

Evaluating the effect of Using Biophilic Design and Architecture Strategies on the Improvement of Physical and Mental Health Indicators of Patients Admitted to Selected Hospitals from the Perspective of Architectures, Patients and Patiens' Companions and Health Care and Medical

Mehdi E¹, Mehdi A², Mirzabeigi M^{3*}, Mirmehrabi A⁴, Mirzabeigi A⁵

1- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Master of Architecture Engineering, Department of Architecture, Pouyandegan Danesh Institute for Higher Education, Chalus, Iran.

3- Ph.D of Entrepreneurial Management, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

5- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mirzabeigi, M. Ph.D of Entrepreneurial Management, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: Mirzabeigi2012@gmail.com

Abstract

Introduction: The revolution in hospital design is called biophilic design; because the application of biophilic design in hospitals is one of the cornerstones of the humanization of health centers and hospitals. In this regard, the aim of this study was to Evaluating the effect of using biophilic design and architecture strategies on the improvement of physical and mental health indicators of patients admitted to selected hospitals from the perspective of architectures, patients and patiens' companions and health care and medical.

Methods: The present study was applied in terms of purpose and mixed type, and the qualitative part was based on systematic review method and thematic analysis which was performed on data obtained through surveys of experts using Delphi technique. And quantitative part was based on structural equation modeling (SEM) with partial least squares approach and one way ANOVA with Tukey's post hoc tests. The statistical population was in the systematic review section of the present study all internal and external articles indexed in valid scientific sites during 2000-2022 that contained the keywords, "Biophilic Design / Architecture", "Biophilic Design / Architecture Strategies", "Physical / Mental Health", "Hospital / Clinics" and "Health centers / Medical centers", so that 44 of them met the inclusion criteria and were selected by judgmental sampling method. The statistical population was in the thematic analysis section the present study was all elites, experts and faculty members of architectural university and executive activists in the field of biophilic design, 8 of whom were selected by purposive sampling method. Also, the statistical population in the quantitative part of the present study was all architects and executive activists in the field of biophilic design and health care and medical and patiens' companions and patients admitted to selected hospitals, 600 of whom were selected by convenience sampling method. The participants responded to Short Form Health Survey (Ware and Sherbourne, 1992) and researcher-made questionnaire containing 75 items whose reliability was 0.895 based on Cronbach's alpha coefficient and 0.872 based on composite reliability coefficient. Data analysis was done using IBM SPSS Modeler 25, R Studio 9.2 and IBM SPSS Statistics 26 softwares and the significance level of all tests was considered 0.05.

Results: The Findings showed that the theoretical framework for biophilic design and architecture strategies in healthcare environments consists of 75 descriptive themes, 18 interpretive themes and 3 overarching themes. The model had an acceptable fitting for the purpose which was based on R2Physical=0.826, R2Mental=0.832, Q2Physical=0.451, Q2Mental=0.476, RMSEPhysical=0.027, RMSEMental=0.034, SRMRPhysical=0.027, SRMRMental=0.034 and GOF=0.970 indices. architectures, patients and patiens' companions and health care and medical believe that the applying natural analogues strategies have the greatest impact on physical health ($\beta=0.621$) and applying nature in space strategies have the greatest impact on mental health ($\beta=0.711$). As well as according to view of the architectures ($\mu=3.53$) and patients ($\mu=3.96$), applying natural analogues strategies and according to the view of the and patiens' companions ($\mu=3.69$) and health care and medical ($\mu=3.95$) applying nature in space strategies has the greatest effect on the improvement of physical and mental health indicators of patients admitted to hospital.

Conclusions: Therefore, the results showed that based on the view of the architectures, patients and patiens' companions and health care and medical, applying biophilic design and architecture strategies, by creating a suitable and pleasant environment, it directly and indirectly affects the physical and mental condition of the patient. So led to improvement of physical and mental health indicators of patients admitted to hospital. Also, it changes the speed and process of treatment. The efficiency and effectiveness of the treatment staff and health care and medical and as well as the mental state of the patient's companions are also affected by this design.

Keywords: Hospital, Environmental Psychology, Biophilic Design and Architecture, Physical and Mental Health, Architectures, Patients and patiens' companions, Health Care and Medical.

ارزیابی تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب، از دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان

الهه مهدی^۱، علی مهدی^۲، محمد میرزابیگی^۳، اصغر میرمحرابی^۴، عارفه میرزابیگی^۵

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد مهندسی معماری، گروه معماری، مؤسسه آموزش عالی پویندگان دانش، چالوس، ایران.
- ۳- دکتری مدیریت کارآفرینی، گروه مدیریت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محمد میرزابیگی، دکتری مدیریت کارآفرینی، گروه مدیریت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: Mirzabeigi2012@gmail.com

