

تبارشناسی گردشگری سلامت بر گردشگری پذیری شهری با تاکید بر اصول طراحی مراکز آب درمانی

فرزانه جلالیان* - دانشجوی کارشناسی ارشد معماری، گروه معماری، واحد هیدج، دانشگاه آزاد اسلامی، هیدج، ایران.
محمد رحمانی قصبه - دکتری معماری، استادیار، واحد مهدی شهر، هئیت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی
واحد کرج.
مهران دشتی تهرانی - دکتری معماری، استادیار، واحد هیدج، هئیت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، هیدج، ایران.

چکیده

Genealogy tourist town in health tourism, with an emphasis on design principles hydrotherapy centers

Abstract

Urban tourism is a process of long periods with different forms of human society, and as economic development, social and cultural development of countries affected by economists as the "invisible exports" have names. On the other hand, the new concept of health tourism in the tourism industry with respect to global expansion of the world's attention in this regard is urban planners and managers. There are natural attractions and vast resources, especially water treatment needs of this study formed the analytical method and the method of documentary and field studies have been conducted. In this paper, after referring to the concept of urban tourism and health tourism, the tourism of water and in water treatment centers mentioned And norms and principles of design of these spaces is investigated, and in the end, the strategies towards the development of health tourism in the cities, especially medical tourism is mentioned.

Keywords: health and safety theory, water treatment, water architecture, principles and design criteria.

گردشگری شهری روندی است که از زمان‌های طولانی با شکل‌های متفاوت در جوامع انسانی وجود داشته و آنچنان در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها اثرگذار بوده است که اقتصاددانان از آن به عنوان «صادرات نامرئی» نام برده‌اند. از سویی دیگر، گردشگری سلامت از مفاهیم نوین در عرصه صنعت گردشگری است که با توجه به گسترش فراگیر آن در جهان نیازمند توجه برنامه‌ریزان و مدیران شهری در این رابطه است. وجود جاذبه‌های طبیعی و بالاخص منابع گسترده آب درمانی ضرورت پژوهش حاضر را تشکیل داده که با روش توصیفی-تحلیلی و روش اسنادی و مطالعات میدانی صورت گرفته است. در این مقاله بعد از اشاره به مفهوم گردشگری شهری و گردشگری سلامت، به انواع گردشگری آب و در واقع مراکز آب درمانی اشاره شده و ضوابط و اصول طراحی این فضاها بررسی گردیده و در پایان نیز راهکارهایی در راستای بسط و گسترش گردشگری سلامت در شهرها خاصه گردشگری آب درمانی مورد اشاره قرار داده شده است.

واژگان کلیدی: سلامت و نظریه سلامت، آب درمانی، معماری آب، اصول و ضوابط طراحی.

* نویسنده مسئول مکاتبات، شماره تماس: ۰۹۱۲۵۹۴۹۷۸۴، رایانامه: Farzaneh.Jalalian@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با عنوان «طراحی مجتمع آب درمانی برای امراض جلدی و ارتوپدی در لاریجان» استخراج شده است که از راهنمایی دکتر محمد رحمانی قصبه و مشاوره دکتر مهران دشتی تهرانی بهره برده است که بدین وسیله مراتب سپاس و امتنان خویش را اعلام می‌دارد.

جغرافیایی ایران از عوامل مؤثر در جذب توریسم پزشکی به شمار می آید. علاوه بر این، در زمینه «آب درمانی» لازم به ذکر است که «هیدروتراپی» در سراسر تاریخ در فرهنگ های مختلف استفاده می شده است. حتی در مدارک بسیار قدیمی نیز قدرت شفادهندگی آب های معدنی ذکر شده اند. استفاده از آب به عنوان یک عنصر شفادهنده، در زمان یونانیان پایه گذاری شد. حمام های رومی و ترکی قدیمی، هنوز هم بسیار محبوب و برای توریست ها جذاب هستند. استفاده مدرن از «هیدروتراپی» به شخصی به نام «وینسنت پریزیتس» نسبت داده شده که در سال ۱۸۲۶ اولین موسسه آبدرمانی را در «گرافن برگ» راه اندازی کرد و شیوه جدیدی از آبدرمانی را برای درمان و یا بهبود هر نوع بیماری و ناراحتی در آن پایه گذاری نمود، برای این منظور او فعالیت خود را متوجه نشانه های مختلف بیماری ها کرد و درباره استفاده از آب در رفع ضعف و سستی و اختلالات بدن مطالعه نمود. در این مقاله گردشگری سلامت با تاکید بر مراکز آب درمانی مورد توجه بوده و به نکاتی چند در حوزه راهبردهای کلان ارتقا گردشگری سلامت و در ضمن اصول و ضوابط طراحی مراکز آب درمانی اشاره خواهد شد.

ادبیات تحقیق

گردشگری شهری

کشور ایران از ظرفیت های بالقوه ای برای تبدیل شدن به یکی از پنج کشور عمده گردشگر پذیر دنیا برخوردار بوده و پتانسیل های گردشگری زیادی را دارا می باشد. جمهوری اسلامی ایران به تصدیق سازمان یونسکو، از نظر وجود آثار تاریخی و فرهنگی

در مقوله «گردشگری شهری» باید گفت که شهرها گذار از اقتصاد صنعتی به اقتصاد خدماتی و اطلاعاتی، از شهر به عنوان مکانی برای زندگی جمعی به مکانی برای مزیت های رقابتی و شهر اشتغال زایی، از مکانی با تنوع تقریباً یکسان فرهنگی به مکانی با تنوع وسیع فرهنگی و افزایش مهاجرت ها و بالاخره از یک شهر با مقیاس ملی و نهایتاً بین المللی به شهرهای جهانی و جهان شهرها تجربه کرده اند.^۱ از سویی دیگر، در زمینه «گردشگری سلامت»، ایران پس از کشور اردن بیشترین ظرفیت ها و قابلیت ها را در حوزه گردشگری سلامت در بین کشورهای اسلامی داشته و همچنین از نظر تنوع اقلیمی و جاذبه های سیاحتی و زیارتی دارای پتانسیل خوبی برای جذب توریست های درمانی می باشد. دولت جمهوری اسلامی ایران براساس برنامه ریزی های خود، می بایستی ۳۰ درصد از نیازهای درمانی و بهداشتی کشور را از طریق صدور کالای خدمات پزشکی و توریسم درمانی فراهم کند. دستیابی کشور به موقعیت مطلوب در زمینه گردشگری سلامت در عرصه بین المللی براساس چشم انداز ۲۰ ساله و قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی، اقتصادی و سیاسی دولت جمهوری اسلامی ایران از جمله اهداف این برنامه می باشد. پیشرفتهای دستاوردهای پزشکی و سطح بالای تجهیزات بهداشتی- درمانی در کشور، امکان و فرصتهای جدیدی را برای حوزه گردشگری بویژه در زمینه جذب توریسم سلامت ایجاد نموده و از سویی تنوع، کیفیت بالا و پائین بودن قیمت خدمات درمانی با توجه به شرایط و موقعیت

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۲۸۶

۱. تا آنجا که اطلاعات تاریخی نشان می دهد، سیر و سیاحت برای استراحت و تفریح از اوایل قرن شانزدهم شروع شده و مردم برای بازدید از شهرهای بزرگ و معروف دنیا، اقدام به مسافرت نموده اند. افزون بر این، جاذبه و تصور کسب سودهای کلان از طریق دستیابی به کالاهای کمیاب، بازرگانان را بر آن می داشت تا در جستجوی کالاهای مناسب به نقاط دور دست سفر کنند. به عنوان مثال، یونانیان مستعمراتی را در سواحل دریای سیاه، دریای مدیترانه تا مارسای ایجاد کردند و با اهالی اطراف به تجارت پرداختند. تجار رومی نیز در جستجوی کهربا به سواحل بالتیک و به دنبال فولاد به «ویستولا» و برای یافتن روی به جزایر بریتانیا رخنه کردند و به هر حال، مبادلات بازرگانی در کلیه جهات صورت می گرفت. با در نظر گرفتن این عوامل و داشتن محل هایی برای گردشگری به عنوان گزینه، می توان به بهترین نحو، گزینه برتر برای گردش را برگزید و گردش خاطره انگیز، ایمنی و مناسب را داشت. در این دوران ایجاد شرایط و امکانات لازم برای همزیستی مسالمت آمیز بین قبایل و دول مختلف ضرورت ایجاد می کرد که نمایندگان دول همسایه و یا دور از یکدیگر همواره در سفر باشند. افزون بر این، جاذبه و تصور کسب سودهای کلان از طریق دستیابی به کالاهای کمیاب، بازرگانان را بر آن می داشت تا در جستجوی کالاهای مناسب به نقاط دور دست سفر کنند.

در میان هشت کشور نخست جهان جای دارد و از منظر جاذبه های اکوتوریسمی و تنوع اقلیمی جزو پنج کشور برتر دنیاست. طبیعت چهار فصل ایران، وجود دریا، کویر، چشمه های آب گرم، حیات وحش متنوع و انحصاری، جاذبه های گردشگری مذهبی و تمدن هفت هزار ساله این قابلیت را به ایران بخشیده است که در ردیف گردشگری جهان حرف نخست را بزند. گردشگری را امروزه می توان صنعت سفید نام نهاد، زیرا برخلاف اغلب صنایع تولیدی بدون آلوده سازی محیط زیست انسانی، زمینه ساز دوستی و تفاهم بین ملت هاست و صلح و صفا را برای مردمان به ارمغان می آورد. شهرها به دلیل داشتن قابلیت هایی از قبیل «استقرار مراکز مهم اقتصادی، علمی، فرهنگی، تاریخی، طبیعی» و غیره در آنها، بعنوان مقصد اصلی و نهایی اکثر گردشگران می باشند. اطلاق «اصطلاح صنعت بدون دود» به صنعت گردشگری خود گویای نقش بی ضرر آن در رشد جوامع است. برنامه ریزی امر توریسم و گردشگری در کلیه سطوح برای دستیابی به توسعه و مدیریت موفق آن امری اساسی است. تجارب جهانی این امر را به اثبات رسانیده است (Cocoosis, ۲۰۰۲). صنعت گردشگری در ایران بر مبنای سند چشم انداز ۲۰ ساله در بخش توریسم و در افق ۱۴۰۴ می بایست با رشد ۱٫۵ درصدی در تعداد گردشگران ورودی، حداقل ۲۰ میلیون گردشگر از بازار جهانی را سالیانه به خود جذب نماید که این امر مستلزم سرمایه گذاری بالغ بر ۳۰ میلیارد تومان در این صنعت با سهم حدوداً ۱۶ درصدی بخش دولتی و مابقی از بخش خصوصی می باشد. اما روند کنونی به هیچ عنوان رضایت بخش نیست و راه دشوار ایران برای دستیابی به ۲ درصد از درآمد جهانی توریسم را نمایان می سازد. جریان گردشگری فضاهای جغرافیایی بسیاری را در می نوردد تا در منطق شبکه ای خود تاثیرات فراوانی را بر خرده فضاهای درون متنی برجای گذارد. این بدان معنا است که گردشگری به مانند یک جریان

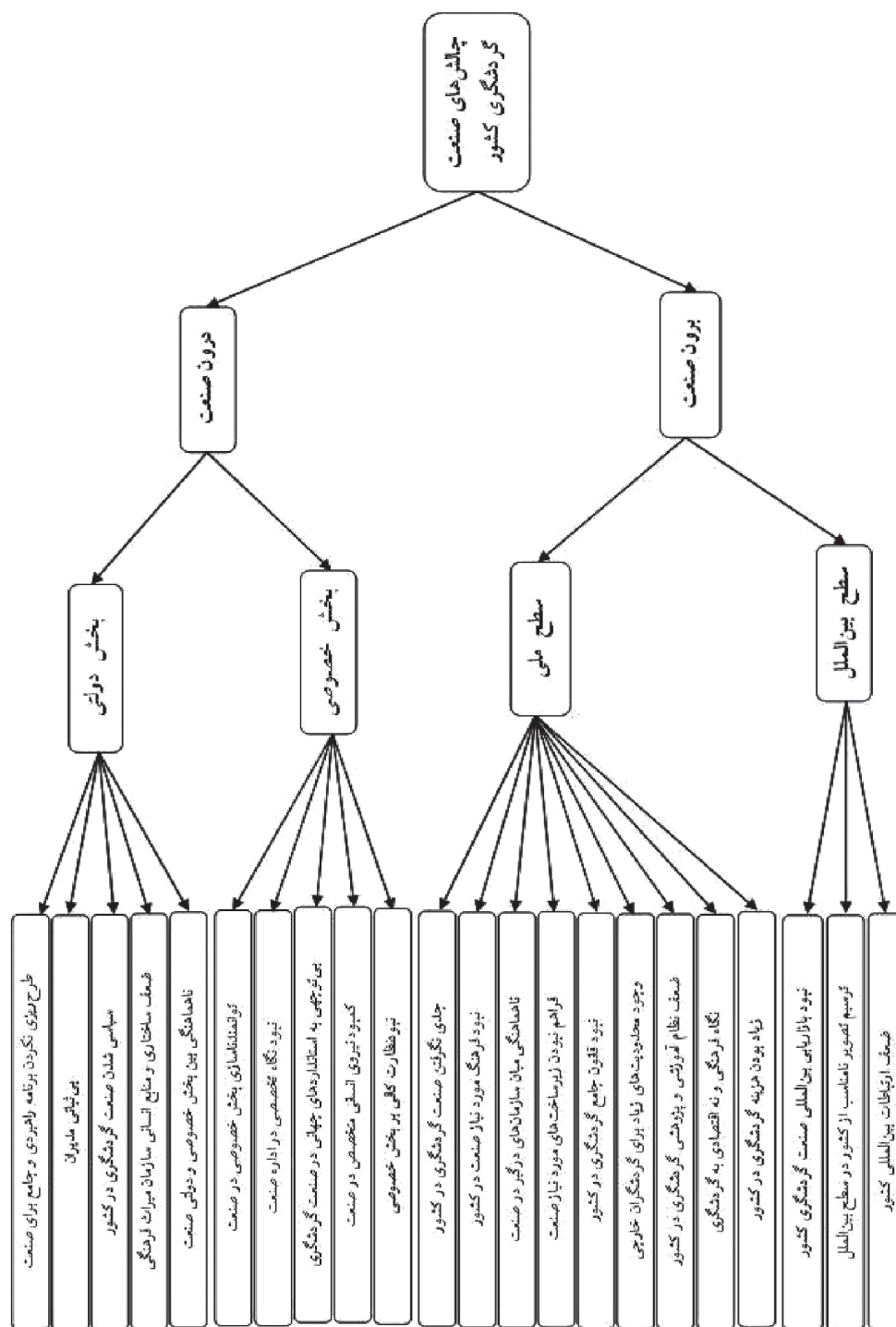
سیال در برگزشتن از هر سرزمین یا مکان می باشد و این خود با کنش و واکنش های شکل گرفته جهت یابی شده و در مقاصد گردشگری با توجه به شناخت و اهمیت توجه به گردشگری آثاری را در ابعاد اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست محیطی بر جای مینهد (Ainhoa Urtasun, ۲۰۰۶: ۹۰۴). گردشگری با در اختیار گرفتن فناوری های پیشرفته و با توجه به رویکرد کشورها، رتبه اول درآمدزایی ارزی را در کشورهای جهان به خود اختصاص خواهد داد. گردشگری امروزه یکی از بنیان های جهانی سازی و نماد بارز درهم فشردگی فضا- زمان در عصر پسامدرن می باشد. در مناطقی که توسعه گردشگری بدون برنامه ریزی صورت پذیرفته اغلب دچار مشکلات زیست محیطی و اجتماعی هستند (الوانی و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۸۹). گردشگری اگر با برنامه ریزی باشد تمامی شاخص های توسعه پایدار از جمله اشتغال، شاخص های توسعه اقتصادی، ارتقاء سطح فرهنگی از طریق مبادلات فرهنگی، حفاظت از میراث تاریخی، فرهنگی، طبیعی و حفاظت محیط زیست جوامع را بدون نیاز به سرمایه گذاری سنگین بهبود می بخشد (Isabel Gutiérrez, ۲۰۰۶). مردمی کردن بیش از پیش مراکز تفریح و سرگرمی، موجب تعدد هتلهای ساده تر و بروز بحرانی وخیم در هتلداری تجملی، به ویژه در جریان سالهای بحران اقتصادی (۱۹۵۳- ۱۹۲۹ میلادی) شده است و از آن پس نیز این بحران بصورت تبدیل هتلهای شخصی به آپارتمان و فروش آپارتمانها به افراد، خود را نشان می دهد (Kostas E Sillignakis, ۲۰۱۰).

