پژوهش هم‌راستا هستند: طراحی راهروهای صرفاً کاربردی، چیدمان‌های غیرقابل‌تنظیم اتاق‌ها، و نبود فضاهایی برای تعامل داوطلبانه نشان می‌دهند معماری این فضاها با الگوی زندگی انسانی فاصله زیادی دارد.

17. Dementia friendly

18. Continuing Care Retirement Communities (CCRC)

ازسوی‌دیگر، برخی پژوهش‌ها به اهمیت «احساس تعلق به مکان» و «حس خانه‌مانندی» اشاره کرده‌اند، اما عملاً راه‌حل‌هایی در چارچوب همان مدل نهادی ارائه داده‌اند [۱۹، ۲۰]؛ راه‌حل‌هایی که با افزودن گیاه یا رنگ گرم می‌کوشند خانه سالمندان را دلپذیرتر کنند، بدون آن‌که به منطق بنیادی فضا که مبتنی بر انضباط و 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 تجربه فردی را می‌دهد. اما مدل غالب، نه‌تنها این قابلیت‌ها را تشخیص نمی‌دهد، بلکه معماری فضا را نیز در راستای انکار آن‌ها سامان می‌دهد. بنابراین، مسئله اصلی آن‌چنان که در شماری از مطالعات نیز مطرح شده [۱۱، ۳۴] فقط نبود امکانات نیست، بلکه ساختاری است که در آن، فضا به ابزار نظارت و انفعال بدل شده است.

به‌این‌ترتیب، می‌توان گفت 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. ازآن‌جایی‌که معماری از دل این مدل زاده شده، هر تلاشی برای اصلاح آن بدون بازنگری مدل مراقبتی، تنها تلطیف سطحی واقعیتی خشن خواهد بود.

این بررسی انتقادی نشان می‌دهد مداخلات طراحی جزئی و خُردمقیاس، مانند بهبود نورگیری، رنگ، مبلمان یا افزایش دسترسی به فضای سبز، در صورتی که بدون بازنگری در الگوی مراقبت نهادی انجام شوند، تنها به بهبودهای ظاهری و موقتی می‌انجامند و ظرفیت ایجاد تغییرات بنیادین در تجربه زیستی سالمندان را ندارند. طراحی خرد اغلب به دنبال کاهش ریسک و انطباق با استانداردهای فنی است، نه تقویت حس کنترل، تصمیم‌گیری یا مشارکت فعال ساکنان.

از منظر سیاست‌گذاری، یافته‌های این پژوهش تأکید می‌کند تمرکز صرف بر شاخص‌های ایمنی و استانداردهای فنی بدون در نظر گرفتن جنبه‌های تجربی، خودمختاری و کیفیت زیستن می‌تواند به محیط‌هایی منجر شود که سالمندان را به رانده‌شدگان منفعل تبدیل می‌کنند. بنابراین، سیاست‌های مراقبتی باید بازتعریف شوند تا خودمختاری، دسترسی واقعی به فضا، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های روزمره و سنجش تجربه زیسته سالمندان در کنار ایمنی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

این مقاله با تکیه بر تحلیل کیفی شش سرای سالمندی در تهران، نشان داد کیفیت پایین تجربه زیستن سالمندان بیش از آنکه ناشی از نواقص فیزیکی جزئی و خُردمقیاس باشد، محصول الگوی مراقبتی نهادی و پزشکی‌محور است که طراحی محیط را نیز شکل داده است. این الگو با اولویت‌بخشی به ایمنی، انضباط و مدیریت، فضاهایی تولید می‌کند که بیشتر نقش محیط‌های نظارتی و بالینی دارند تا فضاهای زیست‌محور و انسانی. شواهد میدانی حاکی از آن است که حتی در مواردی که طراحی فیزیکی تلاش داشته پاسخ‌گوی نیازهای انسانی باشد؛ برای‌مثال چیدمان مبلمان در فضاهای عمومی یا تأمین نور طبیعی، فقدان یک مدل مراقبتی مشارکتی و غیربالینی سبب شده این فضاها به‌ندرت 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، درحالی‌که 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 به‌عنوان بیمار یا دریافت‌کننده منفعل خدمات، بلکه به‌مثابه فردی دارای هویت، حافظه، توانمندی و حق انتخاب بپذیرد.