چکیده

مقدمه: طراحی بیوفیلیک را انقلاب در طراحی بیمارستان‌ها می‌نامند؛ زیرا بکارگیری طراحی بیوفیلیک یکی از ارکان انسانی سازی مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های است. در این راستا هدف از اجرای پژوهش حاضر ارزیابی تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیمارستان‌بستری در بیمارستان‌های منتخب، از دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان بود. **روش کار:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع آمیخته بود که بخش کیفی مبتنی بر روش مسرو نظام مند و تحلیل مضمون بود که بر روی داده‌هایی که از طریق نظرسنجی از خبرگان با استفاده از تکنیک دلفی بdst آمده بود، اجرا شد. و در بخش کمی از روش مدلسازی معادلات ساختاری و تحلیل واریانس یک راهه همراه با آزمون تعییی توکی بهره گرفته شد. جامعه آماری در بخش مسرو نظام مند پژوهش حاضر تمام مقالات داخلی و خارجی نمایه شده در سایت‌های علمی معتبر طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۲ بود که حاوی کلیدواژه‌های؛ طراحی / معماری بیوفیلیک، «راهبردهای طراحی / معماری بیوفیلیک»، «سلامت جسم / روان»، «بیمارستان» و «مراکز درمانی» بودند بطوریکه ۴۴ مقاله از آن‌ها حائز معیارهای شمول بوده و به روش نمونه گیری قضاوتی به عنوان نمونه انتخاب شدند. جامعه آماری در بخش تحلیل مضمون پژوهش حاضر تمام صاحب نظران و خبرگان و اعضاء هیأت علمی دانشگاه‌ها در حوزه معماری و متخصصان و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک بودند که ۸ نفر از آن‌ها به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. جامعه آماری در بخش کمی پژوهش حاضر معماران و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک و بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان بیمارستان‌های منتخب بودند که ۶۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش فرم کوتاه مقیاس زمینه یابی سلامت (ویر و شربون، ۱۹۹۲) و پرسشنامه‌ای محقق ساخته حاوی ۷۵ گویه بود که پایابی آن بر مبنای ضریب آلفا کرونباخ $\alpha = .895$ و ضریب پایابی ترکیبی $\alpha = .872$ بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای IBM SPSS Statistics 26 و IBM SPSS Modeler 25، R Studio 9.2 و GOF = ۰/۹۷۰ استفاده و سطح معناداری تمام آزمون‌ها $0/0.5$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان دارای ۷۵ مضمون توصیفی، ۱۸ مضمون تفسیری و ۳ مضمون فرآگیر بود. شاخص‌های نیکویی برآش $\beta = .451$ ، $R^2_{Physical} = .832$ ، $R^2_{Mental} = .826$ ، $R^2_{RMSEPhysical} = .0/0.27$ ، $R^2_{RMSEmental} = .0/0.34$ ، $R^2_{Q2Mental} = .0/0.476$ و $GOF = .0/0.970$ گویای آن بود که مدل از قدرت برآش مناسبی با داده‌ها برخوردار بود. از دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان، بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت بیشترین تأثیر را بر سلامت روان ($\beta = .711$) داشتند. همچنین به عقیده معماران ($M = 3/53$) و بیماران ($M = 3/53$) بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت و به عقیده همراهان بیماران ($M = 3/69$) و کادر مراقبت و درمان ($M = 3/95$) بکارگیری راهبردهای طبیعت بیشترین تأثیر را بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان‌ها دارد.

نتیجه گیری: بنابراین نتایج گویای آن است که از دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان، بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک با ایجاد محیط مناسب و مطبوع بطور مستقیم و غیرمستقیم بر وضعیت جسمی و روانی بیمار تأثیر می‌گذارد لذا منجر به بهبود شاخص‌های سلامت جسم و روان نیز وضعیت روانی همراهان بیمار نیز متأثر از این طراحی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، روانشناسی محیط، طراحی و معماری بیوفیلیک، سلامت جسم و روان، معماران، بیماران و همراهانشان، کادر مراقبت و درمان.

مقدمه

نقصان می شود و اینجاست که نقش فضاهای درمانی و کادر مراقبت و درمان اهمیت می یابد [۷]. این در حالی است که برای اکثریت افراد فرآیند تشخیص و درمان و بطور کلی حضور در مراکز بهداشتی و درمانی یک تجربه استرس زا همراه با احساس ترس، اضطراب و عدم اطمینان است [۸]. همراهان بیمار نیز در مراکز بهداشتی و درمانی استرس و فشار روانی مضاعفی را نسبت به بیمار تحمل می نمایند [۹]. کادر مراقبت و درمان که ساعات طولانی را در بیمارستان و با بیماران سپری می کنند، نیز متتحمل فشار جسمی و روانی بالایی بوده [۱۰] و بعضاً در معرض مسائلی نظری؛ افسردگی و بی حوصلگی، استرس و اضطراب، آسیب های فیزیکی و شیمیایی، حجم بالای کاری و فرسودگی شغلی قرار می گیرند [۱۱، ۱۲].

از آنجا که بیمار و همراهانش روحیه خوبی ندارند و کادر مراقبت و درمان نیز در معرض فشارهای روانی بالایی قرار دارند، طراحی بیمارستان باید بگونه ای باشد که آرامش را برای آن ها فراهم نماید [۱۱]. پرداختن به این مسئله مستلزم رعایت اصول، قواعد و ضوابط مشخص، ظرفی و محکمی در طراحی و معماری بیمارستان است که بی توجهی به آن ها انتظارات و توقعاتی را که می توان و باید از بیمارستان داشت، تحت الشاعع قرار می دهد [۸]. بر این اساس عدم توجه به نیازهای فیزیولوژیکی و روانی افراد در محیط درمانی بیمارستان منجر به ایجاد حس نارضایتی در بین هم بیماران و همراهانشان و هم کادر مراقبت و درمان شده [۷] که این مسئله منجر به کندی روند بهبود بیماران شده و عدم دستیابی به رسالت مراکز درمانی را در پی دارد [۹]. بنابراین در طراحی بیمارستان و محیط های درمانی شناخت صحیح نیازهای بیماران و همراهانشان و نیز کارکنان بخش بهداشت و درمان و تعریف مناسب فضاهای مختلف بیمارستانی از اهمیت خاصی برخوردار می باشد [۱۲].

طراحی فضاهای مراقبتی و درمانی به لحاظ کیفیت فضایی، ابعاد روانشناسی و تأثیرگذاری کالبدی بر روند مراقبت و درمان و بهبودی به لحاظ عملکردی همواره حائز اهمیت و مورد توجه و تأکید بوده است [۶]. بطوریکه امروزه معماران، پزشکان، پرستاران و روانشناسان محیطی از بناهای ساخته شده به عنوان یکی از مؤلفه های فرآیند درمان یاد می کنند [۱۰]. یافته های پژوهش های تجربی نیز حاکی از تأثیر محیط های درمانی بر سلامتی افراد، روند درمان و بهبودی بیماران می باشد [۱۲].