امروزه علاوه بر اینکه هتلهای بزرگ و متجمل هنوز به توسعه خویش ادامه می دهند، مراکز توریستی، به ویژه پیرامون اماکن مسکونی ارزان قیمت، تثبیت شده اند: از آن جمله می توان به حریم هایی که برای پذیرش چادرها و یا کاروانها در نظر گرفته شده اند و یا به اجاره دادن اتاقها در اماکن مسکونی اشاره نمود. امروزه صنعت توریسم

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۲۸۷



نمودار ۱. چالش‌های صنعت گردشگری در ایران؛ مأخذ: زارعی متین و دیگران، ۱۳۹۱، ص ۹۶.

فراتر از یک صنعت، به مثابه پدیده پویای جهانی و اجتماعی دارای پیچیدگی‌های خاص خویش است (Elliott, ۱۹۹۷: ۴). «گردشگری سرمایه‌ای ارزشمند است که می‌توان با صرف هزینه معمول آغازین، بهره‌وری پرسود دائمی را از آن انتظار داشت» (نوربخش و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۸۹). تجارت جهانی در بخش خدمات، دارای رشد فزاینده‌ای، مخصوصاً در بین کشورهای با اقتصاد پیشرفته بوده است.

کشورهای پیشرفته متوجه شده اند که صنعت گردشگری فرصتی برای آنها، جهت افزایش سهم خود در تجارت جهانی است (Unwto Conference, 2005: 4). در سالهای ابتدایی قرن بیستم تعداد سفرهای طولانی مدت افزایش یافت، که علت آن را می توان افزایش رفاه و تسهیلات و امکانات سفر دانست. شکل سفرها بعد از جنگ جهانی دوم کاملاً تغییر کرد و بیشتر مسافرتها به وسیله اتومبیل انجام می گرفت و همزمان در این مواقع شرکت های هوایی شروع به فعالیت کردند. با توسعه گردشگری اقامتگاه های تفریحی و قوانین مخصوص که استانداردهای ویژه ای این اقامتگاه ها و زیرساختها بوده به وجود آمد (Holloway, 2002: 31). تقاضا و تمایل برای گردشگری با انگیزه های متفاوت به منظور تفرج، زیارت، تجارت در تمامی جهان با سرعت باورنکردنی در حال افزایش است. در دوران ما، گردشگری به یک واقعیت مهم اجتماعی تبدیل شده و گردشگری پاسخی است به نیاز فطرت جستجوگر انسان، کشف اسرار و حقایق زندگی گذشتگان، آشنایی با فرهنگ

ملت ها و لذت بردن از مواهب خدادای سرزمین های دیگر، دیدار مناطق جذاب و دل فریب طبیعت، گریز از زندگی پر استرس و زدودن خستگی های جسمی و روحی باعث شده که مجامع جهانی از جمله مجمع عمومی سازمان ملل متحد روز پنجم مهر ماه هر سال را (۲۹ سپتامبر)، روز جهانگردی اعلام نماید (منشی زاده، ۱۳۸۴).

گردشگری سلامت

زندگی صنعتی در بیشتر کشورهای دنیا الزاماتی را با خود به همراه آورده و نیازهایی را برای مردم جوامع مختلف ایجاد کرده است. امروزه تمایل مردم برای تناسب اندام، کاهش درد، تسلط بر استرس و افزایش سلامت روح، روان و جسم بسیار چشمگیر است. از سویی دیگر افزایش هزینه خدمات درمانی در کشورهای توسعه یافته و فرآیند جهانی سازی سبب تسریع روند رشد توریسم درمانی گردیده و آن را به یکی از پر رونق ترین بخش های صنعت توریسم مبدل کرده است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی

مدیریت شهری

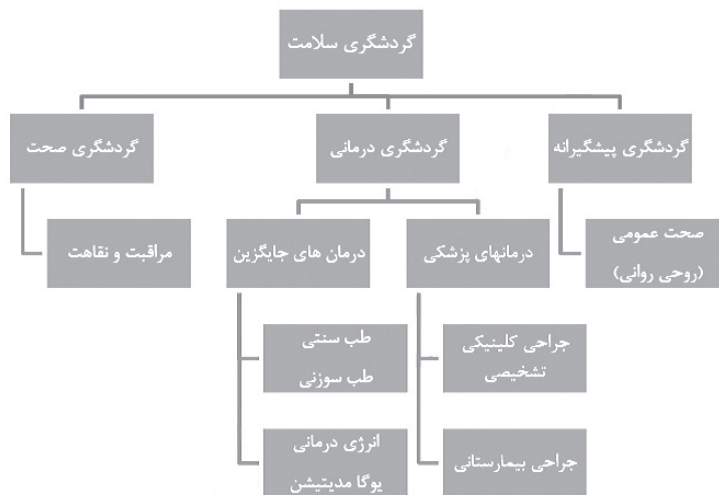
فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۲۸۹



نقشه ۱. کشورهای فعال در زمینه صنعت گردشگری سلامت در شهر؛ ماخذ: درگاه سازمان جهانی گردشگری، زمان

برداشت: ۱۳۹۴/۱/۴



نمودار ۲. انواع گردشگری سلامت؛ ماخذ: حقیقی و دیگران، ۱۳۸۴.

است. این صنعت امروزه به سرعت در حال تبدیل شدن به صنعتی جهانی می باشد. در این صنعت، مشتری به دلایل مختلفی همچون قیمت، کیفیت و سهولت دسترسی، خدمات بهداشتی و درمانی را در مقصدی خارجی جستجو می کند. این گونه خدمات که معمولاً به شکل یک بسته خدماتی شامل گردشگری، درمان، بهبود، خدمات استقرار، پروازی و غیره ارائه می گردد، ارزش افزوده های قابل توجهی را نصیب بیماران خواهد کرد. ارائه خدمات پزشکی، مراقبتی و پیشگیرانه در سال های اخیر، به دلیل قیمت های مناسب این خدمات در کشورهای در حال توسعه با استقبال بسیاری رو به رو بوده و بسیاری را راهی این کشورها نموده است. از سوی دیگر قیمت بالای این خدمات در کشورهای پیشرفته، وجود لیست های انتظار طولانی برای عمل های غیر اورژانسی، قیمت های مناسب به دلیل ارزش نسبی اندک ارزهای خارجی، و گسترش پروازهای ارزان قیمت، در کنار استفاده از مزایای سفری خاطره انگیز در ایام تعطیلات، به این سفرها جذابیتی دو چندان داده است. با گسترش شبکه اینترنت و تأسیس صدها شرکت واسطه میان بیماران بین المللی و شبکه بیمارستان ها هم این بازار با رونق بیشتری همراه گردیده است. هر توریست سلامت ۳ برابر یک

که به بهبود یا افزایش سلامتی و روحیه فرد (با استفاده از آب های معدنی، آب و هوا، عوامل طبیعی و محیطی یا مداخلات پزشکی) منجر شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامد تعریف می کند. به تعبیری «توریسم سلامت» فراهم نمودن تسهیلات و خدمات پزشکی مقرون به صرفه است که در تعامل با صنعت توریسم برای افرادی که به منظور اعمال جراحی، تمدد روح و جسم و یا درمان های دیگر به سایر کشورها سفر می کنند، انجام می شود. البته باید اذعان داشت که مقوله گردشگری سلامت فراتر از گردشگری درمانی بوده و شامل مقولات دیگری مانند تمدد جسم و روح، استفاده از امکانات طبیعی، و آب های گرم معدنی نیز می شود.

گردشگری سلامت، به خصوص در سطح بین المللی، تفاوت ماهوی با دیگر گردشگری ها دارد از جمله: ۱. مدت زمان توقف گردشگر در صورت درمان بسته به تصمیم شخصی نبوده و به نظر و تصمیم پزشک معالج بستگی دارد. ۲ و این گردشگری تخصص های ویژه ای (هتل های ویژه، اکیپ های پزشکی مجهز، آسایشگاه ها و ناهنگاه های مجهز و غیره) را می طلبد. ۳. این گردشگری تفریحات ویژه ای را می طلبد که با تفریحات سایر گردشگری ها متفاوت

توریست عادی ارزآوری داشته و جاذبه‌های طبیعی و روش‌های درمانی این صنعت نیز به دلایل اقتصادی مورد توجه قرار می‌گیرد، زیرا که صادرات خدمات پزشکی یک اصل شناخته شده برای تقویت ساختار بهداشت و درمان کشورها است. در واقع شعار توریسم سلامت امکانات در حد کشورهای جهان اول، قیمت‌ها در حد کشورهای جهان سوم می‌باشد. «گردشگری سلامت» در تقسیم بندی سازمان جهانی گردشگری دارای زیر مجموعه‌های متنوعی بوده و دامنه وسیعی از پیشگیری و درمان را برای افراد در بر می‌گیرد از جمله (کیخا، ۱۳۸۸، ص ۳۸):

۱. «توریسم پیشگیرانه»: در این نوع گردشگری، افراد برای استفاده از امکانات طبیعی موجود در مقصد، اقدام به مسافرت می‌کنند. این امکانات که شامل آب و هوای مطلوب، چشمه‌های آب گرم، مجموعه‌های لجن‌درمانی، محیط‌های ریلکسیشن است، در اختیار افراد قرار می‌گیرد تا آنها تمدد اعصاب یابند. در واقع استفاده از این امکانات هم از لحاظ روحی- روانی و هم از نظر فیزیکی سبب بازیابی توان فرد شده و انرژی لازم را برای ادامه فعالیت عادی وی فراهم می‌نماید. افرادی که در این طیف دسته بندی می‌شوند، ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند بلکه با استفاده از امکانات طبیعی در واقع از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می‌کنند.

۲. «توریسم صحت»: در این نوع از گردشگری نیز، از امکانات طبیعت استفاده می‌شود اما تفاوت اساسی در اینجاست که متقاضیان دارای بیماری یا مشکلات خاصی هستند و برای برگشت به حالت طبیعی و خروج از وضعیت بیماری جسمی یا روحی به این مراکز مراجعه می‌کنند. این افراد باید تحت نظر متخصصان و طی برنامه‌ای درمانی و بهبودمدار از امکانات مجموعه استفاده کنند. بیماران پوستی، تنفسی، روماتولوژی و عضله‌ای معمولاً مراجعه کنندگان اصلی این گونه خدمات هستند. همچنین

بیمارانی که اعمال جراحی خود را پشت سر گذاشته و دوره نقاهت خود را می‌گذرانند نیز با استفاده از آب‌های گرم، دریاچه نمک، لجن درمانی، آفتاب و ماسه و شن و زیر نظر پزشک و در یک برنامه درمانی و مراقبت بهداشتی فرآیند بهبود خود را تسریع می‌بخشند.

۳. «توریسم درمانی»: در این گونه از توریسم احتیاج به مداخلات پزشکی احساس می‌شود. مشتری که از بیماری مزمن یا حاد رنج می‌برد برای حل مشکلات درمانی خود یا از روش‌های پزشکی معمول و متعارف بهره می‌برد و یا از درمان‌ها و روش‌هایی که از نظر دانشمندان تجربی روش‌های غیر علمی- طب مکمل- خوانده می‌شوند. در شاخه پزشکی نیز می‌توان با توجه به وسعت مداخله و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و یا جراحی دو نوع تقسیم بندی سبک (فرآیندهای تشخیص و درمان بدون مداخله جراحی و فرآیندهای جراحی بدون بستری و بدون تاثیر حیاتی بر زندگی بیمار) و سنگین (درمان‌هایی با نیاز به بستری در بیمارستان یا نیاز به بخش مراقبت‌های ویژه و مراقبت‌های بعد از مرخصی از بیمارستان) قائل شد.

