

شهر دوستدار سالمند و معیارهای طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی با رویکرد سلامت روان

هوشنگ فروغمند اعرابی* - دانشجوی کارشناسی ارشد معماری، گروه معماری، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
لیلا کریمی فرد - دکتری معماری، استادیار، گروه معماری، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Age-friendly city design criteria centers of social interaction with the concepts of space and culture approach to mental health

Abstract

Attention to the role of the elderly in the urban planning and architecture on the one hand and the realization of the age-friendly cities, the main priorities in the process of planning and architecture. Evolutionary social context and changes in age structure of the population changes in the aging urban population, also focuses on this. Meanwhile, addressing the issue of "mental health" of the main psychological needs of the elderly in this study, with an emphasis on mental health theories and theories of urban design and architecture is done. Tries to measures designed to increase the space in the old centers of social interaction social interaction is discussed. The theoretical basis of this study, based on the idea of "y Gasset" and "field theory of Kurt Lewin was". The method of "descriptive" in the theoretical literature and research methods "meta-analysis" in discussions with the Data theories and studies, including the library and documentary benefited. At the end of several strategies in order to achieve the first stage of age-friendly cities and recommendations on measures designed to improve the mental health of the elderly in the second stage agreement has been mentioned. Keywords: age-friendly city, the center of social interaction, social communication theories, and theories of mental health.

چکیده

امروزه توجه به جایگاه و نقش سالمندان در نظام برنامه‌ریزی شهری و معماری از یک طرف و تحقق-پذیری شهرهای دوستدار سالمند، از اولویتهای اساسی در فرآیند برنامه‌ریزی شهر و معماری است که تطورات بافت اجتماعی و تغییر ساختار سنی کشور و تحولات جمعیتی موجود که به پیر شدن جمعیت شهری می‌پردازد، نیز بر این امر تأکید دارد. در این میان، پرداختن به مقوله «سلامت روان» از اصلی‌ترین نیازهای روان‌شناختی سالمندان است که در این پژوهش با تأکید بر نظریه‌های سلامت روان و نظریه‌های طراحی فضاهای شهری و معماری، تلاش شده است تا معیارهایی در طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی در قالب فضای افزایش تعاملات اجتماعی مورد اشاره قرار گیرد. مبنای نظری این تحقیق، بر اساس نظریه فعالیت «گاست» و «نظریه میدانی کورت لوین» بوده که از روش تحقیق «توصیفی-تحلیلی» در مرحله ادبیات نظری و روش تحقیق «فراتحلیل» در جمع‌بندی نظریه‌ها و راهکارسنجی با ابزار گردآوری داده‌مشمول بر مطالعات کتابخانه‌ای و اسنادی بهره‌برده است. در پایان راهکارهایی چند در راستای تحقق‌پذیری شهرهای دوستدار سالمند در مرحله اول و پیشنهاداتی در حوزه معیارهای طراحی برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی سالمندان در مرحله دوم مورد اشاره قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: شهر دوستدار سالمند، مراکز تعاملات اجتماعی، نظریه‌های تعاملات اجتماعی، نظریه سلامت روان.

* نویسنده مسئول مکاتبات، شماره تماس: ۰۹۱۲۸۱۸۶۸۴۸؛ رایانامه: h-foroughmand@yahoo.com

۱. این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با عنوان «مراکز تعاملات اجتماعی سالمندان با رویکرد دگرشناسی مفاهیم فضا و فرهنگ ایرانی» تهیه شده است که با راهنمایی خانم دکتر لیلا کریمی فرد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب به انجام رسیده است که بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه قدردانی می‌گردد.

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يَحْرُجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ ثُمَّ لِيَکُونُوا شِوَحًا وَمِنْكُمْ مَنْ يَتُوفَى مِنْ قَبْلِ وَلِتَبْلُغُوا أَجَلًا مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ؛ اوست که شما را از خاک و [طی مراحل مختلف] از نطفه و جنین ابتدایی آفرید؛ آن گاه شما را [به صورت] کودکی [به دنیا] می آورد. آنگاه [امکان می دهد] تا به حد رشد برسید و سالخورده شوید؛ بعضی از شما دچار مرگ [زودرس] خواهند شد و [به گروهی دیگر از شما امکان داد] تا به اجل مقرر برسید بسا که درک کنید.» [غافر، آیه ۶۷]

مقدمه

افزایش خواهد یافت. از طرف دیگر سالمندان شاهد جهان در سایه پیشرفت‌های علمی و تحول «پارادایم‌های زیستی»^۱، شاهد افزایش جمعیت سالمند است. برآوردها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۵٫۶ درصد به ۱۷٫۵ درصد «پراگماتیستی»^۲، تعاریف و نگرش‌های متفاوتی به

۱. الگوواره (از یونانی: پارادیگما $\pi\alpha\rho\alpha\delta\epsilon\iota\gamma\mu\alpha$ paradeigma)، به انگلیسی پارادایم، سرمشق و الگوی مسلط و چارچوب فکری و فرهنگی است که مجموعه‌ای از الگوها و نظریه‌ها را برای یک گروه یا یک جامعه شکل داده‌اند. هر گروه یا جامعه، «واقعیات» پیرامون خود را در چارچوب الگوواره‌ای که به آن عادت کرده تحلیل و توصیف می‌کند. الگوواره‌هایی که از زمان‌های قدیم موجود بوده‌اند از طریق آموزش محیط به افراد، برای فرد به صورت چارچوب‌هایی «بدیهی» در می‌آیند. واژه پارادایم (Paradigm) نخست در سده پانزدهم و به معنی «الگو و مدل» مورد استفاده قرار گرفت. از سال ۱۹۶۰ کلمه پارادایم به الگوی تفکر در هر رشته علمی یا دیگر متون شناخت‌شناختی گفته می‌شود (بنقل از ویکی-پدیای فارسی، ۱۳۹۳).

۲. سالمندی یک پدیده جهانی می‌باشد. یکی از گروه‌های سنی در دنیا که بیشترین رشد را به خود اختصاص داده است، جمعیت سالمند ۶۰ سال به بالا می‌باشد. اخیراً جمعیت سالمند در حدود ۶۵۰ میلیون نفر می‌باشد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ این جمعیت به میزان ۲ میلیارد نفر برسد. امید به زندگی در کشورهای نظیر ژاپن و فرانسه بیش از ۸۰ سال بوده و امید به زندگی در چندین کشور آفریقایی، حدوداً ۴۰ سال کمتر می‌باشد. شاخص امید به زندگی در ایران به ۷۴ سال رسیده است (ماخذ: گزارش پیام روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، سالمندی و سلامت).

۳. تحقیق در ماهیت شناخت که به آن شناخت‌شناسی یا اپیستمولوژی (Epistemology) نیز گفته می‌شود، شاخه‌ای از فلسفه است. واژه اپیستمولوژی را نخستین بار ج. ف. فریه در سال ۱۸۵۴ میلادی به کار برد. او فلسفه را به دو بخش تقسیم کرد: «۱. هستی‌شناسی (انتولوژی) و ۲. شناخت‌شناسی (اپیستمولوژی)». در فرهنگ عربی، به این واژه «علم المعرفة» یا «نظریه المعرفة» گفته می‌شود. شناخت‌شناسی یا اپیستمولوژی، یا نظریه المعرفة، از خاستگاه، شالوده و اعتبار «شناخت» بحث می‌کند. شناخت، یعنی علم یافتن و دانستن حقایق اشیا و پدیده‌های محسوس و قابل درک با حواس، و نیز دست یافتن به حقیقت آن دسته از حقایق موجود جهان که به طور مستقیم با حواس نمی‌توان به آنها دست یافت. اپیستمولوژی می‌کوشد تا توانایی انسان را در شناخت حقیقت و شیوه رسیدن به آن آشکار سازد و انسان را به توانمندی‌هایش در زمینه معرفت توجه دهد.

۴. پراگماتیسم (یا عمل‌گرایی) از واژه یونانی پراگما، به معنای عمل، مشتق شده است. این اصطلاح را «چارلز ساندرز پیرس» (در قالب اصل پرگماتیک) در سال ۱۸۷۸ وارد فلسفه کرد. عمل‌گرایی، مکتبی است که سرچشمه آن را نگرش حوزه آمریکا به فلسفه می‌دانند. با نگاهی به گذشته، عمل‌گرایی مهم‌ترین و تنها حرکت فلسفی آمریکایی مابین پایان جنگ داخلی آن کشور و پایان جنگ جهانی دوم بوده است. در این مکتب، نه تنها مسائل فلسفی، بلکه مسائل مربوط به انسان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. این نگرش فلسفی، در جستجوی خود برای ارائه تفسیر کاملی از زندگی انسان، می‌کوشد ذهن و طبیعت، زبان و اندیشه، عمل و معنا، و شناخت و ارزش را به هم مرتبط سازد و بر اهمیت اساسی اندیشه انتقادی، روش منطقی و آزمون تجربی در تمام حوزه‌های مختلف کوشش‌های انسانی تأکید کند (ر.ک: شفلر، اسرائیل، چهار پراگماتیست، ترجمه محسن حکیمی، تهران، نشر مرکز، ویرایش دوم، ص ۱۵).

کوچک‌تر جامعه اجتماعی بهره گیرد، خالی است. بحث از سالمندی بدون شک بحث از زمان را در دل خود مستتر دارد. زمان در معماری نیز از عوامل بسیار مهمی است که گاه آنقدر عیان بوده است که در نظر معماران و طراحان حاجتی برای بیان نبوده است. زمان مفهومی بسیار عمیق و در عین حال ابتدایی است که تمام اموری که بدان وابسته‌اند را به یکدیگر مرتبط می‌گرداند^۱. ایجاد فضاهایی که انسان را به حضوری فارغ از زمان قراردادی، برساند و یا توجه به جاودانگی دغدغه‌ای ماندگار در تاریخ معماری ایران و جهان است. زمان در معماری می‌تواند به گونه‌هایی متفاوت در فضاهای گذر و مکث و همچنین در ایجاد فضاهایی متمرکز که گویی در آنها زمان متوقف شده است و مخاطب به جای گذشتن از آن به بودن در آن کشیده می‌شود، دخیل است. دگرشناسی مفاهیم سالمندی و ارتباط معماری در حوزه عمل و نظر با شناسایی فضاهایی با درون‌مایه فرهنگ ایرانی و همچنین نگاهی متفاوت به دوره سالمندی که آن را دوره‌های ارزشمند حاوی تجربیات و اندوخته‌های حاصل از زندگی میدانند و لزوم بهره‌برداری از این تجارب را در پیوسته نگاه داشتن بافت ذهنی جامعه و جلوگیری از تفکیک و حذف مراحل زندگی از بطن زندگی اجتماعی را مدنظر قرار می‌دهد، از چشماندازهای اولیه این تحقیق محسوب می‌شود. از این رو تلاش این تحقیق بر آن است که با طراحی فضاهای معماری متناسب با نیازهای روزانه و اجتماعی سالمندان آنان را به عرصه فعالیت‌های اجتماعی دعوت کرده و در تعامل با سایر اقشار جامعه قرار دهد.

سالمندان و دوره سالمندی وجود دارد که بیش از هر چیز تحت تاثیر نگرش‌های اجتماعی و ایدئولوژیکی و گاهاً فرهنگ روزمره زندگی جمعی آن جامعه است. بررسی عمیق‌تر این نگرش‌ها نشان می‌دهد که فارغ از تفاوت‌های گسترده در مواجهه با موضوع سالمندی، نگرش‌های عمده را میتوان در دو دسته کلی طبقه‌بندی کرد. دیدگاه اول بر بااهمیت بودن دوره زندگی سالمندی و با ارزش دانستن این دوره از زندگی و به تناسب آن اهمیت نقش سالمند در جامعه و استفاده از حضور آنان تاکید دارد و در دیدگاه مقابل، بی تفاوتی یا کم اهمیت قلمداد کردن نقش سالمند در زندگی اجتماعی و حتی ترجیح بر حذف سالمندان از حضور در جامعه و تنها نگهداری از آنان به عنوان طبقه اجتماعی ناکارآمد تاکید دارد^۱. در حال حاضر در فرهنگ غالب در جامعه ایران برخوردی دوگانه با این مسئله اتخاذ شده است؛ چرا که از یک‌سوی زندگی پر تنش و پر تلاطم جاری حاصل از تکنولوژی زدگی افراطی مانعی است برای تأمل و تعمق در مفاهیم اصلی انسانی (و دوره سالمندی به طور خاص) و از سوی دیگر ارزش‌های انسانی ثابتی جدای از ارزش‌های گذرای فرهنگی در همه زمان‌ها و مکان‌ها به چشم می‌خورند که خواهان درک مفاهیم انسانی و توجه به انسانیت هستند. در این میان جای خالی فضایی که نه تنها نگاه به زندگی سالمندی را از شیوه معمول نگهداری و مراقبت خارج کرده، بلکه با بازگرداندن آنان به زندگی اجتماعی و جامعه بر اهمیت ارج نهادن بر این مرحله واپسین زندگی تاکید کرده و از نقش دوره سالمندی در ساخت و تربیت اجزا

۱. شایان ذکر است که باید بر عزت اجتماعی سالمندان و سلامت جسم و روان ایشان توجه خاصی داشت. با توجه به شعار امسال ۲۰۱۲ سازمان بهداشت جهانی موارد زیر را می‌توان از اهداف این سازمان عنوان کرد: «۱. ایجاد شهر دوست‌دار سالمند؛ ۲. برآوردن نیازهای سالمند در ارائه خدمات به آنان؛ ۳. توجه به تغییرات جمعیتی؛ ۴. توسعه محیط‌های دوستانه سالمندان؛ ۵. قابلیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی کارآمد». بستر سازی و فرهنگ سازی در مورد سالمند و سالمندی باید از اهداف همگان و به خصوص مراکز تحقیقاتی و پژوهشی باشد.
۲. در ادبیات عرفانی پیر سمبل حرمت، قداست، گذشت، هدایت و واسطه وصال به حق است. انسانی که نه تنها سربار جامعه نیست، بلکه راهگشا و راهبری است که مسیر سنگلاخی زندگی را هموار می‌سازد. شیخ بهایی نقل می‌کند که حکیمی گفت «خیر مرد در نیمه دوم عمر اوست که طی آن نادانیش برود، کارش فزونی یابد و خاطرش جمعیت گیرد.» و یا به قول حافظ شیرین سخن «جوانا سرمتاب از پند پیران، که رأی پیر از بخت جوان به؛ نصیحت گوش کن جانا که از جان دوست تر دارند، جوانان سعادت مند، پند پیر دانا را.»

در این مقاله ابتدا به تعاریف مرتبط با سالمندی و سطوح نیازهای فیزیولوژیکی و روان شناختی آنها پرداخته شده است و در ادامه نظریه های مربوط به طراحی فضاهای شهری برای شکل گیری تعاملات اجتماعی به اختصار بیان گردیده است. در ادامه نظریه های سلامت روان برای سالمندان بررسی شده و در نهایت معیارها و پیشنهاداتی برای طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندان با تاکید بر «نظریه های سلامت روان» مورد اشاره قرار گرفته است.