یکی از مهم ترین حوزه های توسعه سلامت در جوامع بخش بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامت جسمی و روانی افراد جامعه دارد [۱]. انواع محیط های مراقبتی، بهداشتی و درمانی عبارتند از؛ بیمارستانها، درمانگاه ها، مراکز بهداشت، اورژانس ها، مطب پزشکان، کلینیک های تخصصی و روان درمانی [۲]. بیمارستان به عنوان بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و اولین سطح ارجاع خدمات درمانی، با قلمرو و مسئولیت های مشخص، مهم ترین مؤسسه خدمات بهداشتی و درمانی در هر کشوری به شمار می آید [۳].

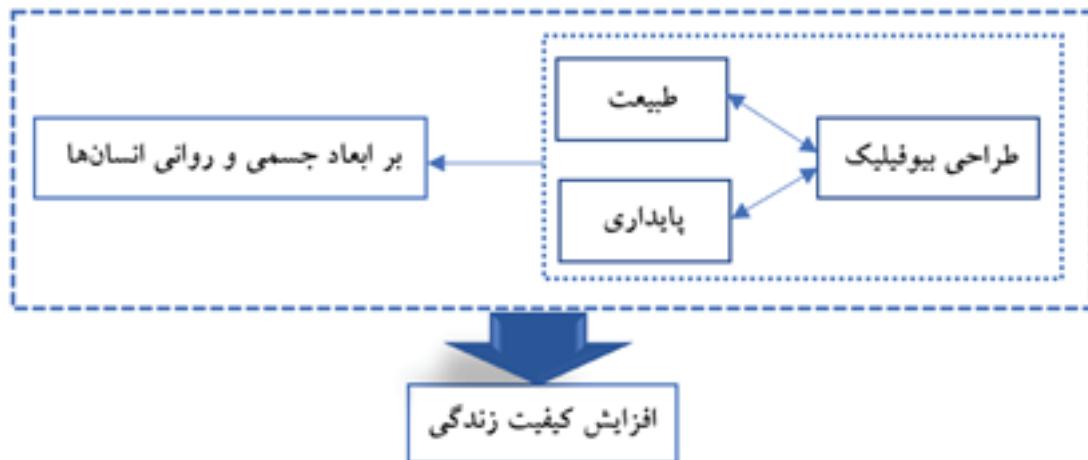
با افزایش سریع و روزانه جمعیت و زیاد شدن بیماری ها که در اثر آن هر روز بر تعداد بیماران افزوده می شود، ایجاد بیمارستان از نیازهای ابتدایی هر مرکز جمعیتی است [۲]. بیمارستانها با جان و سلامتی انسان ها سروکار دارند و پاسخگویی آن ها به این رسالت خطیر مستلزم حداکثر کارایی این مجموعه است [۱]، با توجه به آنکه هر بیمارستان مجموعه ای بسیار پیچیده و متنوع از نیازها، تضادها، تجهیزات و امکانات است [۴]؛ بنابراین طراحی و معماری آن باید به دقیق ترین و کارآمدترین نحو ممکن مد نظر قرار گیرد تا نتیجه مفید واقع گردد [۵]. امروزه طراحی و معماری بیمارستان ها نقش تعیین کننده ای در روند درمان و بهبودی بیماران در مراکز درمانی ایفا می کند [۳].

چنانکه گفته شد طراحی بیمارستان با توجه به پیشرفت سریع تکنولوژی و همزمان با آن، گسترش و تنوع احتیاجات بیمارستان کار بسیار با اهمیت و مشکل و پیچیده ای است [۶]. یقیناً طراحی بیمارستان باید کاربری های متعارف و مورد انتظار را تأمین نماید در عین حال محیطی کاملاً آرام را برای بیماران و همراهانشان و نیز کادر مراقبت و درمان ایجاد کند [۴]. در محیط درمانی یک فرد به عنوان یک مهمان موقع پذیرش شده و توسط مجموعه ای از قوانین فضا - مکان که آن را تنظیم می کنند در یک حالت احساسی قرار می گیرد که این شرایط در راستای تسهیل بهبود و مراقبت وی می باشد [۵]. بنابراین بیمارستان باید محیطی بدور از ترس، استرس و اضطراب برای بیماران و همراهانشان و نیز محیطی بدور از یکنواختی و کسالت برای کادر مراقبت و درمان باشد [۲].

انسان در هنگام بیماری به لحاظ جسمی و روحی دچار

الهه مهدی و همکاران

کادر مراقبت و درمان را تا حد امکان دلپذیر نماید [۲] و طراحی بیوفیلیک یکی از تکنیک‌های معماری در دستیابی به این مهم است [۱]. اصول طراحی بیوفیلیک ورود طبیعت به فضای به منظور تداعی مادر زمین است [۳] یعنی فرم‌های مشابه بگونه‌ای ادغام شوند که تا حد امکان منطقی ولذت بخش بوده و رفاه و آرامش را برای کاربران آن در پی داشته باشند [۱]. بر اساس قضیه بیوفیلیک انسان‌ها بطور ذاتی به سمت ارگانیسم‌های زنده و گیاهان و جانوران جذب می‌شوند [۴]: به عبارت دیگر بین انسان و سیستم‌های زنده کشش و پیوندی غریزی و فطری وجود دارد لذا بشر همواره نیازمند و مشتاق برقراری ارتباط با طبیعت است [۸]. بنابراین طراحی بیوفیلیک رویکردی خلاقانه و ابتکاری برای از بین بردن شکافی است که بین معماری مدرن و نیاز انسان‌ها به برقراری ارتباط با طبیعت بوجود آمده است (شکل ۱) [۱۳].



شکل ۱. ارتباط معماری بیوفیلیک با انسان

ها می‌توانند تأثیر مثبت بر حوزه‌های روانی، جسمانی و اجتماعی بیماران داشته باشد [۶]. از جمله افزایش دسترسی به نور طبیعی در بیمارستانها ریتم‌های شباهنگ روزی بدن را تنظیم می‌نماید؛ ریتم‌هایی که در طول روز بر خلق و خو و تغییرات فیزیولوژیکی بدن حاکم بوده و بر ترشح هورمون‌های خواب و شادی تأثیر می‌گذارند [۶].