پیشینه گردشگری سلامت

در طول تاریخ بشر، مسافرت به هدف جستجوی بهتر خدمات پزشکی همواره صورت می‌گرفته است. در واقع می‌توان گفت مفهوم گردشگری پزشکی به قدمت خود علم پزشکی می‌باشد. تاریخ گردشگری پزشکی به دوران باستان باز می‌گردد. دوره‌های گردشگری سلامت عبارتند از (کیخا، سودابه، ۱۳۸۹، ص ۵۶):

۱. «دوران باستان»: از دوران باستان ارتباطی قوی میان مذهب و بهداشت وجود داشت. یونانیان باستان نخستین کسانی بودند که یک شبکه فراگیر گردشگری پزشکی را پایه‌گذاری کردند. معابد آسکلپیوس از نخستین مراکز درمانی جهان بود که مردم از همه جا جهت درمان بیماری خود به این مکانها مسافرت می‌کردند. در هندوستان





تصاویر ۱ و ۲. معابد آسکلیپیون (Asklepieion) و حمامهای رومی از نخستین مراکز آب درمانی (شهر بات انگلستان) ماخذ: کیخا، ۱۳۸۹، ص ۶۷.

سرتاسر اروپا معروف شد. واژه spa-اصطلاح لاتین به معنای درمان از طریق آب- برای اولین بار در این مکان استفاده شد. در سده شانزدهم، طبقه ثروتمند و اشراف اروپا، دوباره آبگرم های دوران رم را کشف نموده و از مناطق گردشگری همچون «سن مورتیس، ریل دو، بارن بارن، آخن و بات در انگلستان» استفاده می کردند.

۴. «دوران پس از رنسانس»: تا پایان دوران رنسانس، طبقه اشراف از نقاط مختلف اروپا جهت درمان و معالجه به شهر بات در انگلستان می آمدند. این شهر نخستین شهر انگلستان بود که دارای شبکه فاضلاب بوده و از نظر فناوری، تجاری و اجتماعی بسیار پیشرفته بود. مشهورترین گردشگر در تاریخ گردشگری پزشکی «میشل ایکوئم و مونتاین»، مبدع فرانسوی فن مقاله نویسی، می باشد که بعنوان پدر «گردشگری تجمل گرایانه» شناخته می شود. او نخستین راهنمای گردشگری آبگرم ها را در تاریخ گردشگری پزشکی تالیف کرده است. کشف دنیای جدید، مقصدهای تازه ای را برای گردشگران اروپایی ایجاد نمود. طی دهه ۱۶۰۰ میلادی، انگلیسی ها و هلندی ها آغاز به ساخت سکونتگاه هایی در نزدیکی آبگرم های شفاف بخش نمودند. در این دوران، تصور بر این بود که بومیان آمریکا در فن درمان بیماری ها ماهرند. دانش پزشکی گیاهی آنها استثنایی بود و هم آورد دانش اروپایی ها، آسیایی ها و آفریقایی ها به شمار می رفت. در سده های هجدهم و نوزدهم افراد

تاریخ گردشگری پزشکی با یوگا و طب آیورودایی توسعه یافته است. از حدود پنج هزار سال پیش، بطور مستمر دسته های زائران در پی شفا و مردم عادی جهت درمان توسط یکی از این روشها، به هند سفر می کردند. هنگامی که امپراتوری رم به یک قدرت جهانی تبدیل شد، چندین حمام و چشمه آبگرم معروف به ترما که مورد علاقه طبقه اشراف بودند ساخته شد و گردشگری پزشکی رونقی دوباره یافت.

۲. «سده های میانه»: با فروپاشی تمدن رم، آسیا به مقصد اصلی گردشگری پزشکی تبدیل شده و معابد جای خود را به مراکز درمانی دادند که خدمات پزشکی را برای زائران فراهم می کردند: از جمله چشمه های آبگرم معدنی منصوب به ان سن در ژاپن. در سال ۱۲۴۸ میلادی، بیمارستان منصوره در قاهره ساخته شد که در زمان خود بزرگترین و پیشرفته ترین بیمارستان جهان به شمار می آمد. این بیمارستان با ظرفیت هشت هزار نفر، مقصد بیماران از نقاط مختلف جهان، بدون در نظر داشتن مذهب یا نژاد بود.

۳. «دوران رنسانس»: سده های چهاردهم تا هفدهم میلادی، نه تنها به عنوان دوران نوزایی هنر و فرهنگ در اروپا و انگلستان به شمار می رود، بلکه در این دوران گردشگری پزشکی نیز به شکوفایی رسید. روستایی بنام «ویل دو یا شهر آب» در سال ۱۳۳۶ میلادی به جهت کشف آبگرم غنی از آهن در

اروپایی و آمریکایی بسیاری به نقاط دور دست سفر می کردند تا درمانی برای بیماری های گوناگونی همچون سل بیابند.

۵. «دهه ۱۹۰۰ تا سال ۱۹۹۷»: در این دوره اروپا و آمریکا نه تنها مراکز مالی و صنعتی بلکه مراکز درمانی و پزشکی جهان نیز به شمار می رفتند. گردشگری پزشکی تنها به طبقه بسیار ثروتمند این کشور محدود می شد که به دنبال خدمات پزشکی گران قیمت بودند. در سال ۱۹۳۳ «هیأت پزشکی تخصصی آمریکا» - ABMS - تاسیس شد و بعنوان سازمان فراگیر هیأت های پزشکی تخصصی در ایالات متحد آمریکا شناخته شد. در سال ۱۹۵۸ اتحادیه پزشکی تخصصی اروپا - UEMS - تشکیل گردید. طی دهه ۱۹۶۰، هندوستان بعنوان مقصد گردشگران جنبش دوران جدید در آمریکا مطرح شد. در ابتدای جنبش، بیشتر طبقه ثروتمند آمریکا و بریتانیا این جنبش را تشکیل می دادند اما در نهایت این جنبش به یک صنعت پویایی گردشگری پزشکی تبدیل شد که یوگا و طب آیورودایی (طب هندی) را کشف کرده بودند.

۶. «سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۱»: بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ در آسیا و سقوط ارزش ارزهای آسیایی، دولت های این کشورها را بر آن داشت تا کوشش های صنعت گردشگری را معطوف به جذب گردشگران پزشکی نماید. تایلند بسرعت بعنوان قطب جراحی پلاستیک معروف شد.

۷. «سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶»: پس از وقایع ۱۱ سپتامبر و توسعه صنعتی در آسیا گردشگری پزشکی گسترش بی سابقه ای داشت. بطوریکه در سال ۲۰۰۶، ۱۵۰,۰۰۰ شهروند آمریکایی جهت درمان به آسیا و آمریکای لاتین سفر کردند. در این دوره، دندانپزشکی و جراحی پلاستیک بیشترین پیشرفت را در این کشورها داشت. تایلند، سنگاپور و دیگر کشورهای جنوب شرق آسیا و آمریکای لاتین توانستند خود را بعنوان مقاصد گردشگران پزشکی مطرح نمایند. ۸. «سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴»: در سال ۲۰۰۷ تعداد

گردشگران پزشکی به رقم بی سابقه ۳۰۰,۰۰۰ نفر رسید. این تعداد پیش بینی می شود در سال ۲۰۱۰ به یک میلیون نفر برسد که جهت خدمات درمانی مانند جراحی های زیبایی، جراحی بایپس قلب و یا درمان ناباروری به خارج سفر می کنند. تا اینکه در سال ۲۰۱۴ بسیاری از شرکت های بیمه های درمانی آمریکا، استفاده از خدمات درمانی خارجی را مدنظر قرار داده و به بیماران توصیه کرده اند که جهت خدمات درمانی غیراضطراری و جراحیها به کشورهای دیگر سفر کنند. همچنین بسیاری دیگر، خدمات درمانی مراکز پزشکی خارج از کشور را بعنوان بخشی از برنامه پوشش درمانی خود در نظر گرفته اند.

پیشینه آب درمانی در ایران

بررسی آبهای معدنی ایران از نیمه دوم قرن ۱۹ میلادی آغاز شده است. برخی از سلاطین قدیم ایران علاقه مفراطی به استفاده درمانی از آبهای معدنی داشته اند که آثاری از آنها خصوصاً در دوره صفویه و قاجار در کنار چشمه ها بر جای مانده است. از سال ۱۳۰۶ خورشیدی بررسی آبهای معدنی به طور علمی آغاز گردید و در سال ۱۳۰۷ خورشیدی اولین چشمه آب معدنی در شمال شرق تهران مورد بهره برداری قرار گرفت. در سالهای قبل از جنگ جهانی دوم در نقاط مختلف ایران مانند رامسر و لاریجان ایستگاههای آب معدنی ساخته شد و برخی از آنها مانند سخت سر خاتمه یافت که بعداً نیز توسعه پیدا کرد. در سال ۱۳۴۹ به دستور حکومت وقت یک هیئت علمی - مهندسی از کشورهای یونان و فرانسه مسئول بررسی چشمه های سرعین شد و مطالعات گسترده ای بر روی این آبها صورت داد و خواص درمانی آنها را مورد آزمایش قرار داد و باعث پایه گذاری آبدرمانی مدرن در ایران شد. بررسی آب های معدنی ایران از نیمه دوم قرن ۱۹ میلادی آغاز شده است. این مطالعات غالباً توسط سیاحان و هیأت خارجی در ایران صورت گرفته است؛ بدین ترتیب که آنها با خود مقداری از آب چشمه های معدنی

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۲۹۳

را به خارج از کشور می بردند^۱ و در آن-جا مورد آزمایش قرار می دادند. برخی از سلاطین قدیم ایران علاقه مفراطی به استفاده درمانی از آب های معدنی داشته اند که آثاری از آن ها خصوصاً در دوره صفویه و قاجار در کنار چشمه های جاری مانده است. از سال ۱۳۰۶ خورشیدی بررسی آب های به طور علمی آغاز گردید و در سال ۱۳۰۷ خورشیدی اولین سرچشمه آب معدنی در شمال شرق تهران مورد بهره برداری قرار گرفت. در سال های قبل از جنگ جهانی دوم در نقاط مختلف ایران مانند رامسر و لاریجان ایستگاه های آب معدنی ساخته شد و برخی از آن ها مانند سخت سر خاتمه یافت که بعداً نیز توسعه پیدا کرد. «در سال ۱۳۴۹ به دستور حکومت وقت یک هیئت علمی، مهندسی از کشورهای یونان و فرانسه مسئول بررسی چشمه های سرعین شد و مطالعات گسترده ای بر روی این آب ها صورت داد و خواص درمانی آن ها را مورد آزمایش قرار داد و باعث پایه گذاری آب درمانی مدرن در ایران شد» (حسن امرجی، ۱۳۹۲، ۵۴-۵۵).

ابن سینا در کتاب «قانون»، پس از درمان با ورزش از روشهای درمان با انواع آب، مشت و مال، گرمابه و خواص درمانی آنها سخن به میان می آورد که

جملات زیر از آن جمله اند: «۱. حمام سرد برای کسیکه روده سست و فرو افتاده دارد، مفید است؛ ۲. نباید در گرمابه های داغ زیاد تعلل کرد؛ ۳. رطوبت ملایم و معتدل در گرمابه ها خستگی را دفع و عضلات را زنده نگه می دارد (شرایطی مشابه سونای بخار امروزی)؛ ۴. حمام سرد برای کسانی خوب است که از هر جهت سالم باشند و هیچ ضعفی در هیچ کجای بدن نداشته باشند؛ ۵. بهترین حمام برای سالخوردگان و کودکان و افراد بیمار و ضعیف النفس، حمام معتدل و گرم است؛ ۶. اگر پس از استفاده از حمام داغ سریعاً به حمام سرد بروید پوست تقویت می شود و حرارت درون بدن باقی می ماند؛ ۷. حمام سرد نخست حرارت را به طور کامل به داخل بدن می راند، سپس تندتر از سابق به خارج هدایت می کند (ابن سینا، (بیتا) القانون فی الطب).

پیشینه آب درمانی در جهان «هالس ملحلی» یونانی الاصل برای اولین بار در تاریخ بشر، در سال ۶۵۰ قبل از میلاد به تصور اینکه آب دریاها توسط طوفان های سهمگین دریایی بالا آمده و سپس از طرق خلل و فرجها و فواصل لایه های زمین به داخل لایه های زیرین خشکیها فرو می رود، اذعان داشت که این نفوذ باعث افزایش

۱. آب های گرم معدنی ایران عبارتند از: ۱. «آب گرم لاریجان»: در این منطقه دو چشمه آب معدنی وجود دارد که معروف ترین آن آب گرم دگرگونی است که بسیار گرم می باشد و دیگر آب آهن در ۲ کیلومتری شمال غربی آن در ردیف آب های معدنی سولفات کلسیک منیزین آهن دار سرد است. ایران زمین به علت طولانی تاریخی و میزاث فرهنگی غنی از یک طرف و دارا بودن چهار فصل در یک زمان از طرف دیگر تمامی جاذبه های جهانگردی می باشد (احمد نائینی، ۱۳۸۴، ص ۹). ۲. «سرعین»: سرعین سرزمین چشم های آب معدنی به عنوان یکی از نقاط جاذب و دارای پتانسیل برای جذب جهانگرد در کشورمان می باشد. این منطقه با ۱۱ چشمه آب گرم معدنی خود که به علت خواص درمانی متنوع و متفاوت در جای خود کم نظیر بوده و قرارگیری در دامنه زیبای رشته کوه سیلان و قرارگیری آن در نزدیکی مرزهای شمالی کشور، دارای موقعیت خوبی جهت جذب جهانگرد است (احمد نائینی، ۱۳۸۴، ص ۹). ۳. «چشمه های گوگردی اسک»: اسک نام دهکده ای است در مسیر جاده هراز که دارای چشمه های گوگردی متعدد است ولی در میان آن ها ۵ چشمه اصلی که در دامنه تپه ای در شمال کوه ایرا واقع شده است. ۴. «چشمه های گوگردی رامسر»: در رامسر چندین چشمه معدنی وجود دارد که یکی از آنها چشمه گوگردی است و از آب آن در حمام های خصوصی و عمومی استفاده می شود. این منطقه از پنجاه سال اخیر مورد توجه قرار گرفته و پس از ایجاد تسهیلات و احداث هتل و متل و سایر تأسیسات رفاهی به صورت زیباترین ناحیه توریستی منطقه درآمده است. ۵. «چشمه معدنی استراباکو»: آب معدنی سرد در کنار جاده هراز با آب های معدنی سولفات و بیکربنات کلسیک نیم گرم. ۶. «چشمه های معدنی عمارت»: در کنار جاده هراز با آب های معدنی بیکربنات گازدار سرد. ۷. «چشمه گوگردی معدنی عمارت»: با آب های کلر و بیکربنات کلسیک و منیزین گازدار و گوگرد خیلی گرم است. در دامنه ارتفاعات سیلان واقع در استان آذربایجان شرقی چشمه های آب معدنی فراوانی وجود دارد که دارای معروفیت زیاد می باشند از جمله چشمه های آب معدنی سرعین، پيله دره، سردایه و بوشلی در حومه شهرستان اردبیل و چشمه آب گرم مشکین شهر در دامنه سیلان را می توان نام برد. در استان آذربایجان نیز چندین چشمه آب گرم معدنی وجود دارد که اهم آن ها آب گرم سراب، آب معدنی مراغه، آب معدنی آذر شهر و صوفیان- آب گرم بستان آباد و خلخال و آب معدنی ارومیه، خوی، شاهپور، ماکو، بوکان و مهاباد می باشند (احمد نائینی، ۱۳۸۴، ص ۱۰).