مواد و روشها

از آنجا که این پژوهش در مرحله اول «ماهیتی بنیادی و نظری» دارد و سپس به «تحقیقی کاربردی» نظر دارد؛ لذا در مرحله اول در حوزه مبانی نظری، روش تحقیق «توصیفی-تحلیلی» است که در مرحله تحلیل آن از «روش تحلیل استدلالی» بهره گرفته شده است. در ضمن از «روش اسنادی» با ابزار گردآوری داده مبتنی بر مطالعات کتابخانه ای و تکنیک فیش برداری برای دستیابی به معیارها استفاده شده است. در ضمن، اهداف کلی تحقیق عبارتند از: تعریف فضاهای نوین معماری با محتوای مفاهیم عینی-ذهنی مرتبط با سالمندی؛ تغییر نگرش به زندگی سالمندان و در ادامه، تغییر اساسی در فضاهای کالبدی مرتبط با سن سالمندی (نظیر خانه سالمندان)؛ بهره گیری از این سرمایه های اجتماعی (سالمندان) و استفاده از تجربیات و توانایی آنان در جهت رشد دیگر اقشار جامعه؛ افزایش حضور سالمندان در جامعه با به کارگیری ابزارهای

معماری و جلوگیری از انحصارگرایی فضاهای عمومی برای کاربران خاص؛ ایجاد تعامل بین سالمندان و دیگر اقشار جامعه به منظور تبادل نظر و تاثیرگذاری متقابل رفتاری و روانی گروه های سنی مختلف. ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر مطالعات کتابخانه ای و اسناد و مدارک موجود در رابطه با سالمندان بوده است که از «روش فراتحلیل» نیز برای جمع بندی مطالعات و نتایج مرتبط با طراحی برای سالمندان بهره برده است. همچنین در حوزه ارائه معیارها و اصول طراحی با بهره گیری از علم روانشناسی محیطی از نظریه «گورت لویین»، نظریه فعالیت «گاست» و تئوری تداوم «نوگارتن» بهره گرفته شده است که از دیدگاه لویین «نظریه میدانی»^۲ تنها به حیطه خاصی محدود نمی شود، بلکه مفاهیمی را دربرمی گیرد که با آن می توان حقایق روان شناختی مختلفی را نمایش داد. اما نظر لویین در ارتباط با سلامت روان بر این است که سلامت و کمال روان شناختی موجب افتراق و تمایز یافتگی بیشتر شخص و محیط روان شناختی او می شود و استحکام و استواری مرزهای سیستم روانی فرد به وجود می آورد.

مبانی نظری تحقیق

سالمندی، تغییری است که با گذشت زمان صورت می گیرد. این روند دارای جنبه های مثبت و منفی بوده و پویایی فرآیندهای زیستی، ادراک، رشد و تکامل و بلوغ را در برمی گیرد یعنی اینکه سالمندی در طول زندگی ادامه دارد. سالمندی به طور عامیانه

۱. مدل مفهومی تحقیق حاضر از «نظریه فعالیت گاست» بهره برده است که بر تاثیرگذاری فعالیتها بر سلامت روان تاکید ویژه ای دارد و لذا امکان بسترسازی برای «طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی در شهر دوستدار سالمند» را به عنوان اولویتی اساسی مطرح می کند. شایان ذکر است که تئوری فعالیت به طور واضح توسط «هنری گاست» مطرح شد. فعالیت ضامن رضایت و احساس سلامت است. بنابراین فعالیت و مشارکت افراد سالخورده در عرصه های مختلف اجتماعی و سرگرمی های جدید می تواند احساس لذت و رضایت مندی را در آنها تقویت نماید و به این ترتیب افق روشن همراه با امید در پیش روی آنها باز کند. بر اساس تئوری تداوم که توسط «نوگارتن» مطرح شد، شخصیت افراد سالمند تغییر نمی کند و رفتارها عمدتاً قابل پیش بینی هستند. آنها در عادت ها، تعهدها، پای بندی ها و راه های تطابق با موقعیت های اجتماعی تداوم را حفظ می کنند. رویدادهای اجتماعی که در طی آخرین سالهای زندگی رخ می دهد، فرد سالمند را ناگزیر به پذیرش رفتارهایی می کند که ریشه آن ها در دوران گذشته زندگی وی وجود داشته است.

کالتبی فی اُمته» پیرمرد در میان خانواده‌اش، همچون یک «پیامبر» در میان امتش است.

ب - حرمت بزرگترها؛ رعایت ادب و مقتضای حق‌شناسی نسبت به عمری تلاش صادقانه و ایثارها، گذشته‌ها، دلسوزیها و سوختن و ساختن‌ها که بزرگان از خود نشان داده‌اند، آن است که در خانواده‌ها مورد تکریم قرار گیرند، عزیز و محترم باشند، به آنان بی‌مهری نشود، خاطرشان آزرده نگردد و به توصیه‌ها و راهنمایی‌هایی که از سر سوز و تجربه می‌دهند، بی‌اعتنایی نشود. «بزرگسالی» و «سن بالا» در فرهنگ دینی ما احترام دارد. این سخن پیامبر خدا(ص) است: «مَنْ عَرَفَ فَضْلَ كَبِيرٍ لِسَنَةِ فَوْقَرَهُ، أَمَّنَهُ اللَّهُ تَعَالَى مِنْ فَزَعِ يَوْمِ الْقِيَامَةِ»؛ هر کس فضیلت و مقام یک «بزرگ» را به خاطر سن و سالش بشناسد و او را مورد احترام قرار دهد، خدای متعال او را از هراس و نگرانی روز قیامت ایمن می‌دارد. احترام به بزرگترها و ترحم و مهربانی نسبت به کوچکترها، از دستورالعمل‌های اخلاقی اسلام است و کانون خانواده‌ها را گرم و مصفا می‌سازد و این، توصیه امام صادق(ع) است که فرمود: «أَلَيْسَ مِنَّا مَنْ لَمْ يُوقِّرْ كَبِيرَنَا وَ لَمْ يَرْحَمْ صَغِيرَنَا»؛ کسی که بزرگ ما را احترام نکند و کوچک ما را مورد شفقت و عطف قرار ندهد، از ما نیست.

ج - نسبت به والدین: سالمندان به طور عموم، از احترام برخوردارند. اگر پدر و مادر باشند که این وظیفه، سنگین‌تر و مسؤولیت مضاعف است. قرآن کریم از تندی و پرخاش نسبت به پدر و مادر پیر نهی می‌کند و به سخن نیک و لحن شایسته و خضوع و تواضع و گستردن بال رأفت در برابر آنان و خیرخواهی و دعا در حق آنان دعوت می‌کند. فرمان خداوند، چنین است: «إِنَّمَا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا آفٌ وَ لَا تَنْهَرُهُمَا وَ قُلْ لَهُمَا قَوْلًا

مرحله‌ای تصور می‌شود که در آن کاهش و زوال جسم و فکر شخص به وقوع می‌پیوندد و در حقیقت تنها جنبه خاصی از رشد و تکامل نشان داده می‌شود (اسماعیلی شیرازی، ۱۳۷۹). برخی از فقها سالمند را در اصطلاح فقه چنین تعریف کرده‌اند: «کسی که به سن سالمندی رسیده است که در آن مقطع سنی به هیچ وجه توانایی گرفتن روزه را نداشته باشد.»^۱ البته با توجه به این که تعریف باید هم جامع باشد و هم مانع، چون این تعریف شامل اشخاصی نیز می‌شود که هنوز به سن سالمندی نرسیده‌اند، ولی بر اثر ابتلای به مرضی مزمن، توانایی گرفتن روزه را ندارند؛ لذا تعریف فوق محل انتقاد است. عبداللطیف صالح الفرفور در تعریف سالمند می‌گوید: «هر شخصی را که به سبب طولانی شدن سنش از نگهداری و خدمت به خویش ناتوان گشته باشد، سالمند گویند.»^۲ برخی دیگر از فقها در تعریف سالمند گفته‌اند: «سالمند کسی است که سنش از شصت سال گذشته باشد.» عبداللطیف صالح الفرفور این تعریف را مورد انتقاد قرار داده، زیرا شاید اشخاصی یافت شوند که سنشان به شصت رسیده باشد درحالی که خیلی بسیار توانمند و سرحال‌اند؛ لذا تعریف، جامع و مانع نیست. و در تعریف سالمند بدان اعتنا نمی‌شود.^۳ در اسلام توجهی ویژه به سالمندان شده است:

الف - محور وحدت؛ مجموعه افراد یک فامیل، نسبت به بزرگ خاندان احترام می‌گذارند و در کارها با آنان مشورت می‌کنند و در اختلافات، به رأی و حکمیت و داوری آنان ارج می‌نهند و گاهی یک سخن از سوی آنان، آتش فتنه‌ای را خاموش می‌سازد، یا تفرقه و کدورتی را به وفاق و همدلی و آشتی مبدل می‌سازد. رسول خدا(ص) فرمود: «الْبَرَكَةُ مَعَ الْكَابِرِ كَم»؛ برکت و خیر ماندگار، همراه بزرگترهای شماست. در سخن دیگر فرمود: «الشَّيْخُ فِي أَهْلِهِ

۱. البارتی، شرح العناية على الهداية مع شرح فتح القدير (۶۵۳/۲)؛ الخطاب، مواهب الجليل (۴۱۴/۲)؛ الرملی، نهاية المحتاج (۳۹۱/۳)، منصور بن یونس بن ادريس البهوتي، كشاف القناع (۹۰۳/۲).

۲. برای مطالعه بیشتر ر.ک: عبداللطیف صالح الفرفور؛ فتاوی و قضایا فقهیه معاصره، صص ۵۴۱ و ۶۴۱.

۳. برای مطالعه بیشتر ر.ک: عبداللطیف صالح الفرفور؛ فتاوی و قضایا فقهیه معاصره، ص ۷۴۱

کریماً، وَ اخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذِّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا» (اسراء/ ۲۳) هر گاه یکی از آن دو (پدر و مادر) یا هر دو نزد تو به سن پیری و سالمندی رسیدند، به آنان اف مگو، آنان را طرد مکن و به آنان سخن کریمانه بگو و بال فروتنی را از روی رحمت و شفقت برای آنان بگستر، و بگو: پروردگارا! همان گونه که مرا در خردسالی ام تربیت کردند، تو نیز بر آنان رحمت آور. ادب و احترام نسبت به پدر و مادر بزرگسال، آن است که: آنان را به اسم، صدا نکنی، به احترامشان برخیزی، از آنان جلوتر راه نروی، با آنان بلند و پرخاشگرانه سخن نگویی، نیازهایشان را برآوری، خدمتگزاری به آنان را وظیفه‌ای بزرگ بدانی و از آنان در سن کهولت و پیری مراقبت کنی.

د - انتقال فرهنگ: از عمده ترین راه های انتقال یک فرهنگ به نسل های آینده، رفتار پدر و مادر و مربیان است. کودکان، آنچه را در رفتار بزرگترها ببینند، از آن الگو می گیرند. احترام به بزرگترها و رعایت ادب و تکریم نسبت به سالخوردهگان، اگر در عمل و رفتار ما

تجلی یابد، فرزندان ما نیز، این فرهنگ را می آموزند و با همین آداب و سنن بار می آیند. کسی که انتظار ادب و معرفت و حق شناسی از فرزندانش دارد، باید همین حالت را نسبت به پدر و مادر و بزرگترها نشان دهد، تا کوچکترها هم از او بیاموزند. این یک سنت تاریخی و تأثیر از اعمال و رفتار است. هر کس چیزی را درو می کند که کشته است. اگر در حدیث است که «لا میراث کالادب»؛ هیچ ارثی همانند ادب نیست که از بزرگان به فرزندان برسد، در این مورد هم مصداق می یابد. امام علی (ع) فرمود: «وَقَرُّوا كِبَارَكُمْ، يُوقِّرْكُمْ صِغَارُكُمْ»؛ به بزرگانان احترام کنید، تا کوچکترها هم به شما احترام کنند. امام صادق (ع) نیز فرموده است: «بَرُّوا آبَاءَكُمْ، يَبْرِكُمْ أَبْنَاؤُكُمْ»؛ به پدرانتان نیکی کنید، تا فرزندانان هم به شما نیکی کنند.

فضاهای شهر دوستدار سالمند و تعاملات اجتماعی

موضوع تولید، تقویت و توسعه فضای شهری مناسب، فعال، پویا و زنده به عنوان یکی از اهداف راهبردی



نمودار ۱. مولفه های شکلگیری شهر دوستدار سالمند؛ ماخذ: نعمتی و آقابخشی، ۱۳۹۱.

دارند و به همین دلیل موقعیت‌هایی فراهم می‌آورند تا بتوانند آن را تجربه کنند. رابطه اجتماعی با اهداف خاص صورت می‌گیرد، یا عاطفی است که شامل دوستی، خویشاوندی و روابط همسایگی یا عقلانی است که در جست و جوی به حداکثر رساندن شانس افراد در رسیدن به هدف است. نظام فرهنگی و روابط اجتماعی به هم پیوسته‌اند؛ بدین معنی که برقراری و تداوم روابط اجتماعی سبب تقویت ارزشها و هنجارها یا فرهنگ می‌شود؛ و از سوی دیگر، فرهنگ شرایط و نحوه شکل‌گیری روابط اجتماعی را تعیین می‌کند. رابطه اجتماعی و فرهنگی در فضا اتفاق می‌افتد. بنابراین فضا مجموعه‌ای از روابط اجتماعی و فرهنگی میان گروه خاص و مکان خاص را در بر می‌گیرد. این روابط مدت زمان خاصی دارد، بنابراین زندگی اجتماعی در فضا و زمان واقع شده و توسط آن محدود می‌شود. نوع روابطی که در فضا برقرار می‌شود و شدت آن، به فضا معنی می‌دهد» (طالبی، ۱۳۸۳، ص ۱۶۲). رابطه اجتماعی در فضا و زمان اتفاق می‌افتد. مجاورت می‌تواند علت شروع رابطه اجتماعی باشد، اما شرط کافی آن نیست و میزانی از تجانس برای حفظ این روابط لازم است. ساختار فیزیکی و تقسیمات عملکردی فضا ممکن است گشاینده یا محدود کننده فرصت‌ها برای ارتباط باشد (طالبی، ۱۳۸۳). رابطه اجتماعی و فرهنگی در فضا اتفاق می‌افتد. بنابراین فضا مجموعه‌ای از روابط اجتماعی و فرهنگی میان گروه خاص و مکان خاص را در بر می‌گیرد. رابطه اجتماعی و فرهنگی مدت زمان خاصی دارد. بنابراین زندگی اجتماعی در فضا و زمان واقع شده و توسط آنها محدود می‌شود. نوع روابطی که در فضا برقرار می‌شود و شدت آن، به فضا معنی می‌دهد (طالبی، ۱۳۸۳). «دیر^۱ و «والش^۲» معتقدند که روابط اجتماعی می‌توانند در فضا شکل بگیرند و همچنین توسط شکل فضا، مورد