اصطلاح بیوفیلیک اولین بار توسط اریک فروم در سال ۱۹۶۴ میلادی برای توصیف گرایش روانی مجذوب شدن نسبت به تمام چیزهای زنده و زندگی بخش استفاده شده است [۱۵]. این واژه به لحاظ لغوی اسم است که در سال ۱۹۷۹ میلادی وارد لغت نامه مریام وبستر شده و به معنای توانایی فطری بشر برای ارتباط برقرار کردن و واستگی صمیمانه با

در این راستا توجه به روانشناسی محیط و مسائل روانی درمان در طراحی و معماری بیمارستان‌ها، به ایجاد محیط کالبدی که هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی به بهبود سریع تر بیماران کمک می‌کند، متنه‌ی می‌شود [۸]. چراکه لحاظ نمودن توصیه‌های روانشناسی محیط که عرصه مشترک معماری و علوم رفتاری بالاخص روانشناسی تلقی می‌شود [۱۱]، منجر به بهبود فضا و دوری از یکنواختی محیط و کسالت آور بودن آن برای بیماران و همراهانشان و نیز کادر مراقبت و درمان می‌شود [۷].

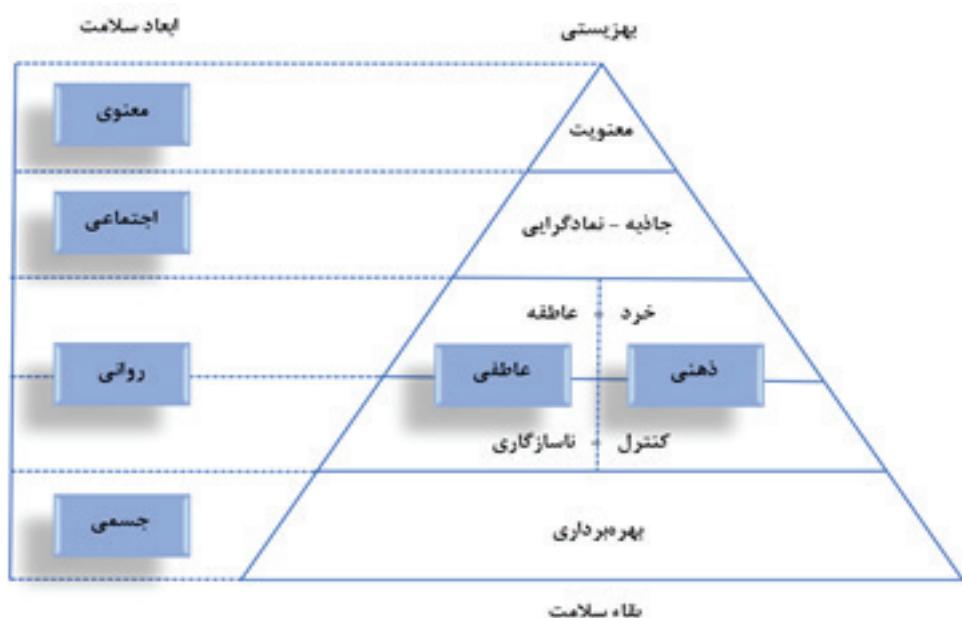
با توجه به آنکه هم بیماران و همراهانشان و هم کادر مراقبت و درمان، محیط‌های بهداشتی و درمانی را به عنوان فضاهایی ناخوشایند که می‌توانند باعث ترس، استرس، خستگی، دلسردی و حتی بی‌حصولگی قابل توجهی شوند، درک می‌کنند [۸]، بنابراین از مهم ترین الزامات طراحی بیمارستان این است که تجربه بیماران و همراهانشان و نیز

در راستای تأثیر طراحی بیوفیلیک در محیط داخلی بیمارستان‌ها، مطالعات تجربی نشان می‌دهد که عواملی چون ارتباط با طبیعت، حفظ حریم شخصی، امکان ملاقات و تعاملات اجتماعی، نور و رنگ سبب تسريع روند درمان و بهبود عملکرد کادر مراقبت و درمان می‌شود [۹]. نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها نیز گویای آن است که جلوه‌های مختلف طبیعت در محیط‌های مراقبت و درمان مانند مشاهده طبیعت از پنجه، تصاویر طبیعت و گیاهان در فضای سرپوشیده می‌تواند بر پیامدهای درمانی بیماران از جمله کاهش درد، اضطراب و افسردگی و مدت زمان بستره بیماران تأثیر مثبت دارد [۷]. نتایج مطالعاتی دیگر نشان می‌دهد که ترکیب محیط طبیعی در مراکز درمانی و بیمارستان

فرآیند پیچیده شامل ارزش‌ها و کیفیت‌هایی است که پیوستگی گسترده‌تری با طبیعت را برابر پا می‌کند [۱۵]. این ارزش‌ها شامل؛ بهره برداری (سودمندگرایی)، ناسازگاری (منفی گرایی)، کنترل کردن (قلمروگرایی)، محبت (انسان گرایانه)، خرد (عقلی)، جذابیت (زیبایی شناسی)، سمبولیسم (نمادگرایی) و معنویت (اخلاقی) هستند که پاسخگویی به هر یک از نیازهای بیوفیلیایی انسان بر معیارهای سلامت تأثیرگذار است [۱۶]. همه ارزش‌های بیوفیلیا به شکل عمومی در همه مردم جهان وجود دارد و سهم بسزایی در سلامت، سعادت و رفاه انسان ایفا می‌کند. نگاه به «ذهن انسان از دیدگاه تکاملی» این پندار را پیدا می‌آورد که زمانی که این ارزش‌ها به شکل تطبیقی پاسخ داده شوند، عملکرد، بهره وری و رشد انسان‌ها را تقویت می‌کند [۱۷] همانطور که ارزش‌های بیوفیلیا به جنبه‌های متفاوت نیازهای انسان پاسخگو هستند، با معیار سلامت نیز وابسته هستند که چگونگی این ارتباط در شکل ۲ قابل مشاهده هست [۱۸].