براین‌اساس، آینده طراحی برای سالمندان در گروی 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 دهنده یک ساختار بیمار به عاملی برای بازسازی کرامت انسانی سالمندان تبدیل شود. معماری و طراحی محیط تنها زمانی می‌تواند نقش مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایفا کند که با الگوهای مراقبت مشارکتی، انسان‌محور و انعطاف‌پذیر تلفیق شود؛ رویکردی که نه سالمند را به‌عنوان بیمار منفعل، بلکه به‌مثابه فردی با هویت، توانمندی و آگاهی فضایی به رسمیت می‌شناسد.

توصیه‌های سیاست‌گذاری، کاربردی و پژوهشی

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد تمرکز صرف بر کاهش ریسک و رعایت استانداردهای ایمنی، بدون در نظر گرفتن ابعاد فضایی و تجربه‌ای سالمندان، به تولید محیط‌هایی می‌انجامد که سالمندان را به سوژه‌هایی منفعل تبدیل می‌کنند. براین‌اساس، سیاست‌ها و رویه‌های سازمانی باید بازتعریف شوند تا خودمختاری، مشارکت فعال و دسترسی به فضاهای متنوع در کنار ایمنی، به‌عنوان شاخص‌های کیفیت مراکز سالمندی لحاظ شوند؛ ازجمله اقدامات کلیدی در این راستا می‌توان به پذیرش سطوح قابل‌مدیریت ریسک، فراهم کردن امکان تصمیم‌گیری روزمره سالمندان، آموزش و توانمندسازی مراقبین برای حمایت از استقلال و مشارکت ساکنان، بهبود انعطاف‌پذیری فضاهای

شخصی، نیمه‌خصوصی و عمومی و اجرای مداخلات مشارکتی در طراحی[19] با مشارکت سالمندان و خانواده‌ها اشاره کرد. چنین رویکردی می‌تواند کیفیت زندگی، حس کنترل و تعلق مکان را ارتقا دهد و محیطی انسان‌محور و زیست‌پذیر ایجاد کند.

علاوه‌براین، پژوهش‌های آتی می‌توانند به شکل مطالعات تطبیقی میان مدل‌های مراقبتی سنتی، مشارکتی و خانه‌مانند، مطالعات طولی برای بررسی تغییر تجربه زیسته سالمندان، تحلیل تعامل سیاست‌گذاری و طراحی محیط و توسعه شاخص‌های کمی و کیفی سنجش خودمختاری و کیفیت زندگی متمرکز شوند. چنین مطالعاتی علاوه‌بر تقویت دانش نظری، می‌توانند به تصمیم‌گیری‌های عملی و سیاست‌گذاری‌های سازمانی کمک کنند و پایه‌ای برای طراحی محیط‌های مراقبتی مشارکتی و انسان‌محور در ایران فراهم آورند.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه بر پایه 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 زمینه 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 گسترده نتایج نبوده است.

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

علاوه‌براین، تنها سالمندانی که دچار اختلالات شناختی شدید نبودند برای مصاحبه انتخاب شدند تا داده‌های قابل‌اتکاتری به دست آید. افراد معرفی‌شده 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 مشارکت‌کنندگان در بیان تجربه‌های خود تأثیر گذاشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

برداشت داده‌های مورد استفاده این پژوهش با شماره پیگیری UAHPEC-020558 توسط کمیته اخلاق دانشگاه اوکلند تأیید شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری سعید حق‌نیا در دانشگاه اوکلند است. این پژوهش هیچ‌گونه کمک‌هزینه خاصی از سوی نهادهای تأمین‌کننده بودجه در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

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 می‌شود.

19. Co-design

References

[1] WHO. Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2025. [Link]

[2] Schwarz B. Nursing home design: A misguided architectural model. Journal of Architectural and Planning Research. 1997; 14(4):343-59. [Link]

[3] Schwarz B. Nursing home design: Consequences for employing the medical model. New York: Garland Science; 1996. [Link]

[4] Yang ACH, Lau N, Ho JCF. The role of bedroom privacy in social interaction among elderly residents in nursing homes: An exploratory case study of Hong Kong. Sensors. 2020; 20(15):4101. [DOI:10.3390/s20154101] [PMID]

[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; 37(6):618-20. [DOI:10.1093/ageing/afn207] [PMID]

[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; 32(3-4):337-78. [DOI:10.1080/02763893.2018.1505461]

[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; 3(2):103-18. [DOI:10.1163/1569209041641822]

[8] 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; 8(4):127-35. [DOI:10.5539/gjhs.v8n4p127] [PMID]

[9] 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; 131:103885. [DOI:10.1016/j.cities.2022.103885]

[10] 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 (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(2):152-71. [DOI:10.32598/sija.16.2.862.2]

[11] 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; 22(2):261-9. [DOI:10.1080/13607863.2016.1244803] [PMID]