ارتقای کیفیت محیط در محیط‌های مصنوع شهری، همواره در صدر کار برنامه‌ریزان و طراحان شهری قرار دارد. اهمیت این موضوع اساساً به جهت نقش مؤثری است که این گونه فضاها در جامعه دارند و این مهم بارها از سوی بسیاری از دست‌اندرکاران مسائل شهری، اجتماعی و روان‌شناسی مانند (پاتریک گدس: ۱۹۱۵، گوردن کالن: ۱۹۵۹، کوین لینچ: ۱۹۶۱، لوئیس مامفورد: ۱۹۶۱، جین جیکوب: ۱۹۶۱، ادموند بیکن: ۱۹۷۳، اموس راپاپورت: ۱۹۷۷ و ۱۹۷۸، ادوارد کروپات: ۱۹۸۵، کارولین فرانسو از: ۱۹۸۸، دیوید هربرت: ۱۹۸۱ و ۱۹۹۱، جان مونتگمری: ۱۹۸۸، یان بنتلی: ۱۹۹۹) مطرح شده است (پارسی، ۱۳۸۱، ص ۴۲). اما تجربه نشان می‌دهد به رغم توجه اندیشمندان و تأکیدهای آنان، تلاش برای ایجاد، احیا و تقویت فضای شهری عموماً با موفقیت همراه نبوده و به نظر می‌رسد می‌توان به برخی دلایل آن اشاره کرد: «غلبه اصالت شکل در شناخت، تحلیل و طراحی فضای شهری؛ رشد یکسوگرانه گرایش‌های روان‌شناختی شهری و کم‌توجهی به بستر اجتماعی؛ عدم شناسایی دقیق عوامل اجتماعی مؤثر در محتوا و فرم فضای شهری و ساز و کار آنها؛ عدم کفایت تعریف موجود از محتوای فضای شهری.» کسانی که شهر و جامعه را مطالعه می‌کنند، از دیرباز به فضای عمومی توجه داشته‌اند. به تازگی در علوم اجتماعی و انسانی، علاقه به این موضوع رشد قابل توجهی داشته است. موج ساخت و ساز و بازسازی‌های شهیر در دهه ۸۰ توجه جغرافی‌دانان شهری، برنامه‌ریزان و معماران را به نقش محوری فضای عمومی در مناطق شهری، جلب کرده است. دلیل دیگر توجه فزاینده به عرصه عمومی ظهور و یا تقلا برای برقراری دموکراسی‌های جدید در اروپای شرقی و دیگر مناطق جهان است (مدنی پور، ۱۳۸۴، ص ۲۱۱). «افراد به برقراری رابطه اجتماعی نیاز ذاتی

1. Dear

2. Wolch

تهدید قرار گیرند (کارمونا و همکاران، ۱۳۸۸). الگوها و نظریه های فضاهاى شهری، تعاملات شهروندی و سالمند

عمده متون مربوط به فضای عمومی شهری و محتوای آن در بررسی های خود از ابعاد کالبدی و فعالیتی فضای شهری به سه منبع «زندگی اجتماعی در فضاهاى شهری کوچک»^۱ اثر ویلیام وایت^۲ در ۱۹۸۰، «زندگی در بین ساختمان ها»^۳ اثر جان گهل^۴ در ۱۹۸۷ و «مکان های مردمی: راهنمای طراحی فضای باز شهری»^۵ اثر کلیر کوپرمارکوس^۶ و کارولین فرانسیس^۷ در ۱۹۸۸ ارجاع می دهند. در هر حال نظریه های مرتبط با طراحی فضاهاى شهری بطور اعم که سالمندان را نیز در بر می گیرند، عبارتند از:

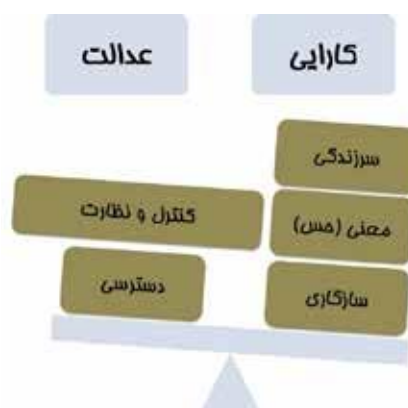
۱. «کوپن لینچ» با انتشار «تئوری شکل خوب شهر» در سال ۱۹۸۱ میلادی حصول کیفیت مناسب طراحی شهری و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی

شهری را در گرو پنج معیار و دو فوق معیار زیر اعلان می دارد: «سرزندگی»: به مفهوم امکان بقای زیست شناختی و جامعه شناختی انسان در محیط شهر؛ «معنی (حس)»: به معنی نقش انگیزی ذهنی و معنادار بودن مکان های شهری؛ «سازگاری»: به منظور انطباق فرم شهری با فعالیت های گوناگون و مدارهای رفتاری؛ «دسترسی»: به مفهوم سهولت نفوذ فیزیکی به بخش های مختلف بافت شهری؛ «کنترل و نظارت»: به مفهوم فراهم بودن امکان انتخاب و مداخله شهروندان در امور مرتبط با مدیریت و استفاده از عرصه همانی؛ «کارایی»: کارا بودن هریک از معیارهای فوق باتوجه به هزینه؛ و «عدالت»: پرداخته شدن هزینه معیارها از طریق سازمان یا طبقه اجتماعی که باید برای آن هزینه کنند»^۹

۲. یکی از مشهورترین مجموعه کیفیت های طراحی شهری مجموعه ارائه شده توسط «یان بنتلی و همکارانش» در کتاب «محیط های پاسخده»^{۱۰}



نمودار ۳. معیارهای ارتقاء کیفیت زندگی از دیدگاه لینچ؛
ماخذ: نگارنده.



نمودار ۱. معیارهای کیفیت محیطی از دیدگاه یان بنتلی و
همکاران؛ ماخذ: نگارنده.

1. The Social Life of Small Urban Spaces
2. William H. Whyte
3. Life Between Buildings
4. Jon Gehl

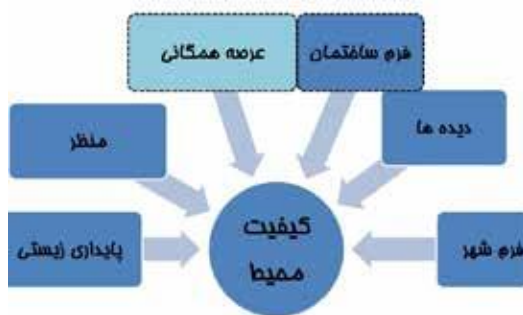
5. People Places: Design Guidelines for Urban Open Spaces
6. Clare Cooper Marcus
7. Carolyn Francis

۸. برای اطلاعات بیشتر ر.ک. به: لینچ، کوپن (۱۳۸۱) تئوری شکل خوب شهر. ترجمه: سید حسین بحرینی. انتشارات دانشگاه تهران.

۹. برای اطلاعات بیشتر ر.ک. به: بنتلی، یان (۱۳۸۱) محیط های پاسخده، ترجمه: بهزادفر، مصطفی، تهران، مرکز انتشارات دانشگاه علم و صنعت.



نمودار ۴. معیارهای اصلی کیفیت در سنجش PPS؛ ماخذ: www.pps.org



نمودار ۵. معیارهای اصلی کیفیت از دیدگاه جان پانتر و متیو کارمونا؛ ماخذ: نگارنده.

مختلف دنیا انجام داده است، حاکی از آن است که ۴ عامل اساسی سنجش «مطلوبیت کیفی وضعیت فضاهای عمومی شهری» از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است: «دسترسی و به هم پیوستگی»^۱؛ «آسایش

است. این ۷ معیار که باید در ایجاد محیطهای پاسخده رعایت شوند عبارتند از: «نفوذپذیری»؛ «گوناگونی»؛ «خوانایی»؛ «انعطاف پذیری»؛ «تناسبات بصری»؛ «غناى حسی»؛ و «رنگ تعلق».

۳. در بسیاری متون این کیفیات در قالب اهداف طراحی شهری بیان شده است، بطور مثال در کتاب «به کمک طراحی»^۲ که بیان کننده موفقیت طراحی در سیستم برنامه ریزی است، اهداف طراحی به نوعی بیان کننده کیفیت های مورد توجه در طراحی شهری محیط کالبدی است. این اهداف عبارتند از: «هویت؛ تداوم و محصوریت؛ کیفیت عرصه همگانی؛ سهولت حرکت؛ خوانایی؛ تطابق؛ و تنوع».

۴. در همین زمینه مطالعه ای که PPS^۳ بر روی بیش از ۱۰۰۰ قطعه فضای عمومی شهری در کشورهای

1. DETR (2000) By Design· Urban design in Planning System: towards better practice. Commission for Architecture & Built Environment London

2. Project for Public Spaces (www.pps.org)

3. Access & Linking

4. Comfort & Image

گوناگون محیط شهری است. می توان مؤلفه های سازنده کیفیت محیط شهری را مؤلفه هایی به موازات مؤلفه های سازنده مکان تعریف نمود. به عبارت دیگر، با اقتباس از نظریه مکان کانتر می توان گفت کیفیت محیط شهری عبارت است از برآیند سه مؤلفه که هریک از آنها متکفل برآورده ساختن یکی از کیفیتهای سه گانه «کالبدی»، «فعالیتی» و «تصوری» محیط شهر است (گلکار، ۱۳۸۰، ص ۶۵-۳۸).

«مدل مولفه های ادراک مکان رلف»: اگر چه کانتر مدل خود را در سال ۱۹۷۷ ارائه داده است، ولی قبل از وی مولفه های مکان در «ادراکهای رلف»^۱ در کتاب «مکان و بی مکانی»^۲ به صورت سه مولفه «کالبد، فعالیت و معنی» در ۱۹۷۶ ارائه شده است. جذابیتها و کارایی این دو مدل باعث شده است تا دیگر صاحب نظران طراحی شهری نیز با الهام یا اقتباس از آن روایت های متنوعی از مدل مزبور ارائه نمایند. «مدل حس مکان رلف- پانتر»: مولفه های این مدل عبارتند از: «فعالیت»: کاربردی، حرکت پیاده، رفتار، الگوها، بو و صدا، حرکت وسایل نقلیه؛ «کالبد»: منظر

و تصویر ذهنی؛ «استفاده ها و فعالیتها»^۳؛ «اجتماعی بودن»^۴.

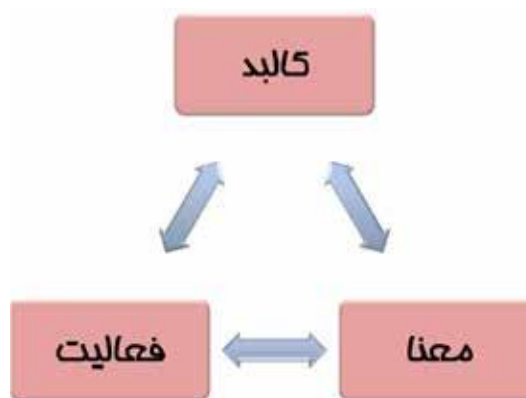
۵. «جان پانتر و متیو کرمونا» در کتاب «ابعاد طراحی برنامه ریزی شهری»^۵ در ۱۹۹۱ نیز بحث کیفیت را در موارد زیر مطرح کرده اند: «کیفیت پایداری زیست محیطی»، «کیفیت منظر شهر»، «کیفیت دیده ها»، «کیفیت فرم شهر»، «کیفیت فرم ساختمان»، و «کیفیت عرصه همگانی».

در رابطه با الگوها و مدل های طراحی شهر برای تعاملات اجتماعی می توان به الگوهای موردی زیر اشاره کرد:

۱. «مدل کانتر»؛ مؤلفه های مکان: مدل مشهور دیوید کانتر، از پیشگامان مطالعات ادراکی معماری و طراحی شهری را می توان یکی از چارچوب های نظری که قادر به «تبیین مؤلفه های کیفیت طراحی شهری» است، محسوب نمود. بر اساس مدل مزبور که به مدل مکان شهرت دارد، محیط شهری به مثابه یک مکان متشکل از سه بعد در هم تنیده کالبد، فعالیت و تصورات است. از آنجا که کیفیت محیط شهری یک مکان ناگزیر از پاسخ دهی مناسب به ابعاد



نمودار ۷. مولفه های کیفیت طراحی شهری از دیدگاه کانتر؛ ماخذ: نگارنده بنقل از: گلکار، ۱۳۸۰.



نمودار ۶. مدل حس مکان رلف پانتر؛ مولفه های کیفی محیط؛ ماخذ: نگارنده؛

1. Uses & Activities

2. Sociability

3. Punter, J and Carmona, M (1997) The Design dimension of Planning/E & FN SPON

4. Canter

5. Relph

6. Place and Placelessness

و نظریه پردازان نقش مانند «لورنتز» پذیرفته شده است.

۲. تعریف دوم شامل خودشکوفایی و «تحقق خود»^۶ می شود، یعنی بالفعل ساختن توانایی های روان شناختی ذاتی و درونی با استفاده از نوعی دگرگونی روانی میسر می شود. «یونگ»^۸ (۱۸۷۵)، «آلپورت»^۹ (۱۸۹۷)، و انسان گرایی «مازلو»^{۱۰} (۱۹۰۸)، این دیدگاه را پذیرفته اند.

۳. سومین تعریف سلامت روانی حدودی است که فرد توانسته با «شبکه روابط اجتماعی پایدار» یکپارچه شود «آدلر»^{۱۱} (۱۸۷۰)، و بسیاری از جامعه شناسان این تعریف را پذیرفته اند.

الگوها و نظریه های سلامت روان و سالمندی

یکی از مفاهیم اساسی دنیای پیچیده انسان که قدمتی به بلندی هستی وی دارد، مفهوم سلامتی است. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را «حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» می داند (باباپور، خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). در تعریف «دیگ روان» (۱۹۶۷)، نقل از ادلین و همکاران، (۱۹۹۹) سلامتی را یک روش کنش وری وحدت یافته ای می داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمندی را با محیط، یعنی جایی که در آن کنش وری خود را آشکار می سازد، نگه می دارد. به طور کلی تعاریف مربوط به سلامتی از الگوهایی پدید آمده اند که جزء معتقدات دانشمندان مختلف بوده اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مدنظر بوده است:

۱. «الگوی پزشکی»: این الگو عمدتاً بر تبیین زیست شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می پردازد.

شهری، شکل ساخته شده، نفوذپذیری، منظر، مبلمان؛ و «معنا»: خوانایی، تعامل فرهنگی، عملکردهای ادراکی، جذابیت، ارزیابی های کیفی.