فشار در بین صخره‌ها و در نتیجه بالا آمدن آب زیرزمینی در دامنه کوه‌ها شده و چشمه‌ها ایجاد می‌شوند. لذا می‌توان اشاره داشت که (جلالیان، ۱۳۹۴):

۱. «بقراط» در سال ۴۶۰ قبل از میلاد یعنی ۱۹۰ سال بعد، از خواص درمانی آبهای گرم و سرد صحبت به میان آورده و حتی از آن در درمان تشنج و درد مفاصل نیز استفاده کرده است.

۲. قبل از افلاطون، «لوکرس» در هشتاد سال قبل از میلاد نمک زدایی آب دریا را در مقایسه با آب زیرزمینی به علت عبور از خاک زیر ساحل شرح داده بود.

۳. «افلاطون» در چهار سال قبل از میلاد فرضیه معروف تاتار را در تکمیل نظریه هالس مطرح کرد که بر اساس آن تاتار عبارت است از حفره بزرگی که قادر است آب نفوذی دریاها به خشکیها را دوباره به دریاها برگرداند.

۴. اولین اشخاصی که آب چشمه را با منشا جوی تایید کرده‌اند «زیوفرستوس» در ۳۵۰ سال قبل از میلاد و «ویترو» بوده‌اند که نهایتاً این مساله در قرن شانزدهم میلادی توسط «داوینچی» نیز تایید شده است و با این تایید «برنارد پالیس» چرخه آب را بر مبنای «نظریه لئوناردو داوینچی» بنا نهاده است.

۵. بالاخره دکارت در قرن هفدهم میلادی وجود راهروهای زیرزمینی را تایید کرده و عنوان نمود حرارت لایه‌های زمین باعث بخار شدن تدریجی آب در زیرزمین و بالا آمدن بخار تا سطح زمین و تبدیل به چشمه را باعث می‌شود که این فرضیه را در قرن هفدهم میلادی «کیلچر» نیز تایید نموده است.

۶. «ارسطو» نیز در ۳۵۰ سال قبل از میلاد مسیح (ع) تصور می‌کرد بخار در غارها متراکم شده و دریاچه‌های زیرزمینی را تشکیل می‌دهد که آن نیز سبب تغذیه چشمه‌ها می‌شود.

سپس این نظریه در قرن هفدهم میلادی توسط

آقای وسیوس و در قرن ۱۹ میلادی توسط آقای «پ. پرو» مورد قبول واقع شده است. شاید بتوان گفت تا این زمان آخرین محققان در این زمینه مارتل در سال ۱۹۲۱ و آمبو در سال ۱۹۳۰ میلادی و سپس آلن هازن، موسکات و تلمان. ای. منزر هستند. معالجه جدی با استفاده صرف از خواص آبهای معدنی گرم و سرد چه به صورت شرب و چه با استحمام و یا استنشاق و امثالهم برای اولین بار و بطور جامع و گسترده توسط فردی بنام «پلین» در سال ۷۹ بعد از میلاد مسیح برای درمان امراض نقرس، سیاتیک و دردهای عصبی توصیه شده است. درمان برخی بیماریها با این موهبت الهی در طی سالیان باعث شده است خرافات و اوهام نیز وارد جریان شده و بین مردم رواج پیدا نماید تا جایی که مردم بسیاری درمان دردهای علاج ناپذیر خود را در آبهای معدنی جستجو می‌کنند. از اواخر قرن چهارم در تمام دنیا معالجه با آبهای معدنی برای درمان و یا التیام بیماری‌هایی چون ضعف اعصاب، نقرس، انواع سردرد، اسهال، تب، پادرد، کمردرد و غیره، بخصوص در اروپا شروع شد. اولین بار در قرن ۱۸ میلادی کتابها و نوشته‌های متعددی در این زمینه در قاره اروپا منتشر شد. در ایران نیز جرجانی در کتاب ذخیره خوارزمشاهی در رابطه با این خواص مطالبی نگاشته است.

بر این اساس باید گفت که بهره‌گیری از جنبه‌های فیزیکی و ذخایر و جاذبه‌های طبیعی در شهرها برای جذب گردشگران می‌تواند زمینه‌ساز ارتقاء اشتغال‌زایی و درآمدزایی محلی بشمار رود که پرداختن به مهمترین نعمت خدادادی یعنی آب و بهره‌گیری از آن در جذب گردشگران از مهمترین نکات در گردشگری شهری می‌باشد که در ادامه به مفهوم گردشگری شهری، فضاهای گردشگری، نقش آب در گردشگری شهری و جایگاه آب در معماری شهری و در نهایت فضاهای آب‌درمانی و موارد مرتبط با آن اشاره می‌شود.

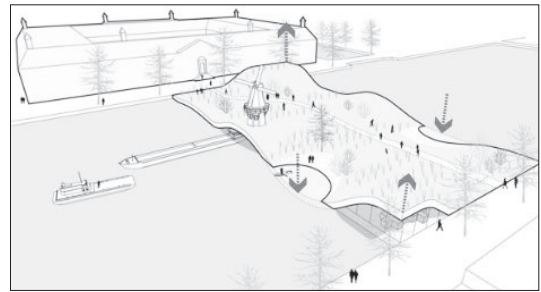
پیشینه کاریست آب در معماری ایران

در ایران باستان آب پیام‌آور روشنایی و پاکی به شمار می‌رفت و از ارزش زیادی برخوردار بود. شاید به علت اینکه ایران کشوری کم‌آب بوده، این مایع حیاتی بین ایشان قدر و منزلتی والا داشته است. آب در نزد ایرانیان نه تنها برای رفع نیازها مورد استفاده قرار می‌گرفته، بلکه از لحاظ معنوی و روحی نیز تاثیر بسیاری داشته است. آب با قابلیت‌های مختلف خود مانند حیات، تازگی، درخشندگی، پاکیزگی، رونق و رواج روشنایی، سکون و آرامش و تحرک، احساس‌های متفاوت در روح و روان انسان گذارده است. به همین دلیل همواره در مکان‌هایی که ساخته دست بشر هستند، به صورت‌های مختلف برای خود جا باز کرده است (جلالیان، ۱۳۹۴). نقش آب در شکل‌گیری نخستین زیستگاه‌های انسانی پاسخی به یک نیاز زیستی است؛ اما وقتی فراتر از یک نیاز، خانه‌سازی و بنای مجموعه‌های مسکونی بار فرهنگی می‌گیرد، معماری پدید می‌آید و آب در زندگی انسان جایگاه هنری پیدا می‌کند و از خلاقیت هنرمندان و معماران مایه می‌گیرد. درک مفهوم آب در معماری همان درک «معماری آب» است. درک قوانین فیزیکی رفتار آب، احساسات در مقابل کنش و واکنش آب و مهمتر از همه نقش و تمثیل و ارتباط آن با زندگی انسانهاست. آب استعاره‌ای متناقض است و به همراه خاک، آتش و هوا، عناصر چهارگانه تشکیل دهنده جهان هستی به شمار رفته است. آب یکی از عناصر طبیعی به شمار می‌رود که ماهیتی تغییرناپذیر دارد. هرچاکه ظاهر می‌شود، کاربرد آن باید منعکس‌کننده برداشت طراحان و سازندگان از طبیعت باشد. دسترسی به منابع آب از دیرباز به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در مکان‌یابی شهری مورد توجه بوده است. پیش از ظهور اسلام، در ایران، معماری در کنار آب و دردامن طبیعت بدون آنکه آن را مخدوش سازد، حضور خود را اعلام می‌کند و نقش آب بیشتر نقش تجردی است. نیایش‌گاه‌ها و معابد و آتشکده‌ها در کنار

آب و در نهایت احترام به وجود آب شکل گرفت. گویی آب گذرگاه انسان برای ورود به دنیای دیگر بود. آب نقش معنوی خود را در معماری ایران نشان داد، به گونه‌ای که گردش آب نمایش تجردی آب در طبیعت است و تمام جوهر و خواص آب به صورت مجرد که ظاهراً جنبه نمایشی پیدا کرده و در نیایش آب منظور بوده است. در ایران باستان، معماری به سوی آب حرکت می‌کند و در کنار آن آرام می‌گیرد. ولی در دوره اسلامی آب در معماری حالت کاربردی پیدا می‌کند و معماران آگاهانه سعی می‌کنند تا به طبیعت تسلط یافته و آن را به نظم بکشانند و باشناخت قوانین فیزیکی و رفتار آب و درک نقش و تمثیل و ارتباط آن با انسان آب را به درون معماری بکشانند. آب در شکل‌های هندسی در اکثر بناها متجلی می‌شود و به نوعی مرکزیت وحدت معماری در آب شکل می‌گیرد. حرکت پرموج آن در مفاهیم مذهبی و ادبی هنری در فرهنگ جاری می‌شود. به این ترتیب آن چنان در ساخت و ترکیب بناهای ما وارد می‌شود که عملانمی توان آن را از شکل ساخته شده جدا دانست.

روانشناسی آب و معماری شهری

انسان مجموعه‌ای پیچیده از روح و ذهن و جسم است؛ لذا همان‌گونه که جسم آدمی به غذا نیازمند است. ذهن و روح او نیز طالب عناصری است که به او آرامش ببخشد. در جامعه شهری که ساختمان‌های بلند و خیابان‌ها و زندگی ماشینی همه جا را احاطه کرده است، جلوه‌های زیبایی و هنر، بهترین پناه برای روح خسته و آرامش‌طلب آدمی است؛ لذا باید با به‌کارگیری عناصری که بافت نرم دارند، گوشه عزلت و زیبایی فراهم کرد تا به روان انسان آرامش بخشید. این مکان‌ها می‌توانند پارک‌ها و باغ‌های شهری باشند. آب یکی از این عناصر به شمار می‌رود و چه در حالت سکون و چه در حالت حرکت نوازش‌دهنده روح انسان است. حرکت و موسیقی آب، در جلوه‌گری بیشتر فضای سبز نقشی در خور توجه دارد. می‌توان آب را به صورت جویبار و چشمه



تصاویر ۳ و ۴. طراحی پارک معلق آبی در آمستردام هلند؛ مآخذ: درگاه شهر جهانی آمستردام، زمان برداشت:

۱۳۹۴/۴/۳

سوره ص، آیه ۴۲). اهل لغت (مغتسل) را دو گونه معنا کرده‌اند:

۱. آبی که در آن غسل کنند؛

۲. محل شستشو. نکته اول: انصاف این آب به وصف «بازد» (خنک) می‌تواند اشاره‌ای به خواص و تاثیر بیماری زدایی آب سرد باشد، چنانکه یافته‌های پزشکی امروز نیز بر آن تاکید می‌ورزد و نکته دوم: از کلمه «شراب» (آشامیدنی) نیز می‌توان دریافت که علاوه بر شنا و پاکوبیدن در آب سرد، نوشیدن آن نیز می‌تواند دارویی شفاف‌بخش برای پاره‌ای بیماری‌های جسمی و پوستی باشد.

فواید آب درمانی و مراکز درمانی آبی

آب درمانی دارای ویژگیهای مناسب و منحصر به فردی است که به قرار زیر می‌باشند: ۱. روش درمان امراض انسانی با آب بسیار ساده و طبیعی است؛ ۲. آب کاملاً بی‌ضرر است و هیچگونه عارضه جانبی بر جای نمی‌گذارد؛ ۳. این درمان سمی نیست و به استفاده از داروهای سمی نیز نیازی ندارد؛ ۴. ارزان‌ترین درمان بوده و تقریباً در هر مکانی در دسترس می‌باشد؛ ۵. درمان با آب، خواب نشاط‌آور و طبیعی را القاء می‌کند و ذهن و بدن را قوت می‌بخشد؛ ۶. بدون بر جای گذاشتن درد، تمامی آلام را تسکین می‌دهد؛ ۶. هر بیماری شناخته شده‌ای را با برطرف کردن علتش سریع‌تر از داروها مداوا می‌کند» (امرجی، ۱۳۹۲، ص ۴۵). با وجود پیشرفت‌های پزشکی که جهت درمان بعضی از بیماریها حاصل گردیده، درمان با آبها و

برای نقاط آرام و بی‌سر و صدا و به صورت آبشار و فواره‌های بزرگ برای نقاط پرازدحام و شلوغ طراحی کرد (فرگوسن، ۱۳۸۴).

قرآن و آب درمانی

قرآن کریم در خلال داستان حضرت ایوب علیه السلام به این شیوه درمانی تلویحاً اشاره و آن را تجویز کرده است. ماجرا به اختصار از این قرار است که وی دارای اموال و فرزندان و امکانات بسیار بود و همواره خدا را سپاس می‌گفت: شیطان به خداوند عرضه داشت که اگر ایوب را شاکر می‌بینی به خاطر نعمت فراوانی است که به او داده‌ای، اگر این نعمت‌ها از او گرفته شود او بنده شکرگزاری نخواهد بود. خداوند به شیطان اجازه داد بر دنیای ایوب مسلط شود. او ابتدا اموال و گوسفندان و زراعت‌های ایوب را دچار افت و بلا کرد اما تاثیری در ایوب نگذاشت، سپس بر بدن ایوب سلطه یافت و او چنان بیمار گشت که از شدت درد و رنجوری اسیر بستر گردید، اما با این حال از مقام شکر او چیزی کاسته نشد. چون ایوب از این امتحان سخت الهی به خوبی برآمد، خداوند دوباره نعمت‌های خود را به او بازگرداند و سلامت جسمش را بازیافت (مکارم شیرازی و همکاران، ۱۳۷۴، صص ۲۰۳-۲۰۴).