انواع دیگر زندگی و موجودات در طبیعت می‌باشد [۱۶]. ویلسون برای اولین بار مفهوم بیوفیلیا را بصورت وابستگی احساسی درونی انسان‌ها با ارگانیسم‌های زنده دیگر توصیف می‌کند؛ درونی به این معنی است که ارشی بوده و از این رو بخشی از انسان است. فرضیه‌ای که در مورد وابستگی وجود دارد این است که واکنش‌هایی در شرایط انسانی و سلامتی منجر شده که آن را بصورت احساسی بیان می‌کند [۱۷]. نخستین بار گرانت هیلبراند با استناد به نظریه سیر تکاملی مفهوم بیوفیلیا را برای محیط بکار برده؛ بر این اساس طراحی بیوفیلیک یک فلسفه طراحی است که استفاده از عناصر و فرآیندهای طبیعی را در طراحی محیط مصنوع تشویق می‌کند. محوریت این طراحی این است که تماس با محیط‌ها و ویژگی‌های طبیعی تأثیرات مثبتی روی سلامت و رفاه انسان دارد [۱۸].

همانگونه که ذکر شد واژه بیوفیلیا به شکل تحت الفظی بصورت عشق به زندگی معنی می‌گردد؛ عشق مطمئناً یک جنبه تمایل ذاتی به جهان طبیعی در انسان است اما بیوفیلیا بصورتی که کلرت و ویلسون آن را شکل دادند یک



شکل ۲. وابستگی ارزش‌های بیوفیلیا و معیارهای سلامت

عوامل رشد و تکامل فکری - ذهنی و سلامت روان فرد هستند. رابطه نمادین با طبیعت و برانگیخته شدن حس جذابیت و زیبایی شناسی بر سلامت اجتماعی فرد تأثیرگذار است و در آخر پاسخگویی به ارزش‌های معنوی، سلامت طراحی بیوفیلیک و توجه به ارزش‌های بیوفیلیا در معماری ساختمان‌ها بر همه ابعاد سلامت تأثیرگذار است [۱۹].

در تبیین وابستگی ارزش‌های بیوفیلیا با معیارهای سلامت می‌توان چنین گفت که ارزش بهره برداری تأمین بخشی از سلامت فیزیکی را از طریق تأمین آب، غذا و مواد اولیه به عهده دارد. محبت و ناسازگاری با طبیعت هر دو بر معیار سلامت احساسی - عاطفی فرد تأثیر دارد. کنترل طبیعت، تعیین قلمرو و ... از طریق ایجاد احساس امنیت و نیز همچنین برقراری رابطه منطقی (خرد) با محیط طبیعی از

در پی داشته باشد. همچنین یک طراحی بیوفیلیک موفق باید طیف وسیعی از منافع جسمی، روحی و اخلاقی را به ثمر برساند [۲۲]. به نظر می‌رسد که کلترا با افزودن عبارت خلق زیستگاه (بوم) در تعریف طراحی بیوفیلیک، در جستجوی نگاهی همه جانبه تر و در عین حال یکپارچه تر به این موضوع است. وی انتظار دارد که با آگاهی بیشتر نسبت به طبیعت و پیرامون خود و با استفاده از چارچوب کلی عنوان شده در طراحی بیوفیلیک، در مقیاس‌های مختلف طراحی از طراحی داخلی گرفته تا طراحی منطقه‌ای، با نگاهی کلی تر به خلق بستری پاسخگو به نیازهای انسان در راستای ارتقاء سلامت و رفاه انسان و پاسدار محیط طبیعی پرداخته شود [۱۵].

در این راستا در سال ۲۰۱۴ سازمان تراپیون برایت گرین در نشریه‌ای با عنوان «الگوی طراحی بیوفیلیک: پیشرفت سلامتی و رفاه در محیط ساخته شده»، به انتشار ۱۴ الگو در طراحی بیوفیلیک به عنوان یک دستورالعمل و راهنمای طراحی و معماری پرداخت که این الگوهای در جدول ۱ ارائه شده است [۱۳].

به دنبال توجه به ارزش‌های بیوفیلیک در معماری در سال ۲۰۰۵ طراحی بیوفیلیک به عنوان دومین بعد طراحی بازیابی کننده محیط زیست مطرح شد و هدف دستیابی به تجربه مثبت و ارزشمند طبیعت در محیط انسان ساخت را دنبال کرد [۱۹]. کلترا در سال ۲۰۰۸ طراحی بیوفیلیک را ترجمان، درک نیاز فطری بشر برای برقراری ارتباط با سیستم‌ها و فرآیندهای طبیعی (بیوفیلیک) در محیط انسان ساخت و همچنین یافتن حلقه گمشده در رویکرد رایج طراحی پایدار، دستیابی به پایداری بلندمدت و بالابردن تعامل مثبت میان انسان‌ها و طبیعت در محیط ساخته شده تعریف کرد [۲۰]. کلترا همچنین در سال ۲۰۱۲ عبارت خلق زیستگاه (بوم) مناسب برای انسان‌ها در شهرها مطرح کرد [۱۸]، همچنین ۲۰۱۸ جدیدترین تعریف وی از طراحی بیوفیلیک که در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، عبارت است از: «خلق زیستگاه (بوم) مناسب برای افراد به عنوان یک ارگانیسم زیستی در محیط ساخته شده امروزی، که سلامت و رفاه جسمی و روحی در افراد را ارتقاء بخشد». [۲۱]. وی در خلال این تعاریف تصريح نمود که کاربرد طراحی بیوفیلیک در بلندمدت باستی ثمربخشی، بهره‌وری، عملکرد مناسب و ترمیم سیستم‌های طبیعی را