سلامت روان شناختی یا سلامت روان^۱

«سازمان بهداشت جهانی»^۲ سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی- روانی و اجتماعی تعریف می کند. سلامت در دیدگاهی کلی نگر از جنبه های روانی- اجتماعی و فیزیکی مورد توجه قرار می گیرد و رابطه آن با محیط نیز در نظر قرار می گیرد. سلامت روان شناختی نیز تعریفی است که دانشمندان روان شناختی و علوم اجتماعی و رفتاری در مورد کارآمدی و عملکرد روان شناختی متناسب انسان ارائه کرده اند. مفهوم سلامت و بیماری روانی در طول زمان تغییرات و دگرگونی های زیادی داشته اند. «ارسطو» در کتاب «اخلاق» می گوید: هر انسان به اندازه ای سالم است که توانسته کنشهای بشری را در خود توسعه دهد. از آنجا که بشر بالاترین عملکرد هوش را دارد پس بهترین زندگی، زندگی خردمندانه است و سلامت روانی یعنی نوعی زندگی که استدلال بر آن کاملاً حکومت کند. مفهوم طبیعت گرایانه سلامت روانی توسط «ارسطو»، در قرون وسطی نادیده گرفته شد، از قرن هفتم و شانزدهم سلامت روان شناختی بصورت پرهیزکاری تعریف شد. پس از قرن شانزدهم مجدداً سلامت روان شناختی بصورت طبیعت گرایانه تعریف شد. همزمان با رنسانس روانپزشکی در اواخر قرن ۱۹ سلامت روان شناختی نوعاً به صورت «فقدان بیماری روانی» تعریف گردید. معمولاً سلامت روان شناختی را به ۳ شکل می توان تعریف کرد:

۱. نخست معنای «خودآگاهی»^۳ که این تعریف توسط «فروید»^۴ (۱۸۵۶)، «مک دوگال»^۵ (۱۸۷۱)، «جورج برکلی»^۶ (۱۶۸۵) و بسیاری از هستی گرایان

1. psychological Health

2. who

3. self awarness

4. singmund freud

5. MC Dougall

6. Gorge Brekli

7. self realization

8. jung

9. Allport

10. Maslow

11. Adler

۲. «الگوی محیطی»: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدید آمده است در این الگو سلامتی بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است.

۳. «الگوی کلی نگر»: این الگو سلامتی را برحسب کلیت شخص تعریف می کند و جنبه های زیست شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می شود و بر سلامتی بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است (هرمن، هزلر^۱، ۱۹۹۹). این الگو معتقد است که سلامتی ایستا نیست بلکه فرآیند پویایی است که تمام تصمیم ها و فعالیت های روزمره را منعکس می کند (ادلین^۲ و همکاران، ۱۹۹۹) استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو بین رشته ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش شناسی پژوهشی، در پی پاسخ گویی به معماهای حل نشده دیدگاه های تک بعدی درباره سلامتی و بیماری است (آزاد فلاح و همکاران، ۱۳۷۸).

در ادامه به نظریه های سلامت روان اشاره می شود. هدف این است که با شناخت کامل نظریه موجود در سلامت روان و در قالب علم روانکاوی بتوان به اصول و معیارهایی دست یافت که امکان طراحی و برای سالمندان در قالب مراکز تعاملات اجتماعی و بهبود روان شناختی فراهم گردد. لذا لازم است تا ضمن بررسی نظریه های موجود تلاش شود اصول و مولفه هایی که می تواند و یا باید در طراحی و برنامه ریزی معماری و شهر برای سالمندان استخراج و احصاء شده که نیازمند مذاقه در بعد نظری شهرسازی برای بسترسازی شکل-گیری تعاملات اجتماعی از یک طرف و نظریه های سلامت روان از سویی دیگر دارد که در ادامه هر دو مورد به اختصار و مفید مورد اشاره واقع می شود.

۱. «دیدگاه فروید (۱۸۵۶) در ارتباط با سلامت روان»: به نظر فروید ویژگیهای خاصی برای سلامت روان شناختی ضرورت دارد و نخستین ویژگی خود آگاهی است. یعنی هرچه که ممکن است در ناخود آگاه موجب مشکلی شود بایستی خودآگاه شود. خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روان شناختی است. البته برای سلامت روان شناختی کفایت کننده نیست بلکه معیار نهایی سلامت روانی ویژگی دیگر از نظر فروید بیگانگی منطقی از علاقه مندی ها و اشتیاقات عمومی می باشد. به نظر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان-جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد. و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد. البته دیدگاه فروید کمتر انسانی متعارف به حساب می آید و هر فرد به نحوی از انحاء متعارف است (خدا رحیمی، ۱۳۷۳).

۲. «مفهوم سلامت روان در نظریه روانی اجتماعی و زیستی آدلر (۱۸۷۰)»: از دیدگاه آدلر سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص در زندگی، داشتن فلسفه استوار و محکم برای زیستن، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هم نوعان، جرأت و شهامت، قاطعیت، کنترل داشتن بر عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات (خدا رحیمی، ۱۳۷۳).

۳. «نظریه اریکسون^۳ (۱۹۶۳) در ارتباط با سلامت»: همان گونه که فروید در نظریات خود به ناخودآگاه اهمیت ویژه ای می دهد اریکسون در این ارتباط اعتقاد زیادی به سن دارد. سلامتی روان را در ارتباط با من توصیف می کند و متغیرهای آن در ارتباط مقوله «من» تعریف می کند. به طور کلی اریکسون در ارتباط با سلامتی روان معتقد است که صفات خاصی وجود دارد که فرد دارای سلامتی روان شناختی را از کسی که فاقد این عنصر است متمایز می سازد. به نظر اریکسون این صفات در اجتماع معنی می یابد و

1.Hesler

2.Adlin

3. Erikson

بدون محدودیت فکر و عمل می باشد (همو، ۱۳۷۳). در پایان می توان گفت که؛ سلامت در دهه های اخیر بسط یافته و نظریه های متفاوتی در مورد آن مطرح شده است. از جمله نظریه «بهبود استرس» اولریک است که معتقد است مناظر طبیعی تمایل به کاستن میزان استرس دارند، درحالی که مناظر ساخته شده نه تنها از بهبود استرس ممانعت می کنند بلکه می توانند خود سبب استرس شوند (Ulrich, ۲۰۰۲). ترجیحات مردم از مناظر نیز بر این موضوع تاکید می کند که مناظر طبیعی دارای کیفیاتی هستند که ارضاء کننده نیازهای بیولوژیکی انسان هستند. ارتباط فطری انسان با طبیعت سبب می شود تا برخی تماس ها با دنیای طبیعی به طور مستقیم بر سلامتی تاثیر گذارند. «نظریه تجدید توجه» کیلان ها در مورد خستگی فکری انسان به تاثیرات احیای فیزیکی، روانی و قابلیت های اجتماعی طبیعت که دارای عوامل کلیدی برای ترمیم فکر است، می پردازد (Kaplan and Kaplan, ۱۹۸۹). جدول ۱. انواع منظر و تاثیرات سلامتی گزارش شده از آنها؛ ماخذ: علمی، ۱۳۸۶.

سالمندی در ایران

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان گردیده است؛ به گونه ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهمترین چالش های بهداشت عمومی در سالهای

بر این اساس فردی که در جامعه زندگی می کند و در صورتی دارای سلامتی روان است که از تعارض عاری می باشد از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند، در کارش ماهر و استاد باشد، ابتکار نامحدود داشته باشد از انجام لحظه به لحظه حرفه اش پسخوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل درکی داشته باشد (خدارحیمی، ۱۳۷۳).

۴. «نظریه کورت لوین»^۱ (۱۸۹۰) در ارتباط با سلامت روان: کورت لوین با نظریه میدانی در بین روان شناسان شناخته شده است. از دیدگاه لوین «نظریه میدانی»^۲ تنها به حیطه خاصی محدود نمی شود، بلکه مفاهیمی را در بر می گیرد که با آن می توان حقایق روان شناختی مختلفی را نمایش داد. اما نظر لوین در ارتباط با سلامت روان بر این است که سلامت و کمال روان شناختی موجب افتراق و تمایز یافتگی بیشتر شخص و محیط روان شناختی او می شود و استحکام و استواری مرزهای سیستم روانی فرد به وجود می آورد. بنابراین فرد سالم از نقطه نظر روان شناختی به نظر لوین کسی است که بین خودش و محیط روان شناختی خود تمایز و افتراق قائل می شود. (همو، ۱۳۷۳).

۵. «نظریه کارل راجرز»^۳ (۱۹۰۲) در ارتباط با سلامت روان: به عقیده راجرز هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی

جدول ۱. انواع منظر و تاثیرات سلامتی گزارش شده از آنها؛ ماخذ: علمی، ۱۳۸۶.

تیپ منظر	خصوصیات منظر	تاثیرات سلامتی گزارش شده	محققین
منظر طبیعی / منظر سبز	پرچین	تمدد اعصاب، آرامش	Nakamura and Fuji (۱۹۹۲)
	محیط طبیعی؛ نواحی آبی ساحلی یا مراکز	تاثیرات ترمیمی و احیاء کننده؛ کاهش ضربان قلب	Laumann et al (۲۰۰۳)
	مناظر با دید هایی از عناصر طبیعی	تاثیر در افزایش توجه مستقیم، رضایت مندی، صبر بیشتر	Kaplan (۱۹۹۳), Tennessen and Cimprich (۱۹۹۵)
	باغ قدیمی یا درختان میوه و تنوعی از گل ها	افزایش قدرت تمرکز	Otosson and Grahn (۲۰۰۵)
	منظر طبیعی؛ رود دره ها با صدای آب	به طور قابل ملاحظه ای کاهش درد برای آنهایی که در چنین منظری حضور دارند.	Diette et al (۲۰۰۳)

1. kurt lewin

2. field theory

3. Carl Rogers

جدول ۲. تعداد و نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵؛ مآخذ: میرزایی و شمس، ۱۳۸۶.

سال	شرح					
	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۶۵	۱۳۵۵	۱۳۴۵	۱۳۳۵
تعداد	کل	۱۱۸۳۹۸۰	۱۶۳۸۰۴۲	۱۷۷۱۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۳۹۷۸۱۲۷
	شهری	۳۱۸۴۴۴	۵۹۸۸۳۴	۷۹۱۱۲۶	۱۳۸۸۳۶۱	۲۲۵۴۲۱۱
	روستایی	۹۶۳۵۴۲	۱۰۳۹۲۰۸	۹۷۹۴۸۸	۱۲۹۷۹۸۹	۱۷۲۳۹۱۶
نسبت	کل	۶/۲	۶/۵	۵/۲	۵/۴	۶/۶
	شهری	۵/۳	۶/۱	۵/۱	۵/۲	۶/۱
	روستایی	۷/۴	۶/۸	۵/۱	۵/۷	۷/۴

جدول ۳. جمعیت شهر تهران بر حسب گروه‌های عمده سنی به تفکیک جنس؛ منبع: نشریه نتایج سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵، شرف‌تفان، م. ک. آما، ا. ا. ا. .

سال ۱۳۸۵					گروه سنی
نسبت جنسی	زن	مرد	مرد و زن		
			درصد	تعداد	
۱۰۴/۴	۳۸۱۷۴۶۴	۳۹۸۶۴۱۹	۱۰۰	۷۸۰۳۸۸۳	جمع
۱۰۴/۹	۷۱۳۷۹۰	۷۴۸۷۹۶	۱۸/۷	۱۴۶۲۵۸۶	گروه سنی + تا ۱۴ سال
۱۰۴/۱	۳۸۷۸۸۰۱	۳۹۹۷۸۵۸	۷۵/۳	۵۸۷۶۶۵۹	گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال
۱۰۶/۶	۲۲۴۸۷۳	۲۳۹۷۶۵	۶/۰	۴۶۴۶۳۸	گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر

مدیریت شهری

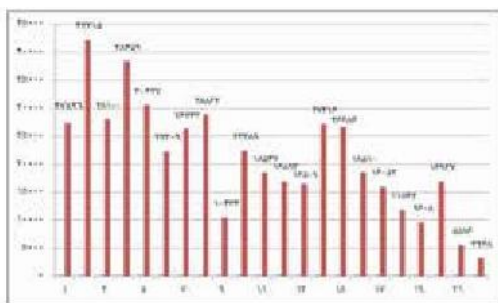
فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

۲۰

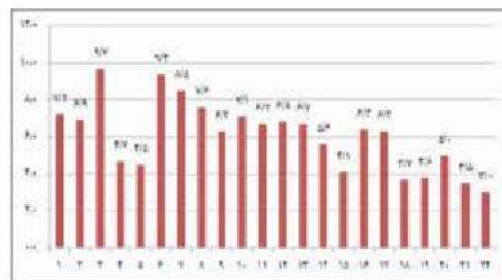
سال	جمعیت	جمعیت ۶۵ ساله و بیش‌تر	درصد
۱۳۵۵	۱۵۶۰۹۳۴	۵۲۰۱۳	۳/۳
۱۳۴۵	۲۷۱۹۷۳۰	۸۱۲۹۵	۳
۱۳۵۵	۴۵۳۶۲۶۴	۱۴۸۹۲۹	۳/۳
۱۳۶۵	۶۰۱۰۰۷۵	۲۰۳۰۶۲	۳/۴
۱۳۷۵	۶۷۵۸۸۴۵	۳۲۰۴۳۰	۴/۷
۱۳۸۵	۷۸۰۳۸۸۳	۴۶۴۶۳۸	۶

کنونی تبدیل گشته است. افزایش جمعیت سالمند، آماری حاکی از رشد شتابان جمعیت سالمند در مختص کشورهای پیشرفته نیست بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه‌اند. بررسی‌ها و شاخص‌های

کشور ایران است؛ بطوری که پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد. همان‌طور



نمودار ۹. درصد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در هر یک از مناطق شهر تهران در سال ۱۳۸۵؛ منبع: توحیدی، ۱۳۹۰.



نمودار ۸. تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در هر یک از مناطق شهر تهران در سال ۱۳۸۵؛ منبع: توحیدی، ۱۳۹۰.

جدول ۴. مولفه های مورد نظر در شهرهای دوستدار سالمند؛ ماخذ: نعمتی و آقابخشی، ۱۳۹۱.