به این ترتیب که به وی فرمان داد که: «ارکض برجلک هذا مغتسل بارد و شراب»؛ پای به زمین زن (زد و چشمه آبی پدید آمد، گفتیم این آبی است سرد برای شستشو و نوشیدن؛ در آن شستشو کن و از آن بیاشام تا از هر درد و آلم بیاسایی (قرآن کریم،

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۲۹۷

بویژه آبهای معدنی نه تنها ویژگیهای خود را حفظ کرده، بلکه این ویژگیها باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند، زیرا معالجه با داروهای معمولی هر چند اثر مطلوب در مورد بهبود بعضی از نارسائیها دارد ولی معمولاً عکس العملهای خطرناک روی اعضاء بدن بر جای میگذارد که آنها نیز به سهم خود نیاز به درمان پیدا می نمایند، اما معالجه با آب در صورتیکه به نحو صحیحی انجام پذیرد این قبیل نارسائیها را ایجاد نکرده، بلکه در پاره ای از امراض و بیماریهای مزمن و همچنین پس از انجام برخی جراحیها آثار بسیار مؤثر و مطلوب بر جای میگذارد و بطور کلی موجبات تعادل اعضای بدن را بدون کوچکترین عکس العمل نامطلوب فراهم می آورد (امرجی، ۱۳۹۲، ص ۴۵).

ضوابط بهداشتی آبدرمانی و معلولان

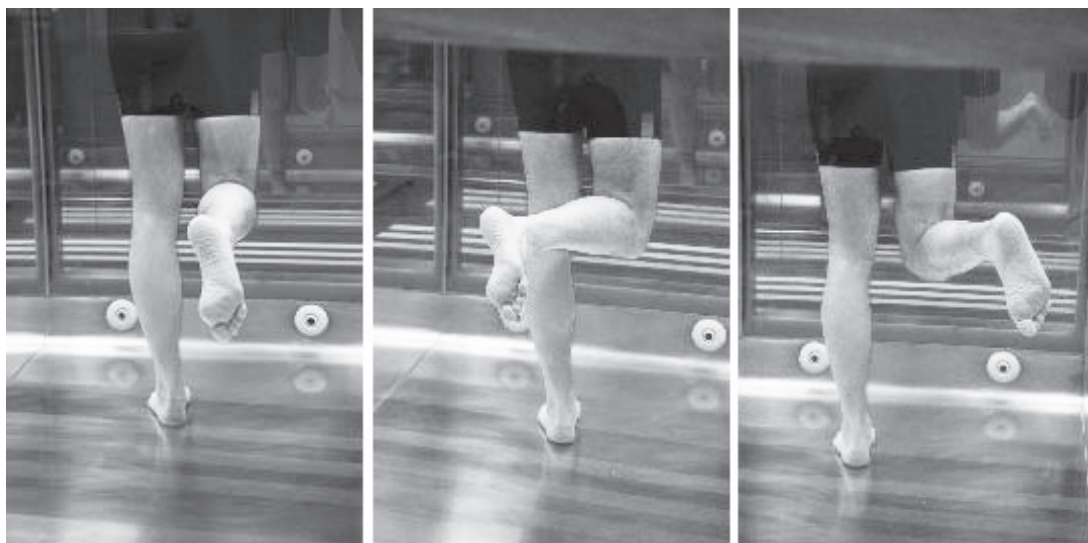
اغلب شیوه های آب درمانی، امن و سالم هستند. اما ممکن است (درصد بسیار ناچیزی) عمل تنقیه که عمل شستشوی روده هاست موجب سوراخ شدن روده شود که منجر به مرگ خواهد شد. گاهی اوقات نیز ممکن است به دلیل عدم رعایت نظافت و شستشوی نامناسب و آنها و حوضچه ها، بیماریهای باکتریایی به افراد سرایت کند. همچنین آبی که مورد استفاده قرار می گیرد، اگر زیاده از حد سرد و یا گرم باشد، ممکن است موجب آسیب دیدن بافت پوست بدن گردد و ایجاد درد کند. امید است با رعایت نکات ایمنی و نظافت، شاهد چنین مسایلی نباشیم (امرجی، ۱۳۹۲، ص ۴۶).

استفاده از آب گرم در توانبخشی و ایجاد بهبود در افراد معلول، تاریخچه ای بس طولانی دارد. ذکر این نکته جالب است که در آب، نیروی جاذبه زمین بر بدن انسان اثر جدی و شدید نمیگذارد. در آب به دلیل ایجاد حالت بی وزنی (کم وزنی) به مفاصل بدن فشار بسیار کمی وارد می آید و این امر به افراد معلول و بیمار این امکان را می دهد که از آزادی و تحرک بیشتری نسبت به خشکی برخوردار شوند. بطور کلی ورزش در آب، بر ورزش در خشکی ارجحیت

دارد، زیرا در آب، وضعیت قلب بسیار مناسب تر است و نیز در حین ورزش درون آب، صدمه و زیان کمتری به کمر، ستون فقرات، گردن، شانه، لگن خاصره وارد می شود. ورزش در آب برای افرادی که دچار ورم مفاصل، تصلب شرائین و پوکی استخوان هستند نیز صد در صد مفید و بی ضرر است. آب درمانی در زایمان و تولد بهتر و سالمتر نوزادان نیز بسیار مفید و با ارزش است. اولین تولد آبی در سال ۱۸۰۳ میلادی، در فرانسه، به وقوع پیوسته است. در آن سال یک خانم باردار که از کار طولانی و سخت، بسیار خسته بود، برای استراحت درون یک وان پر از آب گرم رفت. مدت بسیار کمی از ورود او به درون وان گذشته بود که فرزندش در زیر آب متولد شد. در شوروی سابق، ایگور چارکوفسکی آزمایشات خود را در رابطه با تولدهای آبی در دهه ۱۹۶۰ آغاز کرد. در فرانسه نیز از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۵ دکتر مایکل اودنت متوجه تولدهای آبی شد. در سال ۱۹۸۹ در بیمارستان انجمن موندونک سیاستها و خط مشی های جدید در پاسخ به مادرانی که خواستار زایمان در زیر آب بودند طرح شد. پزشکها و پرستارهای این بیمارستان با مراکز زایمان اوپلند در کالیفرنیا مشورت و تبادل نظر کردند و مطلع شدند که دکتر «مایکل روزنتال» بیش از ۹۰۰ مورد زایمان در زیر آب را نظارت کرده که همگی جواب مثبت گرفته اند. در نتیجه کارمندان و پزشکان این بیمارستان نیز تشویق شدند که این شیوه را در بیمارستان خود به اجرا در آورند (احمد نائینی، ۱۳۸۴، ص ۱۹).

روش های آب درمانی

درمان با آب معدنی عبارت از به کارگیری کلیه امکانات موجود در کنار آب معدنی به منظور درمان بیمار است. چشمه های معدنی در آب و هواهای مختلف وجود دارد لذا هر ایستگاه آب معدنی دارای خواص مخصوص می باشد. بیماران به طور معمول به مدت سه هفته در ایستگاه آب معدنی توقف دارند که این مدت می تواند به چهار هفته افزایش یا به



تصویر ۵. هیدروتراپی؛ ماخذ: www.google image.com

دو هفته تقلیل یابد. در ایستگاه‌ها امکاناتی چون آرامش محیط، نظم زندگی روزمره، وسایل ورزش در هوای آزاد، رژیم غذایی مناسب و سرانجام نظارت طبیب برای بیماران مهیا می‌باشند. آب در درمان به صورت‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد که در زیر به توضیح آنها پرداخته می‌شود:

الف: شیوه‌ای که در آن آب به صورت مستقیم با بدن تماس حاصل نمی‌کند؛ نمونه‌هایی از این شیوه عبارتند از: «۱. کمپرس آب گرم: این شیوه موجب منبسط شدن رگ‌ها و گردش بیشتر خون می‌شود که به موجب آن، ماهیچه‌ها ماساژ می‌بینند و درد کاهش می‌یابد و بهبودی بسیار زودتر حاصل می‌شود؛ ۲. حمام بخار: این شیوه موجب تسکین دردهای کوچک و نیز تسریع بهبود سرماخوردگی می‌شود؛ ۳. سونای خشک: بخار استفاده شده در سونای خشک باعث می‌شود که بدن عرق کند که این عرق موجب دفع مواد زائد بدن می‌گردد؛ ۴. بسته‌های یخ: از این شیوه به منظور بهبود ورم‌های پوستی می‌شود. سرما، رگ‌های بدن را منقبض می‌کند و گردش خون را کاهش می‌دهد و موجب بهبود تورم در قسمت‌های آسیب دیده بدن می‌گردد.

ب: شیوه‌ای که در آن آب به صورت مستقیم با بدن

تماس دارد؛ نمونه‌هایی از این شیوه عبارتند از: «۱. جکوزی یا وان داغ: این شیوه موجب آرامش و رهایی انسان از فشار روحی می‌شود و ۲. حمام درمانی». هیدروتراپی و انواع آن در فیزیوتراپی امروزه اعتقاد بر این است که هیدروتراپی اغلب به شیوه‌ای از معالجه گفته می‌شود که در آن اجرای حرکات و نرمش‌های خاص در آب مورد نظر باشد. اساس درمان هیدروتراپی در فیزیوتراپی سبک شدن بدن هنگام غوطه‌وری در آب است و به همین دلیل است که بیمار قادر است با صرف نیروی کمتر عضلات و اندام‌های خود را به حرکت در آورد و همچنین چون فشار بدن روی مفاصل کاهش می‌یابد در اجرای حرکات نیز درد کمتری احساس می‌شود. علاوه بر اینکه آب با خاصیت نشاط انگیزی و فرح بخشی که دارد، شوق لازم برای تمرین تکرار و اجرای حرکات را ایجاد می‌کند. انواع هیدروتراپی عبارتند از:

۱. هیدروتراپی عمومی؛ و
۲. هیدروتراپی عضوی. در هیدروتراپی عمومی به طور معمول تمام بدن (به جز سر و گردن) بیمار در آب قرار می‌گیرد اما در هیدروتراپی عضوی فقط همان عضوی که دچار ضایعه شده است در آب قرار می‌گیرد.

فیزیوتراپی نوعی درمان است که بر روی جسم (بدن) متمرکز می باشد. در این درمان به جای دارو و یا اعمال جراحی، عمدتاً از حرکات، مایعات و برق استفاده می شود و به عنوان درمان بدن در پزشکی مطرح می باشد. به بیان دیگر، فیزیوتراپی عبارت است از به کارگیری عوامل فیزیکی، طبیعی و مصنوعی جهت بهبودی و یا جلوگیری از معلولیت و بیماری عمده ترین تقسیمات فیزیوتراپی بر اساس روشهای درمانی عبارتند از: حرکت درمانی، برق درمانی و آبدرمانی. به منظور آن حیطه درمانی و عملکرد هر یک از شیوه های آب درمانی مشخص باشد، علوم بهداشت، امروز این نوع مداوا را به ۴ شاخه اساسی تقسیم می کند.

۱. «اسپاتراپی»: اسپاتراپی که بیشتر در اروپا متداول است و طرفدار دارد؛ متکی به نوشیدن آبهای معدنی و استحمام در حوضچه های آب گرم معدنی است. به این ترتیب که متناسب با نوع بیماری باید در آبهای معدنی غوطه ور شد یا در طول زمان به مقدار زیادی از آبهای معدنی نوشید. آب معدنی آبی است که از چشمه های معدنی خارج می گردد و حاوی مقادیر زیادی املاح و گازهای محلول است. به همین دلیل اعتقاد بر این است که این املاح می توانند برخی از زخم های و بیماری های پوستی را التیام ببخشند (کوتکانی، ۱۳۸۴، ص ۶۳).

۲. «بالنئوتراپی»: بالنئوتراپی شاخه ای از اسپاتراپی است که بیماران و دردمندان را با انواع حمام مداوا می کنند. اقسام حمام هایی که در بالنئوتراپی مورد استفاده قرار می گیرند، عبارتند از: حمام گل و لای حاوی مواد معدنی، آب تنی در دریا و چشم های آب معدنی، حمام آفتاب، حمام بخار (سونا بخار)، حمام پارافین و غیره (کوتکانی، ۱۳۸۴، ص ۶۴).

۳. «هیدروتراپی»: جلد ۱۴ دایره المعارف آمریکانا، چاپ ۱۹۷۳، صفحه ۶۶۷ در تعریف هیدروتراپی می نویسد: «هرگونه معالجه و مداوا به کمک آب را می توان هیدروتراپی دانست و لیکن باید گفت که امروزه هیدروتراپی، اغلب به شیوه ای از معالجه

گفته می شود که در آن اجرای حرکات و نرمش های خاص در آب موردنظر باشد (کواکارنی، ۱۳۸۴، ص ۶۴). هیدروتراپی یک شیوه پذیرفته شده و مفید درمانی است که در بسیاری از شرایط بسیار مفید و موثر جلوه گر شده است. در هیدروتراپی عمومیت به طول معمول تمام بدن (به جز سر و گردن) بیمار در آب قرار می گیرد. اما در هیدروتراپی عضوی فقط همان عضو که دچار مشکل شده است در آب فرو می گیرد. در هیدروتراپی همچنین یک قسمت یا تمام بدن را به مورد دفعات گرم و سرد می کنند و یا این کار گردش خود در عروق را تسهیل می کنند (امرجی، ۱۳۹۲، ص ۴۸).

۴. «تالاسوتراپی»: شاخه ای دیگری از هیدروتراپی که در آن از آب دریا و دیگر مواد اولیه طبیعی مجاور آن مانند جلبک ها گل ها و لجن های نمکدار استفاده میشود، تالاسوتراپی نام دارد (کوتکانی، ۱۳۸۴، ص ۶۴).