جدول ۱. الگوهای طراحی بیوفیلیک

| الگوهای طراحی بیوفیلیک | شرح |
|--|---|
| الگوی یک: ارتباط بصری با طبیعت | بدید به عناصر طبیعت، سیستمهای زنده و فرآیندهای طبیعی. |
| الگوی دو: ارتباط غیربصری با طبیعت | محرك چشایی، بویایی، شنوایی و لامسه که یک بازگشت مثبت به طبیعت، سیستمهای زنده و یا فرآیندهای طبیعی را ایجاد می‌کند. |
| الگوی سه: محرك حسی غیرموزن | ارتباطات تصادفی و زودگذر با طبیعت که ممکن است به شکل آماری تجزیه و تحلیل گردد. با وجود اینکه ممکن است دقیقاً قابل پیشنبینی نباشد. |
| الگوی چهار: تغیریزیری حرارتی و جریان هوا | تغییرات نامحسوس در دمای هوا، رطوبت نسبی، جریان هوا در اطراف پوست و دمای سطح که تقليدی از محیط طبیعی است. |
| الگوی پنجم: حضور / مجاورت آب | شرایطی است که افزایش تجربه از یک مکان از طریق دیدن، شنیدن یا لمس کردن آب را بوجود می‌آورد. تغییر شدتهای متفاوت از نور و سایه که در طول زمان برای تغییر شرایط همانند آنچه که در طبیعت رخ میدهد، ایجاد می‌شوند. |
| الگوی ششم: تغییرات نوری | آگاهی از فرآیندهای طبیعی بیوژه تغییرات فصلی و زمانی که از ویژگیهای یک اکوسیستم سالم به شمار می‌آیند. |
| الگوی هفتم: ارتباط با سیستمهای طبیعی | ارجاع به تزئینات منحنی، طرح، بافت و یا سازماندهی‌های متعددی که در طبیعت باقی بماند. |
| الگوی هشتم: فرم بیوفورمیک و الگوهای نمادین | مواد و عناصر بدست آمده از طبیعت که از طریق حداقل پردازش منعکس کننده محیط زیست محلی و یا زمین شناسی را برای ایجاد یک حس مکان القاء می‌کنند. |
| الگوی نه: مصالح طبیعی | اطلاعات حسی است که پاییند به یک سلسله مراتب فضایی شبیه به چیزهایی که در طبیعت دیده می‌شوند. |
| الگوی ده: پیچیدگی و نظم: | نمای آزادانه بر روی یک فاصله برای برنامه ریزی و ادامه بقاء. |
| الگوی یازده: چشمانداز | مکانی برای پناه از شرایط محیطی و یا جریان فعالیت اصلی که در آن فرد از پشت و بالای سر محافظت می‌شود. |
| الگویدوازده: بناهگاه | وعده بدست آوردن اطلاعات بیشتر از طریق چشم اندازهای نسبتاً مبهم و یا دیگر دستگاههای حسی است که جلب نظر فرد را برای سفر عمیق تر به محیط زیست به همراه دارد. |
| الگوی سیزده: رمز و راز | یک تهدید قابل شناسایی همراه با یک حفاظت قابل اعتماد. |
| الگوی چهارده: رسک / خطر | |

نظرات کارفرما می‌توانند در پروژه به اجرا در بایاند که مجموعه‌ای از کاربردی ترین این راهبردها در جدول ۲ ارائه شده است [۱۵].

در این مقاله ۱۴ الگوی طراحی بیوفیلیک مبنای تحلیل و ارزیابی مصادیق موردی قرار داده شده اند و هر یک از این ۱۴ الگو به شکل راهبردهای مختلفی بر اساس کاربری و مکان پروژه و همچنین نگاه طراح و