[12] 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; 13(1):1472499. [DOI:10.1080/17482631.2018.1472499] [PMID]

[13] Tufford F, Lowndes R, Struthers J, Chivers S. 'Call security': Locks, risk, privacy and autonomy in long-term residential care. Ageing International. 2018; 43(1):34-52. [DOI:10.1007/s12126-017-9289-3]

[14] Slettebø Å. Safe, but lonely: Living in a nursing home. Nordic Journal of Nursing Research. 2008; 28(1):22-5. [DOI:10.1177/010740830802800106]

[15] Cohen LW, Zimmerman S, Reed D, Brown P, Bowers BJ, Nolet K, et al. The green house model of nursing home care in design and implementation. Health Services Research. 2016; 51(Suppl 1):352-77. [DOI:10.1111/1475-6773.12418] [PMID]

[16] de Boer B, Beerens HC, Katterbach MA, Viduka M, Willemse BM, Verbeek H. The physical environment of nursing homes for people with dementia: Traditional nursing homes, small-scale living facilities, and green care farms. Healthcare. 2018; 6 (4):137. [DOI:10.3390/healthcare6040137] [PMID]

[17] Kok JS, Nielen MMA, Scherder EJA. Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: An 8-month controlled trial. Health and Quality of Life Outcomes. 2018; 16(1):38. [DOI:10.1186/s12955-018-0853-7] [PMID]

[18] Zimmerman S, Bowers BJ, Cohen LW, Grabowski DC, Horn SD, Kemper P, et al. New evidence on the green house model of nursing home care: Synthesis of findings and implications for policy, practice, and research. Health Services Research. 2016; 51(Suppl 1): 475-96. [DOI:10.1111/1475-6773.12430] [PMID]

[19] Sharghi A, Ghanbaran A, Salehi Kousalari F. [A review of aging theories and its reflection in the landscape architectural features of nursing homes (Persian)]. Human & Environment. 2020; 18(55):55-70. [Link]

[20] 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 (Persian)]. Armanshahr Architecture & Urban Development. 2019; 11(25):293-300. [Link]

[21] 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; 36(4):410-32. [DOI:10.1080/26892618.2021.1987370]

[22] Ordoukhani D, Khoshnevis AM. Designing nursing homes using sense of attachment to place approach. International Journal of Health Sciences. 2022; 6(S7):1454-68. [DOI:10.53730/ijhs.v6nS7.11549]

[23] Rajabian M, Dehghan N. Factors Influencing Residents' Satisfaction in Nursing Homes, Isfahan Province, Iran: Structural Equation Modeling (SEM). Space Ontology International Journal. 2022; 11(3):57-74. [Link]

[24] 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 ("Ata", "Marhamat" and "Aftab") in Ardabil (Persian)]. Journal of Architectural Thought. 2022; 6(11):55-72. [DOI:10.30479/at.2021.14377.1640]

[25] United Nations. United Nations Principles for Older Persons. New York: United Nations; 1991. [Link]

[26] Haghnia S. Architecture of the Residential Care Environments for the Elderly in Tehran, Iran [PhD dissertation]. New Zealand: The University of Auckland; 2025. [Link]

[27] Lawton MP. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO, editors. Aging and the environment: Theoretical approaches. New York: Springer Publishing Company; 1982. [Link]

[28] Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M. Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022; 3(3):CD012892. [DOI:10.1002/14651858.CD012892.pub2] [PMID]

[29] Ghamari M, Suvish, Dehkordi AA, See CH, Sami A, Yu H, et al. Dementia Friendly Buildings-Approach on Architectures. Buildings. 2025; 15(3):385. [DOI:10.3390/buildings15030385]

[30] Postindoz ZD, Moosavi MS. Evaluation of spatial quality in Elderly Housing Facilities. European Journal of Sustainable Development. 2018; 7(2):73-80. [DOI:10.14207/ejsd.2018.v7n2p73]

[31] Olfat M, Zarghami E. [Evaluation of desirable indicators related to elderly living spaces (Persian)]. Journal of Sustainable Architecture and Urban Design. 2020; 7(2):1-22. [DOI:10.22061/jsaud.2019.4541.1345]

[32] 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; 28(5):491-500. [DOI:10.1177/1533317513488923] [PMID]

[33] 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; 16(7):878-96. [DOI:10.1177/1471301215622839] [PMID]

[34] McLean A. Power in the nursing home: The case of a special care unit. Medical Anthropology. 2001; 19(3):223-57. [DOI:10.1080/01459740.2001.9966177] [PMID]