مقوله های اجتماعی و فرهنگی

- توجه به ارتقای شاخص های عدالت اجتماعی - شهری
- توجه به لزوم نظارت اجتماعی غیررسمی در شهر
- توجه به تقویت سرمایه های انسانی و اجتماعی در شهر
- توجه به رضایت سالمندان از خدمت رسانی مدیریت شهری
- جذب سالمندان به مشارکت در تصمیمات و برنامه های شهری
- فرهنگ سازی چگونگی برخورد مناسب با سالمند در سطح شهر
- حمایت های مالی، بهداشتی و پزشکی از سالمندان

مقوله های طراحی شهری

- تعبیه صندلی های مناسب سالمند در معابر شهری
- ایجاد امکانات مناسب در سرویس های بهداشتی عمومی
- ایجاد امنیت بیشتر در بوستان ها و معابر شهری
- ایجاد سطوح شیب دار در کنار پله ها در معابر شهری
- عریض سازی پیاده روها برای عبور و مرور ایمن سالمندان
- تعبیه امکانات ورزشی خاص سالمندان در بوستان های سطح شهر
- افزایش سرانه فضاهای سبز و پیاده روها به صورت محله ای
- مناسب کردن زیرساخت ها و کف پوش پیاده روهای معابر شهری
- اختصاص کلبه های خاص سالمندان در قطارهای شهری (مترو)

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

■ ۲۱ ■

۱/۷۳ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به ۱/۸۴ در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

اگر ارقام مرتبط با سال ۱۳۸۵ کشور را با ارقام مشابه (سال ۲۰۰۶ میلادی) در کل جهان و حتی قاره آسیا مقایسه کنیم معلوم می شود که تا این سال هنوز کشور ما جوانتر از این مناطق است و به لحاظ تجربه سالخوردگی در طول زمان، بعد از اروپا و آمریکا درگیر این پدیده شده و جزء کشورهای متأخر محسوب می شود. نکته درخور توجه در مورد، آمارهای کشور این است که درصد جمعیت بالای ۶۰ سال با سرعت بیشتری افزایش یافته و نشان از افزایش شدیدتر سالخوردگی در سالهای آینده دارد. بر اساس یک شاخص جمعیتی معمولاً اگر بیش از ۱۲ درصد کل جمعیت ۶۰ سال و بالاتر یا بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت ۶۵ سال و بالاتر باشد، جمعیت سالخورده تلقی می شود. به نظر می رسد با ادامه

که در جدول شماره ۱ دیده می شود، از سال ۱۳۳۵ تاکنون همواره جمعیت سالمند کشور روندی افزایشی داشته است، اما نسبت جمعیت بالای شصت سال به صورت خطی تغییر نکرده است، در حالی که اگر دو سر بازه زمانی را در نظر بگیریم آنگاه میتوان دید درصد جمعیت بالای ۶۰ از ۶/۲ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۷/۳ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. با دقت گرفتن نتایج دو سرشماری اخیر می توان گفت در سال ۱۳۸۵ بیش از ۵ میلیون نفر ۶۰ ساله و بیشتر در کشور وجود داشته است که ۷/۳ درصد کل جمعیت کشور را شامل می شوند. از سوی دیگر در مناطق شهری تعداد سالمندان از حدود ۲/۲۵ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به حدود ۳/۲۸ رسیده است و به عبارتی طی یک دوره ۱۰ ساله، جمعیت سالمندان شهری ۱/۵ برابر شده است. طی همین دوره تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگ افزایشی خیلی کندتری از

روندهای جمعیتی کنونی در حدود سال ۱۴۲۰، کشور ما به جرگه کشورهای سالخورده دنیا خواهد پیوست.

بیشترین تعداد سالمندان در مناطق ۵۴،۳،۲ و ۸ و کمترین تعداد سالمندان در مناطق ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۹ و ۱۸ سکونت داشته اند. در نمودار زیر تعداد خام سالمندان مناطق با هم مقایسه شده، اما در نمودار بعدی، درصد جمعیت سالمند نسبت به کل جمعیت آن منطقه، مورد مقایسه با سایر مناطق قرار گرفته است. مناطق ۳، ۶، ۷، ۸، ۱ و ۱۰ به ترتیب بیشترین درصد سالمند نسبت به جمعیت را نشان می دهند و همگی بیش از ۷ درصد از جمعیتشان بالای سن ۶۵ سال بوده اند، اما مناطق ۲۲، ۲۱، ۱۸ و ۱۹ کمترین درصد سالمند را نشان می دهند و در هر ۴ منطقه کمتر از ۴ درصد از کل جمعیت بالای ۶۵ سال بوده است.

صرفنظر از توزیع جمعیت سالمندان در مناطق شهر تهران، نسبت این گروه به کل جمعیت منطقه نیز اهمیت دارد. همان طور که در نمودار بالا مشاهده میشود مناطق ۳، ۶، ۷، ۸، ۱ و ۱۰ به ترتیب بیشترین نسبت سالمند به جمعیت را دارا هستند و در تمام این مناطق بیش از ۷ درصد جمعیت را سالمندان تشکیل میدهند، اما مناطق ۲۲، ۲۱، ۱۸ و ۱۹ کمترین نسبت افراد سالمند را داشته و این نسبت برای آنها کمتر از ۴ درصد است. مناطق ۲ و ۴ در مجموع ۱۷/۴ درصد سالمندان تهرانی را در خود جای داده اند. کمترین سهم نیز مربوط به مناطق ۲۱ و ۲۲ است که در مجموع کمتر از ۲ درصد سالمندان تهرانی در این دو منطقه ساکن هستند.

میانگین سنی جمعیت شهر تهران در سال ۱۳۷۵، ۲۷ سال بوده و در سال ۱۳۸۵ به ۳۱ سال رسیده است. همین روند در مورد میانه سنی جمعیت نیز دیده میشود. ارقام حاکی از آن است که شهر تهران با سرعت قابل توجهی در حال پشت سر گذاشتن جوانی و گرویدن به میانسالی است. بدیهی است که در آن شرایط تعداد سالمندان جامعه افزایش

چشمگیری خواهد یافت. همین مسئله لزوم توجه به پیامدهای اجتماعی و فرهنگی این پدیده ضروری می سازد.

معیارهای طراحی فضاهای عمومی سالمندی

ویژگیهای محیطی فضاهای عمومی؛ فضاهای عمومی سالمندی باید تمیز باشد و از نظر ظاهری مرتب به نظر برسد، بو و هوای مطبوع داشته باشد و از سر و صدای ترافیک شهر یا دیگر صداهای آزاردهنده دور باشد. تهویه مناسب هوا و اعتدال درجه حرارت در زمستانها و تابستانها، دسترسی به تلفن عمومی برای همه و صندوق مخصوص برای نامهها و مرسولات هر فرد در نظر از دیگر لوازم و شرایط چنین موسسه ای است. تمبر و لوازم مورد نیاز نیز باید مهیا باشد تا فرد بدون مشکل بتواند نامه بفرستد.

اقدامات ایمنی و محافظتی؛ محیط باید فاقد

خطراتی نظیر نور کم، مسیر سنگلاخ، صندلیهای ناپایدار و در حال شکستن یا وسایل دستوپاگیری باشد که ممکن است فرد در هنگام راه رفتن به آنها برخورد کند. به طور سالانه فضاهای عمومی باید از نظر امنیت در برابر آتش، زلزله و حوادث دیگر به طور رسمی بررسی و بیمه شوند. مسیرهای خروج اضطراری باید در نظر گرفته شده باشد و امکانات اطفاء حریق فراهم باشد. وسایل کمکهای اولیه و اورژانس و زنگ خطرهای مناسب در تمام ساختمان جهت اطلاع رسانی فوری و اورژانس به تمام سالمندان نیز باید وجود داشته باشد. با توجه به مشکلات شنوایی در این سنین، صدای این زنگ خطرها باید طوری باشد که تمام سالمندان به راحتی آن را بشنوند (حتی اگر خواب هستند). تعداد پلههای طبقات نباید زیاد باشد و باید آسانسور به میزان کافی برای حرکت در بین طبقات وجود داشته باشد. برای پنجرهها، تراسها و پشت بام، نردههای محافظ تعبیه شده باشد.

تنظیمات نورپردازی؛ افراد مسن به نور بیشتری نیاز دارند. آنها همچنین نیاز دارند تا نور به طور

مسالوی در فضا توزیع شود، زیرا چشم های سالمندان به زمان بیشتری نیاز دارند تا خود را با تغییرات نور فضا تطبیق دهند. نورپردازی باید به صورت غیرمستقیم باشد تا سبب بروز خیرگی در چشم سالمند نشود. ایجاد نورپردازی مناسب می تواند حوادث را کاهش دهد. راه پله ها، آشپزخانه، سرویس بهداشتی و اتاق نشیمن از جمله مناطقی هستند که باید به از یک نورپردازی کامل و کافی برخوردار باشند. همچنین نصب کلیدهای برق در نزدیک در و همچنین نزدیک تخت خواب سالمند طوری که به راحتی به آن دسترسی پیدا کند، ضروری است.

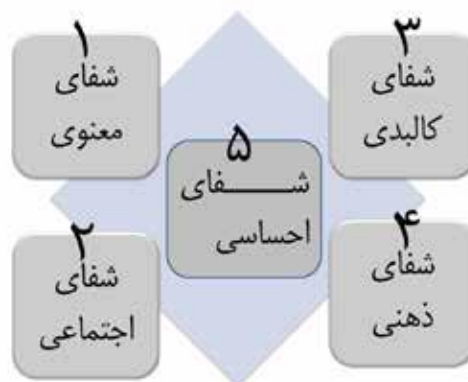
سالن تفریح و ورزش سالمندان؛ تمام محلات شهری و یا مجتمع های مسکونی کلان باید دارای سالن های مناسبی برای ورزش و تفریح سالمندان باشند. وسایل سرگرمی و تفریح متناسب با شرایط به میزان کافی در آن جا وجود داشته باشد. مکان ها یا اتاق های خصوصی مناسبی برای ملاقات با دوستان یا اعضای خانواده داشته باشد. در ضمن، اتاق های خصوصی برای انجام معاینات و اقدامات پزشکی در آن ها تعبیه شده باشد.

شفابخشی و سلامت روان سالمندان؛ Heal از یک کلمه آنگلوساکسونی Healen نشأت می گیرد که به معنای تمامی است. تمامیت از لحاظ لغوی به معنای کل نگر است؛ کل در اینجا اشاره به جمع جسم و ذهن دارد. پس منظور ما از شفابخشی آن کیفیتی است که جسم و هم ذهن را در برمی گیرد. با این حال شفا بخشی انواعی دارد که به ترتیب زیر است: ۱. شفای معنوی: جنبه معنوی هر موجود ماهیت درونی اوست. آگاهی بیشتر در مورد سطوح معنوی امکان تجربه حس تعلق به جهان می دهد و این به نوعی باعث شفای معنوی و روحی می شود؛ ۲. شفای ذهنی (فکری): کاواپن (۱۹۹۷) و اورنتین (۱۹۹۳) معتقدند که اعتقادات شخصی بیماران نقش مهمی در پروسه شفابخشی دارد، پس اگر آیتم های فکری یک بیمار اصلاح شوند فرآیند شفابخشی او هم سریع می شود؛ ۳. شفای احساسی و عاطفی: توانایی تجربه

کردن زندگی با برقراری ارتباط عمیق با افراد دیگر و دنیای اطراف به وسیله سطح احساسی و عاطفی فرد است؛ ۴. شفای اجتماعی: یک فرد در انزوا از افراد دیگر نمی تواند زندگی کند و همین زندگی جمعی است که موجب نوعی شفابخشی در فرد می شود و به همین خاطر تمرینات شفابخشی در میان جمع اثربخش تر است. (نماز جماعت مسلمانان نمونه ای از تاثیرگذاری جمع بر فرد است). ۵. شفای کالبدی: شفای کالبدی فقط زمانی است که شخص تمایل به بهبودی داشته باشد و اعتقادات و احساساتش هماهنگ باشد، در واقع طب و دارو مکملهایی برای تسریع روند بهبود هستند (علوم، ۱۳۸۶).

معیارهای طراحی باغ و فضای سبز سالمندی؛ بررسی باغ های شفابخش نشان می دهد که هدف آنها، این است که افراد در آن احساس امنیت، استرس کمتر، راحتی بیشترکنند و حتی باغ به آنها نیروی تازه بخشد، اما مارکوس و بارنز معتقدند که باغ شفابخش فضایی خارجی و یا داخلی است که مختص یک باغ شفابخش طراحی شده است، باغی که شفا دهنده است. در اکتبر ۲۰۰۱، مارکوس در مجله معماری منظر ۷ مولفه در ایجاد باغی که خواص شفابخشی دارد تعریف نمود:

۱. ایجاد خوانایی؛
 ۲. خلق حس امنیت در فضا؛
 ۳. آرامش روانی؛
 ۴. فرصت هایی برای انتخاب (به دنبال انزوا و خلوت شخصی بودن و یا به دنبال ملحق شدن برای بهره بردن از حمایت های اجتماعی به گروه های جمعی و فعالیت های گروهی)؛
 ۵. فراهم کردن زمینه هایی که فرد با طبیعت درگیر شود؛
 ۶. ایجاد زمینه های انس و آشنایی با محیط باغ؛
 ۷. خلق ویژگی های مثبت و واضح در طراحی باغ.
- توجه به حواس پنجگانه و سیستم ارتباط ساده سالمندان با فضاهای شهری اهمیت بسیار دارد؛ مثلاً باید گفت که سالمندان بیشتر با رجوع به حواس



نمودار ۱۰. انواع التیام بخشی روانی برای سالمندان در فضاهای مراکز طراحی شده سالمندی منجمله مراکز تعاملات اجتماعی؛ ماخذ: نگارندگان.

خود فضا را تجربه می کنند لذا توجه به مفاهیم زیر ضروری است:

۱. **بینایی:** یکی از نکات مهم در بررسی باغ شفابخش، تاثیر جنبه های بصری منظر است. اگرچه ارتباط انسان با محیط از طریق حواس گوناگون برقرار می شود، با این حال حدود ۹۰٪ آن از طریق بینایی است. تحقیقات نشان می دهد که بخش مهمی از اهداف شفابخشی منظر در مشاهده مناظر طبیعی است و نه الزاماً در انجام فعالیت در طبیعت. این امر به اهمیت کیفیات بصری مناظر طبیعی به عنوان مناظری که در زندگی روزمره مورد استفاده قرار می گیرند اشاره دارد و می تواند دستورالعمل های خاصی در زمینه طراحی مناظر سبز به همراه داشته باشد. سال ها تحقیق نشان داده است که رنگها روی افکار، عکس العمل ها و سلامتی و حتی روابط با دیگران موثر هستند. رنگها مهمترین عامل در طراحی باغ ها هستند. معنا و توانایی شفابخشی هر رنگی با سایر رنگ ها متفاوت است، برای مثال نارنجی اساساً رنگ شادی است، خیره شدن به آن یک نوع حس رهایی از نگرانی های هر روزه را فراهم می کند؛ درحالی که آبی یک رنگ ایده آل برای مکان های شفابخش است تا حدی که احساس رهایی و ریلکس شدن را به وجود می آورد. اصول بصری دیگری هم در توجه

به حس بینایی هستند که لحاظ آنها کیفیت بصری طراحی باغ را افزایش می دهد:

- تضاد و هارمونی در جنس و فرم، رنگ، نظم، ترتیب و چیدمان موارد گیاهی و پوشش های سبز و استفاده از مقیاس مناسب در طراحی متناسب با سالمندان و ویژگیهای فیزیولوژیکی آنها؛

- در صورتی که باغ شفابخش توسط ساختمان های بلند مانند بیمارستان ها احاطه شده باشد باید با استفاده از المان هایی مانند درخت فضا را به سطوح پایین تری انتقال داد و به مقیاس انسان سالمند رساند؛

- استفاده از اشکال هندسی ساده و الگوهای سنتی کاشت، گودال باغچه ها و حیاط های مرکزی؛

- استفاده از گیاهان بومی و یا سازگار و درختانی که مخاطرات کمتری برای گروه های سالمندی دارند؛

- استفاده از سبک کاشت طبیعی با گیاهان بومی در ترکیب ارگانیک به جای طراحی دقیق گیاهان تزیننی؛

- افزایش خوانایی مکان با کاشت تک درختانی که نمادی از زندگی و یا ایستادگی هستند مانند درختان سرو و درخت ارس در مکان های مناسب. استفاده از درختانی که تاج، گل و یا برگ ها و فرم خاص دارند و به عنوان نشانه در مسیرهای حرکت سبب خوانایی مکان می شوند؛

- استفاده از گیاهان پهن برگ و خزان کننده یا داربست ها و گیاهان رونده که سبب خوانایی مکان و بهبود شرایط محیطی می شود.