جدول ۲. راهبردهای طراحی بیوفیلیک مرتبط با هر یک از الگوهای طراحی بیوفیلیک

| الگوهای طراحی بیوفیلیک | | الگوی یک: ارتباط بصری با طبیعت | الگوی دو: ارتباط غیربصری با طبیعت | الگوی سه: محرك حسی غیرموزون | الگوی چهار: تغییرپذیری حرارتی و جریان هوا | الگوی پنج: حضور/ مجاورت آب | الگوی شش: تغییرات نوری | الگوی هفت: ارتباط با سیستمهای طبیعی | الگوی هشت: فرم بیوفورمیک و الگوهای نمادین | الگوی نه: مصالح طبیعی | الگوی ده: پیچیدگی و نظم: | الگوی یازده: چشم انداز | الگوی دوازده: پناهگاه | الگوی سیزده: رمز و راز | الگوی چهارده: ریسک/ خطر | |
|--|------------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| - دید به طبیعت از طریق پنجره | - بام سبز | - وجود گل‌انهای گل | - نمایش فیلم از طبیعت | - نمایش طبیعت (واقعیت مجازی) | - تراس سبز | - تنوغ زیستی در مجموعه | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | |
| - تصاویر و تابلوهای طبیعت | - دیوار سبز | - نمایش فیلم از طبیعت | - نمایش طبیعت (واقعیت مجازی) | - اکاریوم | - نمایش طبیعت (واقعیت مجازی) | - شیوه سازی صدای طبیعت | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | - وجود ایجاد انسانی صدای طبیعت (آب، پرندهان و ...) | |
| - ارتباط بنا با دریاچه، رودخانه، آبشار موجود در مکان پروژه | - آکاریوم | - حضور مصنوعی | - دریاچه های آبی | - ایجاد امکان تماشی باران و جم اوری آب باران | - ایجاد جریان هوا | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها | - حرکت ابرها |
| - آبشار مصنوعی | - دریاچه های آبی سطح | - ایجاد اعکاس آب روی سطح | - دیواره های آبی | - استفاده از سایه روش طبیعی و درختان فصلی | - کنترل و استفاده از تابش خورشید | - رایجه گیاهان و درختان | - رایجه گیاهان | - رایجه گیاهان |
| - ارتباط بنا با دریاچه، رودخانه، آبشار موجود در مکان پروژه | - آکاریوم | - حضور و استخر | - آبشار مصنوعی | - ایجاد اعکاس آب روی سطح | - ایجاد جریان هوا | - جریان نسیم | - اعکاس آب در فضا | - اعکاس آب در فضا |
| - پنجره های قابل تنظیم برای ورود نور روز | - دیواره ای | - نور مصنوعی | - نور مصنوعی | - سایبان مناسب برای جلوگیری از ایجاد خیرگی | - نور گیر سقفی | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای | - دیواره ای |
| - شیوه سازی سیستم نور روز در اتاقهای بدون پنجره | - آکاریوم | - استفاده از پاسیوها | - شیوه سازی دمایی ساعت روز | - توسعه زیستیوم و اکوسیستم منطقه در حیاط مرکزی و اطراف بنا | - سایبان مناسب برای جلوگیری از ایجاد خیرگی | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم | - آکاریوم |
| - شیوه سازی سیستم نور روز در اتاقهای بدون پنجره | - فرم زمین | - فرم زمین | - تغییر ماهیت مصالح طبیعی استفاده شده | - توسعه زیستیوم و اکوسیستم منطقه در حیاط مرکزی و اطراف بنا | - خط آسمان پیچیده | - خط آسمان پیچیده | - ساختار و پلان پیچیده |
| - شیوه سازی سیستم نور روز در اتاقهای بدون پنجره | - فرم زمین | - فرم زمین | - تغییر ماهیت مصالح طبیعی استفاده شده | - توسعه زیستیوم و اکوسیستم منطقه در حیاط مرکزی و اطراف بنا | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) | - فرم های طبیعی و یادآور طبیعت (نمادین) |
| - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد | - فضای باز و آزاد |
| - قابلیت خصوصی سازی فضا | - سایبانهای قابل تنظیم | - سایبانهای قابل تنظیم | - سایبانهای قابل تنظیم | - سایبانهای قابل تنظیم | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته | - فضای نیمه باز و نیمه بسته |
| - طراحی پیچیده | - طراحی پیچیده | - طراحی پیچیده | - طراحی پیچیده | - طراحی پیچیده | - مسیرهای حرکتی منحنی | - مسیرهای حرکتی منحنی | - نور و سایه | - نور و سایه |
| - پله ای های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - اشیاء سنگین آویزان | - اشیاء سنگین آویزان | - مسیرهای عبوری تعبیه شده درون، رو یا زیر آب | - وجود عکس یا حضور کنترل شده حشرات و حیوانات | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی | - بدن های های وسیع شفاف (نامرئی) از سقف تا کف | - فضاهایی با ارتفاع بیش از دو برابر حالت عادی |

همچنین برخی واکنش‌های زیستی برای هر یک از الگوهای طراحی بیوفیلیک در جدول ۳ ارائه شده است [۲۳].

جدول ۳. الگوهای طراحی بیوفیلیک و واکنش‌های زیستی

| الگو | ۱۴ | کاهش استرس | رفتار آگاهانه | احساسات و حالت‌ها |
|----------------------------|--------------|--|---|---|
| ارتباط بصری با طبیعت | | کاهش فشار خون و ضربان قلب | بهبود تعادل روانی / تمرکز | نگرش مثبت همراه با رضایت مندی |
| ارتباط غیربصري با طبیعت | | کاهش فشار خون | تأثیر مثبت بر عملکرد شناختی | بهبود احساس سلامت روان و آرامش |
| محرك حسي غيررريميك | | تأثیر مثبت بر فشار خون، ضربان قلب و سیستم عصبی | اقدامات رفتاری مشاهده شده و اندازه گيری شده از کشف و شهود | اصلاح و بهبود فشارهای جسمی و ناشی از فضای اطراف |
| تغييرپذيری جريان هوای گرما | طبیعت در فضا | تأثیر مثبت بر راحتی، سلامت و کارایی | تأثیر مثبت بر تمرکز | ارتفاعهای سلامتی |
| حضور آب | | کاهش استرس، افزایش خس آرامش، کاهش ضربان قلب | بهبود و اصلاح کارایی حافظه | ارتفاعهای سلامتی |
| نور داینامیک و ساطع | | تأثیر مثبت بر کارکرد شباهه روزی و بهبود بینایی | | دید بهتر |
| ارتباط با سیستمهای طبیعی | | | | راحتی بیشتر |
| الگوها و اشکال زیستی | | | | دید بهتر |
| ارتباط مادي با طبیعت | طبیعت مشابه | | کاهش فشار خون | راحتی بیشتر و احساس امنیت |
| نظم و پیچیدگی | | تأثیر مثبت بر ادراک و واکنش‌های استرسی و روانی | | راحتی بیشتر و احساس امنیت |
| چشم انداز | | کاهش استرس | کاهش خستگی و ناراحتی | راحتی بیشتر |
| مکان امن | | | افزایش تمرکز، دقت و حس امنیت | میل به غلبه بر ناشناختگی |
| رازآوردگی | طبیعت فضایی | | | واکنش لذت‌بخش |
| ریسک / خطر | | | | |

احساسی- عاطفی سلامت روان تأثیرگذار است [۱۲]. بنابراین رابطه با طبیعت و برانگیخته شدن حس جذابیت و زیبایی شناسی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار است [۶]. مطالعات انجام شده در این خصوص نیز نشان دهنده آن است که منظرهای سبز، نور طبیعی و دسترسی به محیط‌های طبیعی که از ارکان معماری به سبک بیوفیلیم هستند، کمک می‌کنند تا نه تنها بهبود روانی و سلامت جسمانی بیماران پیشرفت کند، بلکه در طول مدت بستری نیاز به داروهای مسکن کاهش یابد. به همین دلیل یکی از راهکارهای مهم در راستای ارتقاء کیفیت سلامت و محیط‌های درمانی بالاخص بیمارستان‌ها، ایجاد بستری مناسب برای ارتباط بیماران با طبیعت است [۱۰]. طراحی و معماری بیمارستان‌ها به سبک بیوفیلیک نه به دلیل عناصر عینی و معیارهای زیباشناختی آن‌ها بلکه به دلیل ایجاد بستر مناسب برای تعامل انسان با محیط اطرافش و درگیر کردن حواس پنجگانه او، خاصیت شفابخشی دارند و شرایطی برای سلامت جسم و روح انسان فراهم می‌کنند [۱۱]. همچنین