پیشینه و روند تحولات معماری مراکز درمانی

۱. «دوره اول (دوره نظام سنتی)»: این دوره تقریباً از قرون وسطی تا سال ۱۸۷۰ میلادی یعنی تا آستانه انقلاب کبیر فرانسه ادامه می یابد. در این دوره نقش اساسی در امور مراکز بیمارستانی، با گروه های مذهبی بوده است. در اغلب کشورهای اروپایی بیمارستانهای اولیه، مکانهایی برای نگهداری و حمایت از فقرا، معلولین، و زائرین بودند که معمولاً در جوار کلیسا قرار داشتند.

۲. «دوره دوم (دوره ملی شدن مراکز درمانی و جدا شدن مذهب از درمان)»: یکی از آثار مهم انقلاب کبیر فرانسه که با پیدایش و ترویج افکار اصلاح طلبانه اقتصادی و اجتماعی همراه بود، جایگزین شدن مؤسسات نیکوکاری دارالایتام و دارالشفاهای وابسته به مؤسسات مذهبی، با مؤسسات تأمین رفاه اجتماعی بود. از آن پس بیمارستانها به صورت مؤسسات عمومی دولتی درآمدند.

۳. «دوره سوم (دوره تخصص گرایی در توسعه مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها)»: بعد از جنگ

گردشگری سلامت و گردشگری شهری

گردشگری سلامت و آب درمانی

مراکز اقامتی

آب درمانی

اشتغال زایی و در آمدزایی در
صنعت گردشگری

هتل‌های اقامتی برای برگزاری
جشن‌ها و همایش‌ها؛ هتل‌های
اقامتی درمانی و مراکز خدماتی
درمانی

درمان با آب معدنی

هتل‌های گردشگری- اقامتی آب
درمانی و دارا بودن کلیه نیازهای
مراجعین حفظ حریم اختصاصی
و رعایت ضوابط و
استانداردهای طراحی.

درمان جلدی: در این روش از
طریق لجن درمانی؛ گیاه
درمانی- گل درمانی برای
درمان انواع بیماری‌های
پوستی

فیزیوتراپی: این شیوه با انواع
حمام و سونا و هیدروتراپی در
آب به درمان مفاصل استخوانها،
با اب‌های معدنی از قبیل آب
گوگردار

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

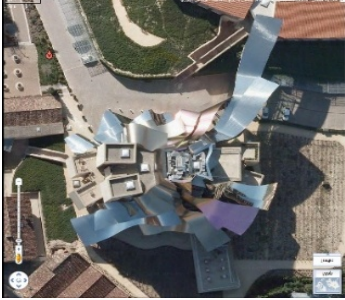
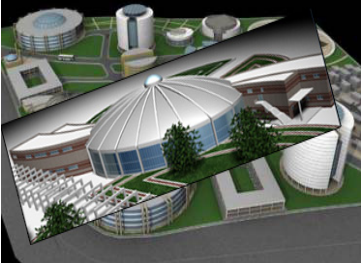
۳۰۱

نمودار ۲. جمع‌بندی مبانی و ادبیات نظری؛ ماخذ: نگارندگان.

روی ظرفیت تخت آنها تکیه داشت تا تجهیزات و شیوه ارائه خدمات. بتدریج با ثابت نگه‌داشتن مترائ زیربنای هر بیمارستان، از ظرفیت و تعداد تخت‌های آن کاسته شد و فضاهای کلینیکی و پاراکلینیکی که تکنولوژی‌های پزشکی را در خود جای می‌داد به آن افزوده شد. تحولات بارزی که در زمینه رشد سریع تکنولوژی بوجود آمد، در روند طراحی ساختمانهای بیمارستان بسیار مؤثر بود. این تحولات باعث بازنگری وسیعی در معماری مراکز درمانی شد. در سال ۲۰۰۰ تعدادی از گرایشهایی را که باعث تغییر شکل سیستم درمانی شده اند، توسط متخصصین

جهانی دوم بسیاری از کشورها در سیر تحول شیوه سازماندهی و ارائه خدمات بیمارستانی قرار گرفتند. پیچیدگی امر تشخیص و درمان موجب تأسیس مراکز مجهز شد و مراکز عام‌المنفعه مذهبی با پیدایش تخصصها از دخالت مستقیم در امور درمانی کنار رفتند و دولت بیش از پیش در تأمین هزینه‌های واحدهای درمانی موظف گردید. بعد از نهضت رنسانس در اروپا تحولات بنیادی و اساسی در ساخت بیمارستانها شروع گردید. در واقع روند تکاملی بیمارستانها که هنوز هم ادامه دارد از این دوران شروع شد. تا قرن بیستم اهمیت بیمارستانها

جدول ۱. تحلیل و جمع‌بندی بررسی نمونه‌های موردی؛ مآخذ: نگارندگان.

ردیف	نام اثر	مزایا	معایب	تصویر اثر
۱	مرکز آب درمانی و سلامت (Exedra Nice) در فرانسه	* آرامش در فضا؛ * تنوع در طراحی؛ * سیالیت در طراحی؛ * خدمات مستقل	* طراحی در زیر زمین؛ * پیچیدگی در سیرکلاسیون؛ * یکنواختی در نما؛ * عدم هماهنگی نما و طراحی داخلی	
۲	marques de rascal	* سبک‌های مستقل؛ * برتری نسبت به ساختمانهای موجود؛ * استفاده برای عموم؛ * تنوع در طراحی	* عدم ملایم بودن طرح	
۳	هتل لو سیرانوس، پوستانو؛ ایتالیا	* استقلال هر یک از اتاقها؛ * استفاده از مبلمان منحصر به فرد؛ * هماهنگی بنا و سایت	* عدم تنوع و سیالیت در طرح	
۴	مجتمع آبدرمانی سرعین ایرانیان	* تنوع در استخرها؛ * بزرگ‌ترین مجموعه در سطح کشور	* عدم تنوع در بنا؛ * عدم سیالیت در طراحی؛ * عدم هماهنگی با سایت؛ * عدم فضا برای اقامت	
۵	مجتمع آب درمانی سبلان؛ سرعین اردبیل	* کاربرد همزمان آقایان و خانومها در طبقات جداگانه؛ * داشتن امکانات رفاهی و خدماتی برای استفاده کنندگان	* عدم تنوع در بنا؛ * عدم سیالیت در طراحی؛ * عدم هماهنگی با سایت؛ * عدم فضا برای اقامت	

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۳۰۲

بررسی نمونه‌های موردی

در راستای بررسی نمونه‌های موردی نیز ۵ نمونه اصلی و ۵ نمونه خارجی انتخاب گردید. ابتدا روابط فیزیکی فضایی، اصول طراحی و معیارهای طراحی این مراکز بررسی گردید که در قالب جدول زیر مورد تحلیل قرار گرفت.

به صورت زیر اعلام شدند:

- بزرگی در برابر کوچکی؛
- گسترش طولی در برابر فشردگی؛
- تعداد طبقات کم در برابر طبقات متوسط یا زیاد؛
- تمرکززدایی در برابر تمرکز دسترسی (کیخا، ۱۳۸۹، ص ۹۸).

ضوابط و استانداردهای طراحی

شود:

هال تقسیم: این فضا جهت تقسیم افراد برای استفاده از فضاهای آب درمانی در طبقه همکف و یا فضاهای بدنسازی، ماساژ، استراحت و مکنوترایی (پس آب درمانی) در طبقه اول می باشد. بالابرها: شامل آسانسور مسافری که با هال تقسیم در ارتباط است؛ توضیح اینکه با وجود دو طبقه چون افراد مسن و در بعضی موارد ناتوان از این فضا استفاده می کنند جهت رفاه حال آنها از بالابر استفاده شده است.

دوشها: این فضا جهت دوش گرفتن با آب معمولی قبل از استفاده از فضاها و حوضچه استریل است. این فضاها شامل بخشهای زیر می شوند: ۱. اتاق آب افشان (بخور)؛ ۲. اتاق حمام بخار (اُروسول)؛ ۳. حمام سونا؛ ۴. کابین دوش افقی؛ ۵. کابین دوش پرتابی؛ ۶. حمام وان جوشان، ۷. حمام وان دوش زیر آبی؛ ۸. حمام دوش درون ز؛ ۹. جکوزی نشسته؛ ۱۰. جکوزی خوابیده.

حوضچه ارتباطی با استخر: به جهت وجود بخار آب شدید به علت دمای بالای آبهای گرم معدنی ۴۰ درجه و سرما بالاخص در فصول سرد جابجایی افراد از فضای داخل به فضای سرباز به صورت ناگهانی و بالعکس آن هم با لباس های شنا بسیار نادرست می باشد. از این رو به طور معمول و امروزی استخر کوچکی را در درون فضاهای داخلی تعبیه می نمایند که با استخر اصلی در محوطه باز در ارتباط است و فرد می تواند با قرارگیری در درون این استخر از طریق حرارت ثابت آب از فضای داخل به فضای خارج و بالعکس جابجا شود.

استخرهای درمانی: اولین نکته در مورد استخرهای درمانی آن است که به دلیل کاربری خاص، جز در موارد بسیار نادر تمامی استخرهای درمانی به صورت سرپوشیده ساخته میشوند. استخرهای درمانی معمولاً در ابعاد (۱۶/۴ فوت در ۳۲/۸ فوت) و با عمقی بین ۹ تا ۱/۵ متر طراحی و ساخته می شوند. کف این استخرها به صورت بدون شیب و

نکاتی درباره «فضاهای هیدروتراپی» لازم است که رعایت گردد:

۱. در بخش هیدروتراپی باید هوا به طور منظم تهویه شده تا درصد رطوبت در حد مطلوب باقی بماند.

۲. ذخیره کافی برای تامین آب مورد نیاز وجود داشته باشد.

۳. آب سرد و گرم به راحتی در دسترس باشد.

۴. امکان تخلیه مناسب و بهداشتی آب وجود داشته باشد.

۵. فضاهای داخلی وان، و یرپول و استخر مرتباً شسته، تمیز و در صورت نیاز ضدعفونی شوند.

۶. محل بخش فیزیوتراپی از سایر بخش ها مجزا باشد.

۷. بخش هیدروتراپی نسبت به سایر بخشها فشار هوای منفی داشته باشد تا هوای بودار و مرطوب به بخشهای دیگر راه نیابد.

۸. در صورت وجود استخر درجه حرارت آن قابل تنظیم بوده و مرتباً کنترل شود.

۹. استخر از عمق مناسب برای جلوگیری از خطرات غرق شدن برخوردار باشد.

۱۰. آب استخر مرتباً گندزدایی و در صورت لزوم تعویض گردد.

۱۱. بیماران قبل از استفاده از استخر استحمام نمایند.

۱۲. بهنگام استفاده از یرپول عضو مورد نظر کاملاً شسته و تمیز و در صورت نیاز ضدعفونی شود.

۱۳. بیماران (به خصوص کودکان و افراد کهنسال) بهنگام استفاده از وسایل هیدروتراپی تحت مراقبت و نظارت دائم باشند.

۱۴. در بخش هیدروتراپی باید رختکن مناسب و حمام با تعداد دوش کافی در نظر گرفته شود.

۱۵. محلی برای خشک کردن حوله ها همراه با وسیله ای جهت خشک کردن در نظر گرفته شود. فضاهایی که در این قسمت توضیح داده می شود در دو قسمت مجزا برای آقایان و خانمها در نظر گرفته

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۳۰۳

کاملاً یکنواخت ساخته می شود. استخرهای درمانی به طور خاص تنها در بیمارستان ها، مراکز توان بخشی و مانند آن به چشم می خورند و هدف اصلی از ساخت آن ها نه سرگرمی است و نه تفریح، بلکه صرفاً یک هدف خاص مدنظر است.

ملاحظات کلی که برای طراحی و ساخت استخرهای درمانی مدنظر قرار گیرد را می توان در موارد زیر خلاصه کرد:

۱. کف این استخرها باید با شیب کاملاً یکنواخت و ملایم ساخته شود. لذا هدف از شیبدار کردن کف این استخرها صرفاً تسهیل در امر تخلیه آب است. شیب متداولی که باید برای این استخرها در نظر گرفته شود، معمولاً هشتاد (بیست و پنج میلی متر در هر دو متر) است که برای تخلیه آب استخر کافی است.

۲. کف این استخرها و تمامی مناطق مرطوب استخرهای درمانی باید با سرامیک ها و کاشی های غیرلغزنده یا موزاییک پوشیده شده باشد.

۳. در صورتی که سطح استخر با سطح تراز کف یکسان نباشد، برای بهبود وضعیت گردش آب در خروجی اسکیمرها باید از کانال های سرامیکی براق استفاده شود.

۴. دوره تعویض آب استخر نباید بیش از سه ساعت باشد. برخی از استخرهای درمانی نیز بر مبنای تعویض آب یک و نیم ساعت طراحی میشود.

۵. دمای آب استخر و دمای هوای سالن استخر و رختکن باید بیش از دمای متداول استخرهای شنا باشد. به طوری که در بسیاری از استخرهای درمانی دمای آب بین ۲۹-۳۵ درجه سانتیگراد و دمای هوای سالن تقریباً ۲۷-۲۹ درجه سانتیگراد نگه داشته می شود.

۶. به دلیل وجود مواد شیمیایی مختلفی که برای کاربردهای درمانی به آب افزوده می شوند، تمامی لوله ها و اتصالات سیستم لوله کشی استخر باید در برابر خوردگی مقاوم باشند. به این منظور بهتر است از فولاد ضدزنگ آستینیتی یا برنزهای فسفری

استفاده شود.

۷. از آنجا که کاربران استخرهای درمانی معمولاً افراد کم توان، معلول یا سالمند هستند، باید تمهیدات لازم برای مسیر عبور و مرور این افراد از رختکن تا استخر و خروج آسان آن ها از داخل آب پیش بینی شود.

۸. در صورتی که آب استخر محتوی آب شور باشد، باید تحلیل شیمیایی دقیقی از وضعیت آب استخر شامل نوع و مقدار نمک های محلول موجود در آب انجام شود. انجام آزمایش های یاد شده به آن دلیل اهمی دارد که نحوه طراحی و جنس پوسته استخر، روکش های آن ها و جنس اتصالات لوله کشی تأثیر می گذارد.