- ایجاد محل هایی برای فعالیت های باغبانی و کاشت سبزیجات (در صورت امکان گیاهان علفی دارویی)؛

- سعی در تطابق با محیط به جای تغییر یکباره آن از عوامل مهم در منظر درمانی است زیرا حفظ خاطره مکان و تغییرات تدریجی مکان است که مورد دوم از خصوصیات فرایندهای طبیعی نیز می باشد. هویت و یکپارچگی منظر معلول تکامل تدریجی مکان است و نه تغییرات ناگهانی آن. بدین ترتیب امکان تطبیق انسان با محیط و شرایط محیطی و ارتباط

مدیر شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

■ ۲۴ ■

با آن را افزایش می دهد؛ به عبارت بهتر باغ ها باید با محیط هماهنگی ایجاد کنند؛ هم از لحاظ ذهنی و هم فیزیکی و باید طوری طراحی شوند که یک تجربه احساسی قوی ایجاد کنند.

- ایجاد و افزایش عمق منظر (چند لایه بودن عمق منظر) با رعایت فاصله و ارتفاع مناسب گیاهان، باز نگه داشتن کریدورهایی در جهت عناصر طبیعی مانند کوه ها و جنگل ها.

۲. بویایی: هیچ عامل و حسی به یاد ماندنی تر از حس بویایی نیست؛ عطرها می توانند یک اصل برای طراحی باغ باشند. همه ما بوهای خاصی را می شناسیم که معنای خاصی برای ما دارند؛ دانشمندان کشف کرده اند که بوهای شیرین مثل میموزا یا چامومایل امواج مغزی آلفا، دتا و دلتا تولید می کنند و حالت ریلکسیشن و یا حتی خواب آلودگی به وجود می آورند. بوهای دیگر مثل رزماری، موج مغزی بتا تولید می کنند که به وجود آورنده حالت هوشیاری است. یک مقدار روغن برای مثال لاوند و گرانایوم تاثیر متعادل دارند. (هم انرژی زایند و هم آرامش بخشند) و تاثیرات گوناگون آن به نیاز فرد بستگی دارد. عکس العمل های گیاهان به طور قابل توجهی روی افرادی که از این بوها خوششان نمی آید، اتفاق نمی افتد. به همین خاطر طراح یک باغ گیاه شناسی شخصی، باید از متقاضی بپرسد که چه نوع بوهایی برای او به وجود آورنده خاطرات خوشایند است و از آن اسانس ها در طراحی باغ استفاده کند. دقت به حذف گیاهان آلرژی زا و استفاده از درختانی که گل ها و گرده های درشت دارند و میزان آلرژی آنها کمتر است نیز حائز اهمیت است.

۳. چشایی: این حس کاملاً با حس بویایی مرتبط است. بوها تا حد خیلی زیادی در طعم و مزه نقش دارند. ما اغلب چیزها را قبل اینکه مزه کنیم، بو می کنیم و این برای ترشح بزاقمان کافیست. حس چشایی هم مانند حس بویایی می تواند در باغ استفاده شود و با استفاده کردن از گیاهان خوراکی استفاده کننده از باغ می تواند سطح دیگری

از تحریک حواس را تجربه کند. یکی از بزرگترین لذت های باغبانی این است که حس چشایی شخص را به یک خلسه روحانی ناشی از خوردن میوه جات و سبزیجات فرو برد ولی اگر حس چشایی بخواهد به عنوان محرک در باغ به کار رود طراح در آن قطعه باغ فقط باید گیاهان خوراکی بکارد و از استفاده گیاهان سمی بپرهیزد.

۴. لمسایی: در مورد بافت، گیاهان تنوع بالایی به وجود می آورند. وقتی می خواهیم حس لمسایی را تحریک کنیم، باید آن دسته از درختانی را که پوست تنه آنها برای لمس کردن تحریک کننده است را انتخاب کنیم؛ برای مثال درختانی مثل افرا با پوست خشن و پر از خلل و فرج یا گیاهانی با برگ های لطیف چنین خاصیتی دارند.

۵. شنوایی: زندگی با صداهای استرس زای هر روزه باعث می شود ما اغلب ارزش صداها را در باغ ها فراموش کنیم؛ زمان هایی وجود دارد که ما آرزو می کنیم که صداها آنقدر ما را به خودشان مشغول کنند که از ذهنیت های روزمره و حالت خودآگاه مان خارج شویم. به همین دلیل بهتر است که باغ ها به عنوان به وجود آورنده یک پناهگاه، از آلودگی های صوتی بیرون باشند برای مثال آب پر فشاری که از یک چشمه بیرون می زند به اندازه کافی صدا ایجاد می کند تا صدای مضطرب کننده ترافیک بیرون شنیده نشود. خیلی از چمن ها و یا بامبوها تاثیر مطلوبی در طراحی باغ ها دارند و این تاثیر نه فقط به خاطر صدایشان به هنگام وزش باد است بلکه حرکت آنها هم جالب توجه است. گیاهان خاصی که حشرات و پرندگان را دور خودشان جمع می کنند، تخصیص محل هایی برای آبخوری پرندگان هم باعث ایجاد صداهای زیبا و قابل توجهی می شود. در محور، آرامش دهی صدای آب اگر به میزان معینی برسد درست در لبه شکست سکوت قرار می گیرد که این همان صدای روشن نامیده می شود. این صدا از فواره های حوض شنیده و آرامش برقرار می کند، آرامشی که نمایانگر تسلط انسان بر طبیعت است

و در واقع موسیقی روح و روان محسوب می شود؛ استفاده از آب به صور گوناگون مانند دریاچه و برکه (و جزایر منظره ای در روی آنها)، آبشار و آبناها به خصوص آبناهای خطی و فواره ها به گونه ای که صدای آب را منتقل کنند، از دیگر راهکارهاست.

نتیجه گیری و جمع بندی

بحث «شهر دوستدار سالمند» نیز در چارچوب عدالت اجتماعی در شهر و ضرورت شکلگیری شهرهای عدالت محور مطرح شده و هدف از آن مهیا کردن شرایط لازم برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان است؛ چنانچه ارتقا کیفیت زندگی سالمندان گام مهمی در راستای تحقق عدالت اجتماعی در شهر به شمار می آید. در شرح زیر مجموعه مواردی که در نتیجه این تحقیق حاصل شده، آمده است. این موارد مبنای طراحی شهر دوستدار سالمند به شمار می آید:

(*) **فضاهای عمومی و ساختمانها؛ فضاهای** بیرونی و ساختمانهای عمومی اثر بالایی بر تحرک، استقلال و کیفیت زندگی سالمندان دارد. در گزارش سازمان جهانی بهداشت مجموعه مولفه های زیر درخصوص فضاهای شهری مناسب برای سالمندان مطرح شده است: «۱. محیط پاکیزه و خوشایند؛ بسیاری از سالمندان از کثیف بودن، سر و صدا و بوی نامناسب در محله ها و سطح شهر گلایه دارند. افزایش جمعیت و بزرگ شدن شهرها و در نتیجه ازدحام و غریبگی برای بسیاری از سالمندان امکان تردد و مشارکت را کاهش میدهد؛ ۲. اهمیت فضاهای سبز: برخی عوامل مانع از دسترسی مناسب سالمندان به فضاهای سبز شهری میشوند. تمیز بودن یا امنیت این فضاها و یا چگونگی دسترسی از جمله این مسائل هستند؛ ۳. وجود فضاهایی برای استراحت: وجود امکانات برای نشستن و استراحت کردن در فضاهای عمومی بسیار مهم است. بسیاری از سالمندان نمیتوانند بدون توقف و استراحت، فعالیتهای روزانه خود را در فضاهای عمومی انجام دهند؛ ۴. پیاده روهای مناسب سالمندان: کیفیت

پیاده رو نقش مهمی در تردد سالمندان دارد. پیاده روهای باریک، با شیب تند، خراب و ناهموار مانع تردد ایمن سالمندان هستند. پارک کردن خودرو در پیاده رو یا تردد موتورسیکلت نیز برای سالمندان مشکل ساز است. ۵. کیفیت دسترسی: اکثر شهرها برای سالمندان طراحی نشده اند و آنان تنها برای کارهای ضروری تردد در شهر را انتخاب میکنند. این مسئله به ویژه در چگونگی طراحی فضاهای شهری مؤثر است؛ ۶. محیط ایمن: مشارکت در فضای عمومی تابعی از احساس امنیت است. میزان روشنایی معابر در شب، وجود جرایم خشن، کارتن خوابی و جرایم مرتبط با موارد مخدر از جمله موضوعات اصلی در این حوزه هستند؛ ۷. کیفیت ساختمانها: چگونگی دسترسی سالمندان به ساختمانها موضوع بسیار مهمی برای استقلال و سلامت آنهاست. سهولت استفاده از آسانسور، وجود فضاهای پیاده روی در مجتمع های مسکونی، راهروهای عریض و مناسب جهت عبور ویلچر، سطوح غیرلغزنده، امکان نشستن و استراحت، وجود علائم راهنمای واضح و روشن و سرویسهای بهداشتی مناسب خصوصاً برای افراد با محدودیتهای فیزیکی از جمله مواردی است که باید در طراحی ساختمانها مورد توجه قرار گیرد.»

(*) **مشارکت اجتماعی و تعاملات شهروندی؛ مشارکت و حمایت اجتماعی** ارتباط زیادی با سلامتی و رفاه فردی در طول زندگی دارد. تداوم مشارکت در فعالیتهای اجتماعی به سالمندان حس عزت نفس و احترام بخشیده و به آنان کمک می کند از روابط اجتماعی حمایت کننده برخوردار باشند. فهرست موارد مطرح شده در این حوزه، در زیر آمده است: «۱. امکان دسترسی به فرصتها: سالمندان ممکن است از رویدادها یا فعالیت در اجتماع محلی خود مطلع باشند، اما این لزوماً به معنای امکان دسترسی آنان نیست؛ ۳. توانایی پرداخت هزینه ها: برنامه های رایگان یا ارزان قیمت امکان مشارکت بیشتر سالمندان را فراهم میکنند. ایجاد باشگاههای مخصوص سالمندان با هزینه عضویت اندک گام

بیشتر خود را جزئی از اجتماع تلقی می کنند. در یک شهر دوستدار سالمند، خدمات عمومی تا حد امکان به آسانترین شکل در اختیار سالمندان قرار می گیرد؛ مثلاً در برخی شهرها، سالمندان در مراجعه به ادارات می توانند تا زمان انجام کار خود در بخش خاصی بنشینند و مجبور نباشند مانند سایرین به مدت طولانی بایستند، اما برخی سالمندان احساس می کنند که با آنها مانند کودکان رفتار میشود؛ لذا نوع برخورد با سالمندان موضوع حساسی است که باید از آموزش عمومی برای ارتقای آن استفاده کرد؛ ۲. سالمندی و نادیده گرفته شدن: معمولاً در جوامع تصویر نامطلوبی از سالمندی ارائه شده و همین عاملی برای رفتارهای غیرمحترمانه با سالمندان می شود. سالمندان در برخی باورهای قالبی، بی فایده، کم هوش، خسیس و باری بر دوش دیگران تصویر میشوند. فقر اطلاعات عمومی در مورد فرآیند سالمند شدن، فقدان ارتباط مناسب بین نسلی، گسترش روابط غیرشخصی در شهرهای بزرگ از عوامل برخوردهای نادرست با سالمندان هستند؛ ۳. روابط بین نسلی و آموزش عمومی: مشارکت در برنامه های بین نسلی، مشارکت سالمندان در فرآیند آموزشی کودکان، مراقبت از کودکان در فضاهای عمومی توسط سالمندان و کمک داوطلبانه جوانها به سالمندان از جمله مواردی است که میتواند ارتباط بهتر میان نسلهای مختلف را تسهیل کند. از سوی دیگر لزوم آموزش عمومی از همان دوران اولیه به افراد در مورد سالمند شدن و درونی کردن ارزشهای فرهنگی و احترام نسبت به سالمندان میتواند در رابطه میان نسلها مؤثر باشد؛ ۴. جایگاه در اجتماع: نقش سالمندان در اجتماع بر شمول اجتماعی و احترام نسبت به آنها مؤثر است. در برخی شهرها، سالمندان نقش مهمی در تصمیمات سطح محلهای دارند. طراحی برخی فعالیتهای داوطلبانه نیز میتواند به مشارکت سالمندان در اداره اجتماع محلی کمک کند. لازمه این کار اعتماد به تواناییهای سالمندان و استفاده از آنها در تصمیم گیری هاست.

مهمی در جلب مشارکت اجتماعی سالمندان است؛ ۴. تنوع فرصتها: سالمندان نیازها و علایق متفاوتی دارند و به همین سبب ارائه برنامه های متنوع می تواند در مشارکت بیشتر آنها اثرگذار باشند. این مسئله به ویژه در مورد سالمندانی که ناتوانیهای جسمی دارند صادق است؛ ۵. اطلاع از رویدادها و فعالیتهای سالمندان باید از فعالیتهای اجتماعی که در اجتماع محلی آنها ارائه میشود مطلع باشند. مراکز محلهای نقش مهمی در اطلاع رسانی فعالیتهای سالمندان محله دارند؛ ۶. تشویق به مشارکت: هرچه برنامه ها به محل سکونت نزدیکتر باشد و تنوع بیشتری داشته باشد، مشارکت در آنها بیشتر است، اما در برخی موارد سالمندان به سبب غریبه بودن یا نداشتن دوست و آشنا مایل به مشارکت در فعالیتهای نیستند. به ویژه مسئله انزوا در مورد سالمندانی که همسرشان را از دست داده اند و تنها هستند بیشتر است؛ لذا ضروری است که علاوه بر برگزاری برنامه های مختلف، شناسایی و تشویق سالمندان در محله برای مشارکت نیز انجام گیرد؛ ۷. ایجاد پیوند با سایر نسلها، فرهنگها و اجتماعات: فعالیتهای اجتماعی سالمندان باید راهی برای ایجاد ارتباط آنها با سایر گروههای سنی باشد؛ لذا برنامه هایی که همه گروههای سنی را در بر میگیرند از برنامه هایی که خاص سالمندان هستند، بهتر است. (***احترام و شمول اجتماعی**): سالمندان معمولاً نگرشها و رفتارهای متضادی را نسبت به خود تجربه می کنند. از یک سو با آنها با احترام برخورد می شود و از سوی دیگر احساس می کنند چندان در مسائل خانواده و اجتماع جدی گرفته نمی شوند. به نظر می رسد احترام و شمول اجتماعی سالمندان تابعی از تغییرات اجتماع و عواملی مانند فرهنگ، جنسیت، وضعیت سلامت و وضعیت اقتصادی باشد. مجموعه موارد احترام و شمول اجتماعی در شهر دوستدار سالمند در زیر آمده است: «۱. رفتار محترمانه و غیرمحترمانه: سالمندان اگر در فعالیتهای روزمره یا در مراجعه به مراکز عمومی و خصوصی احساس کنند که با آنان با احترام برخورد میشود،

(*) مشارکت مدنی و اجتماعی؛ بازنشستگی لزوماً

به معنای پایان فعالیتهای مدنی و اقتصادی نیست. در یک شهر دوستدار سالمند، از یک سو سالمندان برای بقا مجبور به ادامه کار اقتصادی نیستند و از سوی دیگر حق انتخابهای متعدد برای آنها جهت فعالیت اقتصادی یا داوطلبانه وجود دارد؛ به عبارت دیگر این حق برای آنها وجود دارد که در صورت تمایل بازنشسته شوند یا به فعالیت اقتصادی خود ادامه دهند. در زیر موارد اصلی مرتبط با این موضوع آمده است: «۱. فرصت فعالیت داوطلبانه برای سالمندان: در یک شهر دوستدار سالمند، سالمندان در فعالیتهای داوطلبانه مشارکت دارند و از این طریق حس ارزشمند بودن، فعال بودن و حفظ سلامتی و روابط اجتماعی را به دست می آورند. این مسئله در برخی شهرها از طریق استقرار زیرساختهای مناسب و سازمانهای تسهیل کننده شکل گرفته است. اخذ اطلاعات سالمندان و حوزههای مورد علاقه آنان جهت اطلاع به آنها در مورد فرصتهای فعالیت داوطلبانه میتواند به مشارکت بیشتر سالمندان کمک کند؛ ۲. تشویق به مشارکت مدنی: به کارگیری سالمندان در تصمیم گیری و اداره امور اجتماع محلی تنها از طریق احترام و اهمیت دادن به مشارکت آنها امکانپذیر است. آنها باید احساس کنند که وجود آنان ضروری است؛ ۳. آموزش: آموزش شرط لازم فعالیت مؤثر سالمندان در فعالیتهای داوطلبانه و دستمزدی است. فقدان مهارت عامل مهمی در عدم جذب سالمندان در بازار کار است. وجود فرصتهای قابل دسترسی برای آموزش سالمندان توسط نهادهای عمومی و محلی می تواند در این مورد سهم مهمی داشته باشد؛ ۴. ارزش قائل شدن برای فعالیت سالمندان: تبعیض سنی در محیط کار و بی احترامی نسبت به افراد سالمند در محیط کاری از جمله مواردی است که در شهر دوستدار سالمند باید به حداقل برسد.»

(*) ارتباطات و اطلاعات؛ تداوم ارتباط با محیط اطراف و به دست آوردن اطلاعات کاربردی و به موقع میتواند سهم مهمی در سالمندی پویا داشته باشد.

تحقیق سازمان جهانی بهداشت در این حوزه به موارد زیر اشاره دارد: «۱. توزیع گسترده: دسترسی به رسانه-های محلی یکی از ابزارهای مهم دسترسی به اطلاعات است. در برخی شهر، اطلاعات مفید برای سالمندان جمع آوری شده و از طریق رسانه های محلی به طور مشخص برای سالمندان ارائه می شود. در این میان نقش سازمانهای دولتی و داوطلبانه در توزیع مناسب اطلاعات شایان توجه است؛ ۲. اطلاعات درست در زمان درست: در شرایطی که مجموعه گسترده و پیچیده های از اطلاعات به طور روزمره ارائه میشود، انتخاب و ارائه آن دسته از اطلاعاتی که برای سالمندان قابل فهم و مفید است مسئلهای حیاتی است. در برخی موارد سالمندان از خدمات ارائه شده برای آنها مطلع نیستند و یا زمانی متوجه میشوند که فرصت به پایان رسیده است؛ ۳. شنیدن صدای سالمندان: یکی از شیوههای اصلی ارتباط میان سالمندان، ارتباط چهره به چهره و زبانی است، اما علاوه بر این روابط غیررسمی، سالمندان نیاز دارند تا به طور عام با جهان خارج در ارتباط باشند. فقدان مهارتهای لازم برای دنیای پیچیده امروز، توانایی آنان برای ایجاد ارتباط و بیان نظرات را کاهش می دهد؛ ۴. ارائه اطلاعات به صورت قابل فهم برای همه: یکی از مشکلات مهم سالمندان، قابل فهم نبودن اطلاعات از لحاظ بصری یا شنیداری است. استفاده از فونتهای کوچک میتواند برای سالمندان در خواندن دستورالعمل ها یا راهنمای استفاده محصولات مشکل ایجاد کند. استفاده از واژگان پیچیده در گفتارها و نوشتارها نیز به گیج شدن سالمندان منجر می شود. استفاده از تجهیزات الکترونیک نیز برای بسیاری از سالمندان دشوار است و باید در طراحی آن وسایل، این دسته از افراد نیز مورد توجه قرار گیرند؛ ۵. فن آوری اطلاعات: بسیاری از سالمندان به سبب عدم استفاده از فن آوری هایی مانند رایانه و اینترنت احساس طرد شدگی می کنند. دسترسی ارزان به رایانه و اینترنت و آموزش استفاده از آن در مراکز محلهای می تواند این حس طرد را از میان ببرد.»

(*) **حمل و نقل؛ حمل و نقل به ویژه حمل و نقل عمومی** از عوامل مؤثر بر سالمندی فعال است. مجموعه مولفه های مطرح شده توسط سازمان بهداشت جهانی در ادامه آمده است: « ۱. فراهم بودن حمل و نقل عمومی: انواع مختلفی از وسایل حمل و نقل عمومی در شهرها وجود دارند، اما این به معنای در دسترس بودن آنها برای سالمندان نیست؛ ۲. قابلیت اعتماد: نظام حمل و نقل عمومی باید دارای تعداد قابل قبول سرویسها و خدمات باشد. بی نظمی اتوبوسها یا طولانی شدن زمان سفر از جمله مسائل سالمندان در این حوزه است؛ ۳. مقصد سفر: امکان استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به این بستگی دارد که تا چه حد میتوان با استفاده از آن به مقصد مورد نظر رسید لذا پوشش نظام حملونقل و به ویژه خدمات رسانی به مراکزی که بیشتر مورد استفاده سالمندان است، اهمیت کلیدی دارد؛ ۴. وسایل نقلیه دوستدار سالمند: در اینجا سوار شدن و پیاده شدن از وسایل نقلیه مسئله اصلی است. نحوه استقرار در وسایل نقلیه، کیفیت صندلیها و ارائه خدمات خاصه افراد با ناتوانیهای جسمی خاص نیز در یک شهر دوستدار سالمند مورد توجه قرار دارد. به علاوه پیشنهاد شده است تا مسیر حرکت و علائم لازم برای تشخیص محل پیاده شدن در وسایل نقلیه عمومی نصب شود؛ ۵. خدمات ویژه برای سالمندان: باید برای سالمندانی که برای استفاده از وسیله حمل و نقل عمومی دچار مشکل هستند، متناسب سازی انجام شود؛ ۶. رانندگان وسایل نقلیه: نحوه برخورد و ادب رانندگان با سالمندان ویژگی مهم شهر دوستدار سالمند است. بسیاری از سالمندان از بی-توجهی رانندگان به مشکلات و نیازهای سالمندان گلایه دارند مثلاً در برخی کشورها سالمندان اعتراض دارند که چرا بسیاری از رانندگان منتظر نشستن سالمندان بر صندلی نشده و راه می افتند؛ ۷. ایمنی و راحتی: امنیت نظام حمل و نقل سهم مهمی در کیفیت زندگی سالمندان دارد. از سوی دیگر ازدحام و شلوغی در وسایل نقلیه عامل تهدید کننده سلامت سالمندان

و ایمنی آنهاست تاحدی که حتی در مواردی امکان تنفس را برای آنها دشوار می کند؛ ۸. ایستگاهها: طراحی، مکانیابی و وضعیت ایستگاهها باید با توجه به شرایط، نیازها و محدودیتهای سالمندان انجام شود؛ ۹. اطلاعات: در یک شهر دوستدار سالمند ارائه منظم برنامه های زمانبندی حرکت وسایل نقلیه عمومی به مردم ضروری است. پیش شرط این موضوع، وجود نظم در زمان حرکت وسایل حمل و نقل عمومی است. شرایط رانندگی برای سالمندان به سبب شیوه رانندگی مردم دشوار است. از سوی دیگر علایم راهنما باید به شیوه های باشد که خواندن آنها برای افراد سالمند آسان باشد. نور کافی خیابانها در شب نیز کمک بسیار مهمی به رانندگان سالمند است.»

(*) **مسکن؛ مسکن** یکی از مؤلفه های مهم امنیت و رفاه سالمندان است. مجموعه آیتیهایی که سازمان جهانی بهداشت در مطالعه خود در مورد مسکن در شهر دوستدار سالمند مطرح کرده است به شرح زیر است: « ۱. قیمت مسکن: مهمترین موضوع در مورد مسکن، توانایی سالمندان برای دسترسی به مسکن مناسب است. امکان استفاده از مسکن ارزان قیمت دولتی، از مهمترین ویژگیهای شهر دوستدار سالمند است؛ ۲. امکانات ضروری: دسترسی به امکانات اولیه زندگی نظیر آب، برق و گاز از ضروریات زندگی برای سالمندان است. در برخی موارد، هزینه تأمین این خدمات برای سالمندان زیاد است و پرداخت یارانه می تواند برخی از مشکلات آنها را حل کند؛ ۳. طراحی: جنبه های مختلفی از طراحی مسکن بر چگونگی زندگی سالمندان مؤثر است. سازه پایدار و محکم، سطوح مسطح، دسترسی به آسانسور، حمام و دستشویی مناسب، راهروهای عریض و مناسب جهت حرکت ویلچر از جمله این موارد است؛ ۴. تغییرات در خانه: امکان ایجاد تغییرات در خانه برای مناسب سازی آن متناسب با نیازهای سالمندان مسئله اصلی این آیتم است. در برخی شهر، سالمندان میتوانند از تسهیلات دولتی برای تغییرات در خانه خود استفاده

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

۲۹

کنند؛ ۵. نگهداری: نگهداری و تعمیرات ضروری خانه معمولاً برای سالمندان دشوار است. در برخی شهرها، شهرداریها این گونه خدمات را برای سالمندان به رایگان انجام می دهند. در برخی موارد، سالمندان نگران آمدن افراد غریبه برای تعمیرات به منزل هستند و پیشنهاد می شود فهرستی از افراد قابل اعتماد توسط نهادهای محلی در اختیار سالمندان قرار گیرد؛ ۶. ارتباط با خانواده و اجتماع: زندگی در محیط آشنا که در آن سالمند خود را بخشی از اجتماع احساس کند سهم مهمی در زندگی آرام سالمندان دارد. به همین سبب، خدمات به سالمندان تا حد ممکن نباید به جابه جایی آنها از محیطی که به آن عادت کرده اند، شود؛ ۷. حق انتخاب مسکن: در برخی شهرها، سالمندان از حق انتخاب برای جابه جایی به خانه کوچکتر یا مراکز نگهداری سالمندان برخوردارند؛ ۸. محیط زندگی: برخورداری از فضای کافی در خانه از ضروریات زندگی آسوده سالمندان است. در برخی شهرها به سبب جمعیت زیاد خانوارها، سالمندانی که با خانواده های خود زندگی می کنند دچار محدودیتهای زیادی هستند. امنیت سالمندان در خانه نیز مسئله مهمی است که در برخی شهرها خدماتی ویژه در این مورد به سالمندان ارائه می شود».

(*) حمایت اجتماعی و خدمات پزشکی - بهداشتی؛ خدمات حمایتی و پزشکی - بهداشتی سهم مهمی در سلامت و استقلال سالمندان در اجتماع دارند. در اختیار داشتن خدمات با کیفیت، متناسب و قابل دسترسی دغدغه بسیاری از سالمندان است. موارد مطرح شده در تحقیق سازمان بهداشت جهانی در این حوزه به شرح زیر است: «۱. خدمات در دسترس: خدمات بهداشتی که در موقعیت مناسب قرار داشته باشند و به آسانی قابل دسترسی باشند برای سالمندان بسیار مؤثر خواهند بود؛ به ویژه در غیاب نظام حمل و نقل مناسب، نحوه ارائه خدمات به سالمندان باید با توجه به محدودیتهای آنان در جابه جایی باشد. دسترسی به خدمات اورژانس از ضروریات

زندگی سالمندان است. تمرکز زدایی از خدمات پزشکی در شهر و ارائه خدمات حمل و نقل توسط گروههای داوطلب میتواند در حل این مشکلات کمک کند. نحوه برخورد مسئولان در مراکز خدماتی با سالمندان نیز اهمیت دارد و لازم است برخوردها در نهایت احترام باشد؛ ۲. پوشش گسترده تر خدمات پزشکی - بهداشتی: اقسام گوناگون و متنوع خدمات پزشکی - بهداشتی متناسب با نیازهای سالمندان از جمله مواردی است که باید به آن توجه شود؛ ۳. مراکز نگهداری سالمندان: یکی از مسائل مهم وجود مراکزی برای نگهداری سالمندانی است که نمیتوانند در خانه های خود زندگی کنند. در واقع باید این حق برای آنها وجود داشته باشد که در صورت تمایل در مراکزی که توانایی پرداخت هزینه آن را دارند اسکان گیرند. کیفیت خدمات و مکان این مراکز از جمله موضوعات مهم هستند؛ ۴. خدمات داوطلبانه: فراهم کردن امکان جذب نیروهای داوطلب میتواند بخشی از خلاءهای موجود در خدمات پزشکی و بهداشتی را کاهش دهد. به ویژه این نیروها میتوانند ارتباطهای بین نسلی را نیز تقویت کنند.