امکانات برای افراد معلول: در مصوبه سال ۱۹۹۵ که به منظور رفع تبعیض برای افراد معلول منتشر و نسخه اصلاح شده آن به همراه پیوست ها و اصلاحات لازم در سال ۲۰۰۵ ارایه شد، کلیه معیارها و الزاماتی که باید در هنگام طراحی ساختمان ها رعایت شود مطرح شده است. در ویرایش جدید این آیین نامه که در سال ۲۰۰۵ تحت عنوان DDA ۲۰۰۵ منتشر شده است، اصلاحات قابل توجهی صورت گرفته است و بخش هایی نیز به آن اضافه شده است (تابان، ۱۳۸۸، ص ۸۵). خلاصه نکاتی که بر مبنای این آیین نامه باید برای رعایت حقوق معلولان رعایت شود به شرح زیر است:

۱. مهمترین نکته ای که از این دیدگاه باید در طراحی مدنظر قرار گیرد آن است که تمامی افرادی که در ساختمان تردد می کنند شامل افراد بزرگسال، کودکان، سالمندان و افراد معلول یا کم توان باید امکان استفاده از کلیه بخش های ساختمان را بدون نیاز به کمک دیگران داشت باشند. البته این مساله بخشهایی از ساختمان که صرفاً برای بازدید، تعمیر و نگهداری از تجهیزات ساختمان در نظر گرفته شده اند را شامل نمی شود.

۲. تمامی ساختمانها باید مجهز به سرویس بهداشتی مناسب باشند. ضمن آن که برای قسمت هایی

از ساختمان که بعدها ساخته می شوند نیز باید سرویس بهداشتی مناسب در نظر گرفته شود. البته رعایت این نکته در مواردی که سرویس های بهداشتی سایر قسمت ها به سادگی برای افراد قابل استفاده است الزامی نیست.

۳. در کنار بهره مندی از تمامی امکانات ساختمان باید ملاحظات ایمنی نیز در نظر گرفته شود و طراحی ساختمان به گونه ای باشد که هیچ عامل خطر آفرینی برای افراد دارای ناتوانی جسمی یا ضعف در بینایی وجود نداشته باشد. (تابان، ۱۳۸۸، ص ۸۶).

رختکن استخرها: در حال حاضر در بسیاری از استخرهای نوساز، رختکن های مجزایی با سالن های بزرگ همراه چند ردیف اتاقک کوچک جایگزین شده اند. در این سالن ها فضای رختکن به دو بخش مجزای خیس و خشک تقسیم می شود. در هر صورت باید نسبت معقولی برای ابعاد اتاق معلولین در نظر گرفته شود.

توالتهای استخر: توالتهای استخر باید بین رختکن و استخر در نظر گرفته شوند. در حال حاضر بر مبنای بسیاری از استانداردهای معتبر بین المللی در نظر گرفتن حوضچه ای برای شستشوی پای شناگران پیش از ورود به استخر الزامی نیست، ولی می توان از این روش یا روش شستشوی پاششی استفاده کرد. بخش خشک کردن مو نیز باید حتی الامکان نزدیک به رختکن مجموعه باشد تا شناگران پس از نعویش لباس بتوانند موی سر خود را خشک کنند (تابان، ۱۳۸۸، ص ۸۹).

استخرهای درمانی خود به گروه های مختلفی تقسی بندی می شوند که هر یک به منظوری خاص و با ساختاری منحصر به فرد طراحی و ساخته می شوند. استخرهای درمانی برای بیماران با اختلالات عصبی و جسمانی که علایمی مانند درد، ضعف، اضافه وزن بعد از عکل جراحی و تورم را دارند بسیار مناسب است. استخرهای درمانی را می توان به گروه های زیر تقسیم نمود:

- استخرهای آب گرم (خود به ۲ گروه جکوزی ها و استخرهای هوایی تقسیم می شوند).

- حوضچه های آب سرد

- استخرهای آب گرم طبیعی

- سونای خشک و بخار

به طور کلی در استخرهای درمانگاهی برای تسریع در فرایند درمان، از مواد شیمیایی مختلف استفاده میکنند. در مراکز توانبخشی و فیزیوتراپی نیز به منظور تسریع در بهبودی بیماران از تمرین آبی بسیار استفاده می شود. در مراکز توانبخشی، آب درمانی به عنوان یکی از اصلی ترین روش های درمانی برای تسریع در فرایند بهبود بیماران مطرح است. هنگامی که بدن در داخل آب قرار می گیرد، به دلیل نیروی بویانسی رو به بالایی که از طرف آب به بدن وارد می شود، بخش عمده ای از تاثیر جاذبه بر بدن کاهش می یابد (جلیلیان اختیاری، ۱۳۹۰، ص ۲۴).

اندازه و ساختمان معمول استخر: اولین گام در طراحی استخر شنا تعیین مساحت کل آن است که بر مبنای چگونگی استفاده و تعداد شناگرانی که در یک زمان در داخل استخر خواهند بود، پیش بینی می شود. برحسب توصیه کمیته استخرهای شنای آمریکا می باید؛ حداقل طول استخر ۶۰ ft و عرض آن مضربی از ۶ یا ۷ ft باشد. عرض هر لاین شنا در استخرهای ورزشی باید حداقل ۷ ft منظور گردد. اما در استخرهای تفریحی، تنها تعداد شناگرانی که در یک زمان داخل استخر خواهند بود، عامل اصلی در تعیین مساحت استخر می باشد. معلوم شده است که برای زمانی که حداکثر تعداد شناگران داخل آب باشند، می باید به ازای هر شناگر درون آب ۲۵ فوت مربع سطح در نظر گرفته شود (جلیلیان اختیاری، ۱۳۹۰، ص ۲۴).

حمام بخار: به عنوان مثال حمام ترکی مشتمل بر اطلاق هوای گرم ۵۰-۴۵ درجه سانتی گراد اطاق هوای داغ ۶۰-۵۵ درجه سانتی گراد و بسیار گرم باید ۷۰-۶۵ درجه سانتی گراد حرارت داشته

جدول ۲. استانداردهای کمی حرارت، تعویض هوا و تهویه مطبوع؛ مآخذ: نگارندگان.

نوع فضا	فضای تمرین درمانی	فضای الکتروتراپی	فضای هیدروتراپی
هوای تازه (در ساعت)	۲ بار تغییر حجم	۲ بار تغییر حجم	۲ بار تغییر حجم
هوای جابجایی	۶ بار تغییر حجم	۲ بار تغییر حجم	۶ بار تغییر حجم
برگشت هوا	مجاز است	مجاز است	مجاز است
تصفیه میکروبی هوا	ضروری نیست	ضروری نیست	ضروری نیست
تصفیه هوا (ذرات معلق، دود، گرد و خاک، با استفاده از فیلتر در دستگاه هواساز)	۲ فیلتر ۲۰ و ۸۳ DS (صفر و ۵۲ D.O.P)	۱ فیلتر ۲۰ DS (صفر و ۵۲ D.O.P)	۲ فیلتر ۲۰ و ۸۳ DS (صفر و ۵۲ D.O.P)
دما	۲۴ درجه سانتیگراد (۷۵ درجه فارنهایت)	۲۴ درجه سانتیگراد (۷۵ درجه فارنهایت)	۲۷ درجه سانتیگراد (۸۰ درجه فارنهایت)
رطوبت در فصل گرم	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪
رطوبت در فصل سرد	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪

باشد، در مجاور اطاق استراحت، دوش و اطاق ماساژ مثل حمام‌های بخار موجود است. دیوار خارجی مضاعف با حفره هوای گرم شده، شیب سقفها به طرف خارج است تا آب تعرق را خارج کند، تمام وسائل ضدزنگ است. پنجره‌ها شیشه سه لا داشته و وسایل الکتریکی در مقابل آب ضد ذوب هستند (جلیلیان اختیاری، ۱۳۹۰، ص ۲۵).

حرارت، تعویض هوا و تهویه مطبوع

استانداردهای کمی حرارت، تعویض هوا و تهویه مطبوع نیز در جدول بالا نشان داده شده اند.

روشنایی

استانداردهای کمی روشنایی در قالب جدول صفحه بعد مورد اشاره قرار گرفته است.

نتیجه گیری و جمع بندی

امروزه به رغم پیشرفتهای فراوان در علوم پزشکی و درمان بیماریها، به دنبال گسترش و توسعه شهرها، عوارض زندگی شهری و الگوهای نادرست زندگی باعث افزایش نابسامانیها و بیماریها در افراد جامعه گردیده است. از این رو در حال حاضر در بسیاری از مناطق دنیا مراکزی تحت عنوان دهکده های سلامت با محوریت اصلاح الگوی زندگی بوجود آمده اند که اولویت چنین مجموعه هایی درمان افراد در محیطی کاملاً آرام و به دور از استرس و هیجان می باشد. مجموعه هایی که علاوه بر دارا بودن امکانات درمانی

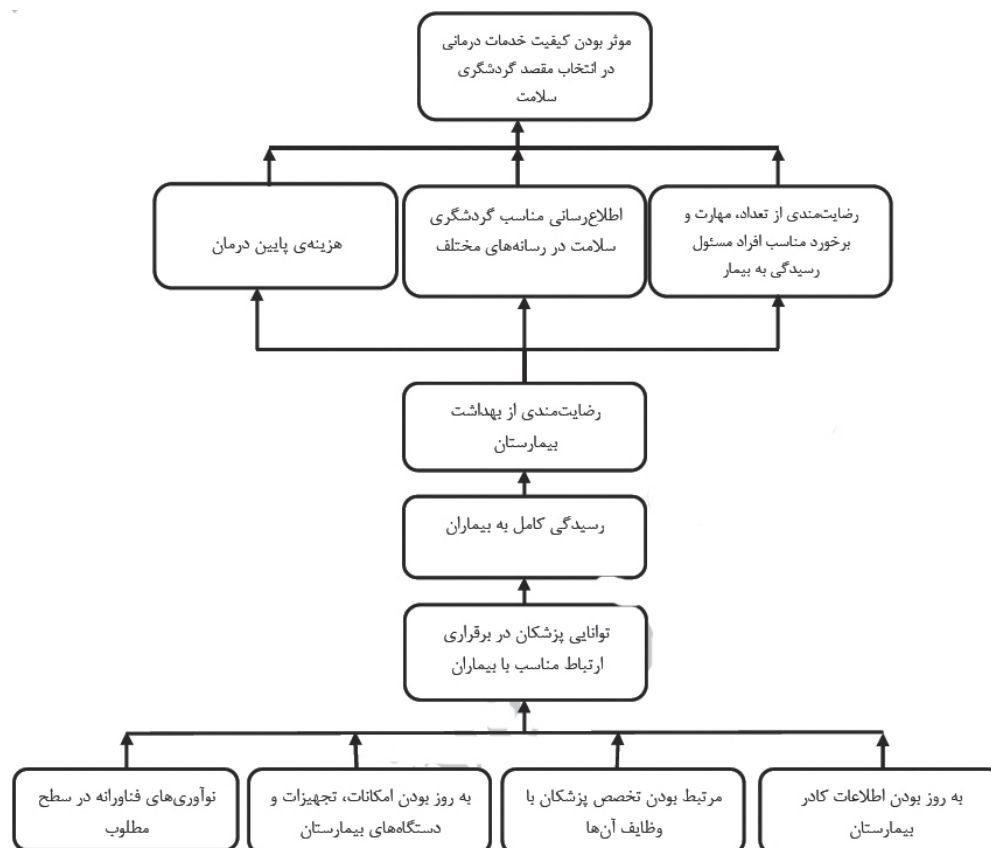
و کلینیک های تخصصی مطابق با استانداردهای بین المللی، در برگیرنده جاذبه های تفریحی، گردشگری و موقعیت مناسب زیست محیطی بوده و از عوامل اصلی در بهبود بیماریها و سلامت افراد بیمار جامعه در محیطی کاملاً مناسب و به همراه تفریح، فراغت، آسایش و جاذبه های توریستی می باشند. این مجموعه ها دارای امکانات متنوع و گوناگونی از کاربریهای درمانی تخصصی گرفته تا کاربری های طب مکمل، ورزشی، و تفریحی می باشند تا بتوانند نیازهای کاربران خویش را با توجه به سن، جنس و سلیقه آنها تامین نمایند. این مراکز در سطح جهان علاوه بر ارائه خدمات درمانی تخصصی، دوره های روتین چند روزه و دوره های طولانی تر در یک الی سه هفته برای افراد برگزار می کنند که در این مراکز مهارت های کافی برکنترل نسبی بر روی رژیم های غذایی، آشنایی با جنبه های مختلف زندگی در جهت کسب مهارت های شناختی و رفتاری برای ایجاد تغییر رفتاری در سطوح جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در اختیار کاربران قرار می گیرد. متأسفانه به دلیل نبود نظام جامع و هماهنگ توریسم درمانی کشور و با توجه به اینکه بیمارستان ها در حال حاضر موظف نیستند تعداد بیماران خود را به وزارت بهداشت گزارش کنند، آمار دقیقی از بیماران خارجی که در ایران درمان

جدول ۳. استانداردهای کمی روشنایی؛ ماخذ: نگارندگان.

روشنایی نوع فضا	حداقل (لوکس)	مطلوب (لوکس)
فضاهای عمومی	۲۰۰	۲۲۰
اتاق انتظار	۲۰۰	۲۲۰
انبار	۲۰۰	۲۲۰
سرویسهای بهداشتی	۱۵۰	۲۰۰
پذیرش	۳۵۰	۴۰۰
اتاق معاینه	۴۵۰	۵۰۰
اتاق کنفرانس	۳۰۰	۳۵۰
سالن تمرین درمانی	۲۵۰	۳۲۰
سالن الکتروتراپی	۲۵۰	۳۲۰
سالن هیدروتراپی	۲۰۰	۲۲۰
راهروها	۱۵۰	۲۰۰
رختکن	۱۵۰	۲۰۰

است، به طوری که در حال حاضر بیش از ۱۰۰۰ چشمه آب معدنی شناسایی شده است اما در این زمینه کشور هنوز نتوانسته جایگاهی برای خود کسب کند. قیمت ارزان خدمات پزشکی به نسبت دیگر کشورهای منطقه از جمله دیگر مزایای ایران برای فعالیت در حوزه توریسم درمانی محسوب شده است. چشمه‌هایی آب و آبهای معدنی موهبتی الهی هستند که علاوه بر شفای دردها و جنبه‌های درمانی از دیدنی‌های طبیعت، و نشان رمز و راز و شگفتی خلقت بشمار می‌روند. به همین دلیل است که سعی بر به کارگیری هرچه بیشتر این آب‌های معدنی در هر نقطه از دنیا و کشورها برای بهبود امراض مختلف و استفاده از خواص آنها می‌باشند. در واقع با ایجاد مراکز گردشگری آب درمانی می‌توان مسافرت‌ها را به گردشگری درمانی و یا پیشگیری مبدل کرد که گامی مثبت در جهت گردشگری و سلامت می‌باشد. ایجاد چنین مجموعه‌هایی علاوه بر مرتفع ساختن نیازهای درمانی مردم، فرصت‌های اشتغال‌زایی مناسبی را برای بومیان آن بخش‌ها به

می‌شوند، وجود ندارد و سهم اندکی به هیدروتراپی و آب درمانی اختصاص یافته است، در حالی که منابع آبی و آب گرم در کشور در منطقه خاورمیانه بی‌همتا بوده و در مرتبه نخست قرار گرفته است. بنابر اعلام کارشناسان به طور کلی سالانه حدود هفت هزار بیمار با انگیزه گردشگری و به منظور درمان وارد کشورمان می‌شوند که می‌توانند نقش اساسی در توسعه بخش گردشگری داشته باشند اما ایران تاکنون در زمینه توریسم درمانی بالاخص آب درمانی نتوانسته به درستی از ظرفیت‌های خود استفاده کند. از جمله استان‌های مستعد گردشگری سلامت در سطح کشور می‌توان به استانهای تهران، خراسان رضوی، شمالی و جنوبی، فارس، یزد، قم، همدان، گلستان، زنجان، ایلام، هرمزگان، سمنان، قزوین، آذربایجان غربی و اردبیل اشاره نمود که در آنها از چشمه‌های آب گرم تا بیمارستان‌های مجهز، فرصت‌های مناسبی را برای گسترش این صنعت فراهم نموده‌اند. یکی از جاذبه‌ها و امتیازات ایران برای توریسم درمانی در حوزه آب درمانی



نمودار ۳. توسعه مدل گردشگری سلامت در گردشگری شهری ایران.

وجود آورده و حضور گردشگران داخلی و خارجی در این مناطق که به منظور درمان و درعین حال استفاده از جاذبه‌های گردشگری به آن مناطق سفر می‌کنند، زمینه رونق اقتصادی را در این بخش‌ها فراهم می‌نماید. از سویی وجود گیاهان دارویی خاص و ایجاد اشکالی از طب سنتی در برخی از این مجموعه‌ها به همراه جاذبه‌های توریستی، پتانسیل لازم برای تبدیل شدن به مراکز درمانی شاخص در سطح بین‌المللی را نیز ایجاد می‌کند.

در کل پیشنهاداتی در زمینه تعالی جایگاه گردشگری سلامت بالاخص آب درمانی در جهت توسعه توریسم سلامت در ایران عبارتند از:

۱. ارتقاء جایگاه سیاستگذاری و عملیاتی شورای سیاستگذاری گردشگری سلامت با عضویت نمایندگان وزارت بهداشت، وزارت رفاه، مدیرکل دفتر طرح‌های توسعه و سرمایه‌گذاری، دبیر ستاد گردشگری سلامت (توریسم درمانی)، رئیس بازاریابی و تبلیغات و مدیرکل تجهیز منابع و بودجه سازمان میراث فرهنگی و گردشگری به ریاست معاون گردشگری سازمان میراث فرهنگی؛
۲. اشتغال‌زایی و رشد کیفی در بخش سلامت کشور و نزدیک شدن به استانداردهای جهانی؛
۳. امکان صدور بیمه‌های درمانی برای گردشگران خارجی توسط سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و بخش خصوصی؛
۴. انجام مطالعات درباره مراکز آب درمانی و تلاش برای جذب سرمایه‌گذاری برای ساخت این مراکز درمانی؛
۵. تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت در منطقه؛ جذب گردشگران سلامت از کشورهای آسیای میانه و قفقاز، کشورهای حاشیه خلیج فارس و کشورهای اسلامی؛
۶. تدوین سند ملی و برنامه چهارساله گردشگری سلامت کشور (با همکاری مدیران تدوین برنامه

ابن سینا (۱۳۷۸) قانون در طب ابن سینا، به کوشش حسین حاتمی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، نسخه پژوهشی.

اصغری، ریحانه (۱۳۹۰) بررسی مقایسه‌ای ریشه‌ها و مؤلفه‌های معماری پایدار و معماری اکولوژیک، مجموعه مقالات دومین همایش ملی معماری پایدار، همدان، مرکز آموزشی و فرهنگی سما.

افشار نادری، کامران (۱۳۸۶) هتل و مسافرخانه‌ها، نشریه معمار ۴۵، مهر و آبان ۸۶.

تابان، رامین (۱۳۸۸) استخر سونا جکوزی، تهران. ترابی، دومینیک (۱۳۸۷) از مشرق زمین ویران تا ویرانه‌های مشرق زمین، پژوهشنامه علوم انسانی، شماره ۵۸.

تولایی، سیمین (۱۳۸۷) مروری بر صنعت گردشگری، انتشارات دانشگاه تربیت معلم.

تی بیتی، اس‌ام ویلر (۱۳۸۴) توسعه شهری پایدار، ترجمه کتایون ذاکر حقیقی، تهران، انتشارات مرکز مطالعاتی و تحقیقاتی شهرسازی و معماری وزارت مسکن و شهرسازی.

ثواقب، جهانبخش (۱۳۸۵) سیر و سیاحت در قرآن، بوستان کتاب قم.

جان لی (۱۳۷۸) گردشگری و توسعه در جهان سوم، ترجمه دکتر عبدالرضا رکن‌الدین افتخاری و صالحی امین، شرکت چاپ و نشر بازرگانی. جلیلیان اختیاری، بهمن (۱۳۹۰) مهندسی استخر و سونا و جکوزی، فدک ایستاتیس.

حقیقی و دیگران (۱۳۸۴) اولویت بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری ایران، فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، شماره ۱۲ و ۱۳.

دبلیو پی یرس، د، جی دارموزد (۱۳۷۷) دنیای بیکران اقتصاد، محیط زیست و توسعه پایدار، ترجمه عوض کوچکی و سیاوش دهقانیان و علی کلاهی اهری، مشهد، انتشارات دانشگاه فردوسی، چاپ اول. دریایی، محمد (۱۳۸۴) سیاحت و جهانگردی در فرآیند تمدن و قرآن، تهران، نشر سبحان نور، چاپ

ملی گردشگری کشور؛

۷. تدوین و ایجاد پوشش کامل بیمه ای برای گردشگران خارجی؛

۸. تهیه طرح جامع گردشگری سلامت و توریسم درمانی؛

۹. حضور چشمگیرتر شرکتها و آژانس های گردشگر و مراکز درمانی بخش خصوصی با حمایت دولت برای حضور در بازارهای گردشگری کشورهای منطقه و بازاریابی این حوزه؛

۱۰. حضور در نمایشگاه های گردشگری سلامت بالاخص اب درمانی در خارج از کشور بخصوص در کشورهای حوزه خلیج فارس؛

۱۱. ساماندهی بیماران داخلی که برای درمان به خارج از کشور سفر؛

۱۲. ساماندهی و تقویت امکانات پزشکی داخل کشور و فراهم آوردن زمینه بهره برداری از آنها برای گردشگر خارجی؛

۱۳. سرمایه گذاری، برنامه ریزی و معرفی و اطلاع رسانی توانمندی ها و ظرفیت های پزشکی و درمانی ایران و ارائه خدمات تخصصی به گردشگران خارجی؛

۱۴. شناسایی و تجهیز مراکز درمانی دولتی و خصوصی با قابلیت ارائه سرویس های مناسب استاندارد درمانی؛

۱۵. صدور ویزای درمانی و اختصاص امتیازاتی برای افراد دریافت کننده این ویزا؛

۱۶. طراحی و اجرای سیستم آمار گردشگری خارجی؛

۱۷. طرح جامع ایمنی پزشکی توریسم که بر اساس قطعنامه نهمین اجلاس سازمان جهانی توریسم؛

۱۸. کسب درآمد و ارزآوری به کشور و حمایت از رشد اقتصادی در کشور.

منابع و مآخذ

ابراهیمی، غزال (۱۳۸۹) طراحی هتل بر مبنای معماری سبز در تهران، پایان نامه کارشناسی ناپیوسته، دانشکده فنی و مهندسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

اول.

دولت آبادی، فیروز. یعقوب زاده، رحیم (۱۳۸۸) گردشگری فرهنگی و ارائه راهکارها برای ارتقای آن در ایران. تهران، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، چاپ اول.

دیرباز، عسگر و دادگر، حسن (۱۳۸۴) نگاهی به اسلام و توسعه پایدار، تهران، کانون اندیشه جوان. رحیم پور، علی (۱۳۹۲) تحلیل آماری صنعت گردشگری جهان، بازارهای آینده و جایگاه ایران. فصلنامه گردشگری دانشگاه علم و فرهنگ. رحیم پور، علی و سید حسینی، سید داوود (۱۳۷۹) سیمای جهانگردی اسلامی، تهران، انتشارات محیا، چاپ اول.

رقیمی، مصطفی. یخکشی، محمد ابراهیم (۱۳۸۱) بررسی منشا چشمه آب گرم زیارت گران از طریق مطالعات هیدروشنیمی و ایزوتوپی، نشریه علوم کشاورزی و منابع طبیعی، شماره ۳.

زارعی متین و دیگران (۱۳۹۱) تبیین مسائل صنعت گردشگری جمهوری اسلامی، اندیشه مدیریت راهبردی، شماره ۱۱.

ستاره حسن امرجی (۱۳۹۲) طراحی دهکده سلامت با تمرکز بر آب درمانی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات آملی.

غریب آزادی، شیدا (۱۳۹۲) طراحی مجتمع اقامتی- آب درمانی در روستای زیارت شهر گران با رویکرد معماری ارگانیک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات البرز.

فرگوسن، پاملا (۱۳۸۴) عناصر پنجگانه در روانشناسی انسان: چوب، آتش، خاک، فلز و آب. ترجمه لیلی مهدوی راد، تهران، نشر ثالث، چاپ اول.

کاظمی، مهدی (۱۳۸۳) مدیریت گردشگری. تهران، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

کیخا، سودابه (۱۳۸۹) طرح جامع گردشگری منطقه آزاد ارس، مهندس مشاور پارس بوم اندیش، و سازمان میراث فرهنگی و گردشگری.

لطفی، صادق (۱۳۸۶) بررسی توسعه گردشگری با اکوتوریسم، اندیشه جغرافیایی، سال اول، شماره ۱. لومسدن، لس (۱۳۸۰) بازاریابی گردشگری. ترجمه محمدابراهیم گوهریان، تهران، دفتر پژوهش های فرهنگی، چاپ اول.

لی، جان (۱۳۸۳) گردشگری و توسعه در جهان سوم، مترجمان: عبدالرضا رکن الدین افتخاری و معصومه السادات صالحی امین، شرکت چاپ و نشر بازرگانی. محسنی، رضا علی (۱۳۸۸) گردشگری پایدار در ایران: کارکردها، چالشها و راهکارها، مجله علمی- پژوهشی فضای جغرافیایی، سال نهم، شماره ۲۸. مکارم شیرازی، ناصر و جمعی از نویسندگان (۱۳۷۴) تفسیر نمونه جلد ۱۹، ص ۲۰۳-۲۰۴.

ملک نیا (۱۳۸۹) تبیین نقش بازار بزرگ تهران در گردشگری شهر تهران؛ فصلنامه جغرافیایی سرزمین، شماره ۳۸.

ملکمی، افسانه (۱۳۸۰)، ارائه الگوی آمیخته ارتباطات و پیشبرد برای صنعت گردشگری ایران با نگرش به فرایند تصمیم گیری گردشگران بین المللی در انتخاب مقصد و خرید سفر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.

ملکی جو، علی (۱۳۷۳)، تأثیر تبلیغات در جذب جهانگردان خارجی به کشور از دیدگاه جهانگردان، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته علوم اداری و مدیریت دانشگاه علامه طباطبائی.

منشی زاده، رحمت اله (۱۳۸۴)، اندر مقوله گردشگری، تهران: نشر منشی.

مهدیزاده، تورج. پنجمی اصل، مریم (۱۳۸۲) درمان با آبهای معدنی با نگاهی به خواص یکصد چشمه معدنی استان اردبیل، انتشارات باغ اندیشه، چاپ اول.

میلانی فر، بهروز (۱۳۸۹) بهداشت روانی، ویرایش اول، چاپ یازدهم.

الوانی، سید مهدی. پیروزبخت، معصومه (۱۳۸۵) فرایند مدیریت جهانگردی. تهران، دفتر پژوهشهای فرهنگی، چاپ اول.

Ainhoa Urtasun, Isabel Gutiérrez, 2006: Tourism agglomeration and its impact on social welfare: An empirical approach to the Spanish case, *Tourism Management*, Volume 27, Issue 5, Pages 901-912.

Cocoossis H, Maxa A. Defining, 2002 : Measuring and evaluating carrying capacity in European tourism destination. Greece, University of the Aegean.

Deng, J., King, B. and Bauer, T. (2002). Evaluation Natural Attraction for Tourism. *Annals of Tourism Research* 29(2): 422-438.

Elliott, J., (1997), *tourism: politics and public sector management*, (London: routledge).

Kim, H., Cheng, C. K. and O'Leary, J. T. (2007). Understanding participation patterns and trends in tourism cultural attractions, *Environmental Management*, 28.

Kostas E. Sillignakis, 2010, "Rural Tourism Development for the Prefecture of Lassithi in Crete."

Krause, M. Nachhaltigkeit, 1996, Dimension eines Begriffs und seine Bedeutung für die räumliche Planung, Freie Universität Berlin, Fachbereich Geowissenschaften, Institute für Geographische Wissenschaft, Berlin.



فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

■ ۳۱۱ ■

مدیریت شهری

فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management

شماره ۴۰ پاییز ۹۴
No.40 Autumn 2015

۳۱۲