به طور کلی آنچه در بالا آمد، مجموعه مسائل مهم سالمندان در زندگی شهری پیچیده امروز است. هرگونه تلاش برای بهبود وضعیت سالمندان باید با توجه به ابعاد مختلف ذکر شده در بالا و ویژگیهای خاص فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور و همچنین ظرفیتهای سازمانی و نهادی باشد. اگر موارد مطرح شده در بالا در حوزه مسئولیت نهادها و سازمانهای مختلفی قرار دارد، اما نگاه به شهر دوستدار سالمند به عنوان یک جهتگیری کلی و در نظر گرفتن منافع این گروه در برنامه ریزی شهری میتواند زمینه بهبود شرایط را فراهم کند. جمعیت جهان رو به سالخوردگی بیشتر و شهرنشینی بیشتر است. نتیجه این دو روند افزایش سالمندان در شهرهاست که لزوم سیاستگذاری جهت رفاه و زندگی مناسب آنها را ضروری می کند. لذا با توجه به موارد بالا برای رسیدن و یا حداقل نزدیک شدن به شهر

ملاحظات طراحی برای سالمندان	مولفه مورد نظر طراحی
گسترش فضاهای سبز برای سالمندان بر اساس طراحی منطبق با مناسب سازی فضاهای شهری برای سالمند؛ ساماندهی فضاهای پیاده روی به منظور ایجاد سطوحی هموار، غیرلغزنده و با پهنای مناسب برای عبور و مرور؛ ایجاد فضاهای نشیمن گاهی و مبلمان شهری متناسب با ویژگیهای فیزیولوژیکی و روان شناختی سالمندان برای تحقق بخشی به افزایش تعاملات اجتماعی؛ زمینه سازی برای شهرهای پاک، و بدون آلودگی های صوتی، نوری و ترافیکی؛ و تدوین دستورالعمل های خاص برای شیوه ارائه خدمات عمومی به سالمندان	ساختمانها و فضاهای بیرونی
تلاش سازمان های مردم نهاد و ارگانهای ذی ربط برای مشارکت سالمندان در فرایند تصمیم سازی شهری؛ تجهیز مراکز و فضاهای شهری به تجهیزات مورد نیاز معلولان و سالمندان؛ مقرون به صرفه سازی حضور سالمندان در شهرها و برخورداری از تسهیلات و خدمات عمومی شهری؛ تسهیل فرایند گردشگری سالمندان از فضاهای شهری و فضاهای عمومی شهر منجمله پارکها، موزه ها و سایر فضاهای گردشگری شهری؛ تسهیل فرایند حضور سالمندان در مناسبتهای شهری از طریق ارائه بسته های تشویقی به سالمندان و یا تامین هزینه های بهره برداری و یا رایگان بودن هزینه های استفاده آنها از فضاهای شهری؛ تاسیس و گسترش باشگاه های سالمندی برای ایجاد پایگاهی برای فعال سازی سالمندان در شهرها و حضور در فعالیتهای اجتماعی؛ فعال سازی سرای محلات برای هماهنگی ارائه خدمات به سالمندان	مشارکت سازی اجتماعی سالمندی
مشاورت با سالمندان در رابطه با راههای ارائه بهتر خدمات به آنها؛ آموزش شهروندی در رابطه با برخورد مناسب و محترمانه با سالمندان؛ فراهم سازی برنامه های فرهنگی برای ارتقاء روابط بینانسی؛ و ایجاد زمینه های همکاری سالمندان در امور شورایاری های محلات شهرها	شمول اجتماعی و احترام

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

۳۱

می رسد، اما برای فعال کردن این حس مسئولیت اجتماعی، ضرورت بر ساخت مؤثر مسئله سالمندی و مشکلات سالمندان در زندگی شهری بیش از پیش احساس می شود. در واقع مدیریت شهری میباید در دو سطح در جهت حرکت به سوی شهر دوستدار کودک حرکت کند:

۱. در سطح اول، شهرداری باید از تمام ظرفیتهای خود برای آموزش و آگاه سازی مردم نسبت به مشکلات

دوستدار سالمند توجه به مسئله سالمندی از سوی شهروندان و مدیریت شهری ضروری است. شاید در این میان نقش شهروندان بسیار مؤثرتر باشد؛ زیرا همواره در این گونه موارد، انداختن مسئولیت بر عهده مدیریت شهری و به دنبال آن عدم مشارکت عمومی سبب ناکامی در سیاستهای شهری شده است؛ بنابراین توجه به مسئولیت اجتماعی شهروندان در قبال مسائل سالمندان شهر بسیار ضروری به نظر

سالمندان در شهر و تقویت حس مسئولیت عمومی در قبال این قشر از جامعه اقدام کند. برای نمونه تبلیغات شهری می تواند در جلب توجه مردم نسبت به تمامی گروه های آسیب پذیر شهری از جمله سالمندان مؤثر باشد. در بسیاری موارد مشکلات سالمندان در شهر ناشی از عدم حساسیت سایر شهروندان نسبت به آنهاست. این عدم حساسیت در موارد زیاد نه تعمدی، بلکه از روی بی اطلاعی است؛ لذا بر ساخت مناسب مسئله می تواند در جلب مشارکت اجتماعی مردم برای کمک به سالمندان در تمامی فعالیتهای روزانه را فراهم کند. علاوه بر تبلیغات شهری می توان از ظرفیت نهادهای محلی و غیردولتی برای آموزش و آگاهی بخشی به شهروندان استفاده کرد. این نهادها می توانند با ارتباط های چهره به چهره و در مقیاس کوچک نسبت به اطلاع رسانی و حساس کردن مردم نسبت به مشکلات سالمندان مؤثر باشند؛

۲. در سطح دیگر، باید در ارائه خدمات و امکانات خود، مسئله سالمندان را در نظر گیرد و متناسب با نیاز آنان نسبت به ارائه خدمات اقدام کند. در این زمینه مجموعه عملیاتی شده راهکارهای پیشنهادی از سوی سازمان بهداشت جهانی برای یک شهر دوستدار سالمند را می توان در مؤلفه های زیر خلاصه کرد: در راستای طراحی فضاهای سبز برای سالمندان که امکان حضور بیشتر آنها را فراهم کرده و در نتیجه زمینه ساز تعاملات اجتماعی سازنده و سلامت روان آنها می گردد، لازم است تا به فضاهای سبز توجهی ویژه معمول گردد. رهنمودهایی را برای طراحی فضاهای سبز برای سالمندان ارائه می شود که با رعایت این موارد در طراحی فضا برای سالمندان می توان محیط مناسب و دلنشینی را برای این افراد به وجود آورد که آرامش و تحلیه روانی را بر اساس نظریه سلامت روان به همراه دارد:

۱. طراحی فضاهایی جهت تجمع سالمندان در خارج از مسیرهای تردد در فضاهای سبز شهری خاصه در مراکز تعاملات اجتماعی طراحی شده برای سالمندان؛

۲. بهتر است فضاهای خاصی برای ورزشهای سبک و نرمش برای سالمندان در نظر گرفته شود، برای مثال راه رفتن مورد علاقه بسیاری از سالمندان در سنین بالاست، بنابراین می توان با طراحی مسیرهای پیاده روی مناسب و متنوع، به نیاز آنها پاسخ مثبت داد.

۳. یکی از تفریحات افراد سالمند صحبت کردن آنها با یکدیگر است؛ طراحی فضاهایی برای تجمع سالمندان و گفتگو با یکدیگر در خارج از مسیرهای تردد می تواند بسیار مناسب باشد.

۴. فواصل و طول مسیرهای دسترسی از حالت عادی کمتر باشد، برای مثال تعداد و محل قرار گیری سرویس های بهداشتی باید به صورتی باشد، که افراد سالمند در کوتاهترین زمان، و مناسب ترین مسیر ممکن بتوانند به آن دسترسی پیدا کنند. هیچ گونه بلندی یا مانعی در مسیر حرکت افراد سالمند قرار نداشته باشد.

۵. سعی شود تا جای ممکن از مسیرهای شیبدار کمتر استفاده شود و در صورتی که مجبور به استفاده از مسیرهای شیبدار هستیم حداقل امکان از نرده در کنار مسیرها برای دستگیری افراد سالمند استفاده شود.

۶. لازم است عوامل محرک حواس بینایی، شنوایی، لامسه و بویایی در طراحی فضای باز به کار گرفته شود، تا لذت و ادراک محیط به نحو مناسبی انجام بگیرد. سرنخهای لامسه بسیار مهم و شامل تغییرات در بافت کف پیاده روها و محل برخورد مسیرها یا قبل از محوطه پله هاست. این تغییر را می توان با تغییر در مصالح کفسازی به وجود آورد.

۷. با توجه به این که سالمندان زودتر از افراد دیگر خسته می شوند، باید در فواصل مشخصی برای این افراد نیمکت های مناسبی طراحی کرد.

۸. طراحی و اجرای مبلمان شهری و نیمکت های مناسب برای سالمندان در فضاهای شهری که امکان حضور آنها را بیشتر کرده و در نتیجه تعاملات اجتماعی را افزایش می دهد.

منابع و مآخذ

ایران.

توسلی، محمود (۱۳۷۱) اصول و روشهای طراحی شهری و فضاهای مسکونی در ایران، تهران، وزارت مسکن و شهرسازی، دفتر مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران.

جیکوبز، جین (۱۳۸۶) زندگی و مرگ شهرهای بزرگ امریکا، مترجم: پارسی، حمیدرضا؛ افلاطونی، آرزو، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

حبیبی، سید محسن (۱۳۷۹) جامعه مدنی و حیات شهری، مجله هنرهای زیبا، تهران، شماره ۷.

حبیبی، محسن (۱۳۷۸) فضای شهری، حیات واقعه ای و خاطره های جمعی، مجله صفا، سال نهم، شماره ۲۸، بهار و تابستان ۱۳۷۸.

خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۳) روان شناسی سالمندی، انتشارات آستان قدس رضوی.

خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴) مفهوم سلامت روان شناختی، انتشارات جاودان.

دادخواه، اصغر (۱۳۸۶) «سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران»، نشریه سالمند، شماره ۵، بهار ۱۳۸۶.

دلاور، علی (۱۳۷۰) روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: مؤسسه نشر و ویرایش.

دوبوار، سیمون (۱۳۶۵) «کهنسالی»، ترجمه ی دکتر محمدعلی طوسی، ۱۳۶۵، تهران، نشر شبانویز.

رحمانی، سپیده (۱۳۸۵) استاد راهنما: سهیلی، جلال الدین، پایان نامه کارشناسی: خانه و فرهنگسرای سالمندان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین، پاییز ۱۳۸۵

رفیعیزاده، ندا و نودری، شعله (۱۳۸۹) «مبانی طراحی فضاهای باز محله های مسکونی متناسب با شرایط سالمندان»، تهران، مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن.

رفیعیزاده، ندا و نودری، شعله (۱۳۸۹) «مبانی طراحی معماری مراکز خدماتی روزانه سالمندان»، تهران،

اتکینسون، ریتال. و همکاران (۱۳۷۸) زمینه روان شناسی هیلگارد، ج ۱ ترجمه گروه مترجمان زیرنظر محمدنقی براهنی، تهران: انتشارات رشد. آزاد فلاح و همکاران (۱۳۷۸) بررسی تأثیر شیوه های حل تعارض ارتباطی و راهبردهای حل مسئله بر سلامت روانشناختی دانشجویان. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

علوم، شیما (۱۳۸۶) باغهای شفافبخش، نشریه اینترنتی معماری منظر؛ زمان برداشت: ۱۳۹۳/۷/۴.

اسماعیلی شیرازی، مرضیه (۱۳۷۹) روان شناسی اجتماعی سالمندی، انتشارات دانشگاه شیراز.

باباپور، خیرالدین، جلیل (۱۳۸۲) بررسی تأثیر شیوه های حل تعارض ارتباطی و راهبردهای حل مسئله بر سلامت روان شناختی دانشجویان، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

بنتلی، ای. ین و دیگران (۱۳۸۷) محیط های پاسخده: کتاب راهنمای طراحان، ترجمه مصطفی بهزادفر، انتشارات دانشگاه علم و صنعت، تهران.

پاشا، علیرضا و صفرزاده، سحر و مشاق، روبا (۱۳۸۵) مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده های شهر اهواز. دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران تهران دانشگاه شهید بهشتی.

پاکزاد، جهانشاه (۱۳۸۶) مبانی نظری و فرآیند طراحی شهری، چاپ دوم، تهران، انتشارات شهیدی. تانکیس (۱۳۸۸) فرم، فضا، شهر و نظریه اجتماعی (مناسبات اجتماعی و شکل های شهری). ترجمه پارسی، حمیدرضا و دیگران. انتشارات دانشگاه تهران.

توسلی محمود و ناصر بنیادی (۱۳۸۶) طراحی فضای شهری- فضای شهری و جایگاه آن در زندگی و سیمای شهری، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران.

توسلی، محمود و ناصر، بنیادی (۱۳۷۶) طراحی فضاهای شهری، دفتر مطالعات شهرسازی و معماری

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۳۹ تابستان ۹۴
No.39 Summer 2015

■ ۳۳ ■

مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن.
سماعی طهرانی، فاطمه (۱۳۸۹) استاد راهنما: متدین، حشمت اله، پایان نامه کارشناسی: مجتمع مسکونی سالمندان، دانشگاه تهران، شهریور ۱۳۸۹
شاملو، سعید (۱۳۸۱) بهداشت روانی، تهران: انتشارات رشد.
شاه تیموری، یلدا (۱۳۸۸) استاد راهنما: مظاهریان، حامد، پایان نامه کارشناسی: مهد سالمند، دانشگاه تهران، مرداد ۱۳۸۸
عبداللهی، فاطمه و محمد پور، علیرضا (۱۳۸۴) بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل و سرای سالمندان در شهرستان ساری. دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران. تهران دانشگاه شهید بهشتی.
کاراداک، ونسان (۱۳۹۱) «جامعه شناسی پیری و پیر شدگی»، ترجمه‌ی سوسن کباری، تهران، انتشارات جامعه شناسان.
کرمونا، متیو، تیم هیت، تنراک و استیون تیزدل (۲۰۰۳) مکان های عمومی، فضاهای شهری، ترجمه فریبا قرایبی و دیگران. تهران: انتشارات دانشگاه هنر. گلکار، کورش (۱۳۸۰) مولفه های سازنده کیفیت در طراحی شهری، نشریه صفا شماره ۳۲.
گلکار، کورش (۱۳۷۹) طراحی شهری پایدار در شهرهای حاشیه کویر، مجله هنرهای زیبا، شماره ۸، زمستان ۱۳۷۹.
گلکار، کورش (۱۳۸۱) طراحی شهری و جایگاه آن در سلسله مراتب طرح های توسعه شهری تهران، انجمن صنفی مهندسان مشاور معمار و شهرساز. لطف آبادی، علی (۱۳۸۴) روان شناختی رشد: نوجوانی، جوانی، بزرگسالی، تهران: انتشارات سمت. لینچ، کوین (۱۳۷۶) تئوری شکل خوب شهر، ترجمه دکتر حسین بحرینی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول.
لینچ، کوین (۱۳۸۱) سیمای شهر، ترجمه منوچهر مزینی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ پنجم. مدنی پور، علی (۱۳۷۹) طراحی فضای شهری:

نگرشی بر فرایندهای اجتماعی- مکانی، ترجمه فرهاد مرتضایی، تهران، شرکت پردازش و برنامه ریزی شهری.
مدنی پور، علی (۱۳۸۱) تهران، ظهور یک کلانشهر، ترجمه حمید زرازوند، تهران، انتشارات پردازش و برنامه ریزی شهری.
مقالات:
مک اینتایر، آن (۱۳۹۱) «کار درمانی سالمندان»، ترجمه‌ی محبوبه شاطریان و مینا حسینی، تهران، نشر دانژه.
ممتاز، ساناز (۱۳۸۷) استاد راهنما: آیوازبان، سیمون، پایاننامه کارشناسی: محلی برای پیوند نسلها، دانشگاه تهران. بهمن ۱۳۸۷.
منصوری، الهام (۱۳۸۵) استاد راهنما: بذرافکن، کاوه، پایان نامه کارشناسی: زندگی اجتماعی سالمند. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تیر ۱۳۸۵.
میرفلاح نصیری، سید نعمت الله (۱۳۸۶) «مشخصه‌های جمعیت شناختی سالمندی جمعیت و نماگرهای مربوط در ایران»، گزیده مطالب آماری، سال ۱۸، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۸۶.
هاشم نژاد، هاشم و سمیرا اسدی بوالورد (۱۳۸۸) «بهره‌گیری از فضای اقامتی روزانه برای ارتقاء سطح کیفی زندگی سالمندان»، نشریه آرمانشهر، شماره ۲، بهار و تابستان ۱۳۸۸.
هرمن، هزلر (۱۹۹۹) بررسی تأثیر شیوه‌های حل تعارض ارتباطی و راهبردهای حل مسئله بر سلامت روانشناختی دانشجویان. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.