تعامل با طبیعت از طریق طراحی بیوفیلیک و توجه به ارزش‌های بیوفیلیا در معماری بیمارستان‌ها بر بسیاری از شاخصه‌های سلامتی تأثیرگذار است و فواید بسیاری بر سلامت و کاهش طول مدت زمان درمان دارد [۲]. اصلی ترین و مهم ترین تصوری‌های تبیین کننده این مهم، نظریه کاهش استرس و نظریه بازیابی تمرکز هستند که می‌بین آنند که انسان در ارتباط با طبیعت به شکل ناخودآگاه دچار کاهش میزان استرس و اضطراب و نیز افزایش تمرکز و عملکرد شناختی می‌شود [۲۳]. از آنجائیکه استرس و اضطراب عامل بسیاری از ناهنجاری‌ها و بیماری‌ها بوده و بر بسیاری از شاخصه‌های سلامت جسمی از جمله؛ میزان فشار خون، ضربان قلب، ترشح هورمون‌ها و تنفس‌های عضلانی تأثیرگذار هستند، لذا در کنترل و درمان بیمارها نقش بسزایی دارند. همچنین افزایش تمرکز و ارتقاء عملکرد شناختی با تأثیر مثبت بر شاخصه‌های سلامت روان از جمله؛ بهبود وضعیت عاطفی، افزایش آرامش، افزایش بهره‌وری و عملکرد ذهنی بر معیارهای فکری- ذهنی و

کادر مراقبت و درمان در ایران مورد مذاقه قرار نگرفته است، خلاصه پژوهشی در این زمینه به وضوح احساس می‌شود که این مسأله انگیزه‌ای برای اجرای این پژوهش حاضر شد. در این راستا هدف اصلی پژوهش حاضر ارائه راهبردهایی درخصوص طراحی و معماری بیمارستان با رویکرد بیوفیلیک و در نظر گرفتن تأثیر بکارگیری این راهبردها بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران و بهبود عملکرد کادر درمان می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی بود که به روش آمیخته با طرح اکتشافی – مدل توسعه ابزار اجرا شد بگونه‌ای که در بخش کیفی از روش مرور نظام مند و تحلیل مضمون و در بخش کمی از روش مدلسازی معادلات ساختاری و تحلیل واریانس یک راهه همراه با آزمون تعقیبی توکی بهره‌گرفته شد.

جامعه آماری روش مرور نظام مند در بخش کیفی پژوهش حاضر مقالات داخلی و خارجی نمایه شده در سایت‌های علمی معتبر در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۲ بود که حاوی کلیدوازه‌های: «طراحی / معماری بیوفیلیک»، «راهبردهای طراحی / معماری بیوفیلیک»، «سلامت جسم / روان»، «بیمارستان» و «مراکز درمانی» بودند بطوریکه ۴۴ مقاله از آن‌ها حائز معیارهای شمول بوده و به روش نمونه‌گیری قضاوتی به عنوان نمونه انتخاب شدند و مجموعه راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک مؤثر بر سلامت جسم و روان از آن‌ها استخراج شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش چک لیست به منظور فیش برداری از مفاهیم و ترکیب و تشخیص یافته‌ها بود که اعتبار محتوای آن از طریق ضرایب CVR و CVI سنجیده شد؛ اعتبار این چک لیست پس از سه مرحله اجرای تکنیک دلفی و اعمال نظرات گروهی از صاحب نظران و خبرگان و اعضاء هیأت علمی دانشگاه‌ها در حوزه معماری و متخصص و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک با $CVR=0.86$ و $CVI=0.69$ مورد تأیید قرار گرفت.

جامعه آماری روش تحلیل مضمون در بخش کیفی پژوهش حاضر پنل متخصصان شامل صاحب نظران و خبرگان و اعضاء هیأت علمی دانشگاه‌ها در حوزه معماری و متخصص و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک بودند که ۸ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری

سهولت دسترسی به فضاهای بیرونی می‌تواند برای کارکنان بیمارستان بالاخص کادر مراقبت و درمان که به دنبال لحظه‌ای برای آسودن از محیط کار پراسترس خود هستند، مفید باشد چرا که انسان بطور فطری و غریزی میل به طبیعت دارد و طبیعت بستری برای آرامش روان ایجاد می‌کند [۶].

از طرف دیگر نتایج دیگر مطالعات گویای آن است که حضور المان‌های طبیعی در محیط‌های درمانی و تداعی حس حضور در طبیعت افزایش سلامت، رفاه و بهره‌وری را برای کادر مراقبت و درمان به همراه داشته [۲۴] و دلسبستگی عاطفی ایشان را به محیط کار خویش افزایش داده [۲۵] و تعامل همکاران و نیز تعامل و همدلی با بیماران و همراهانشان را بهبود می‌بخشد [۱۱]. افزایش خلاقیت و تفکر، شادابی و نشاط بیشتر و کاهش فرسودگی شغلی و تمایل به ترک خدمت از دیگر مزیت‌های مراکز درمانی با معماری بیوفیلیک برای کارکنان این مراکز می‌باشد [۲۴] و [۲۶]. از طرفی حضور در مراکز درمانی با طراحی و معماری بیوفیلیک استرس بیماران و همراهانشان را کاهش داده و منجر به افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در ایشان می‌شود [۱۰ و ۲۷]. با توجه به آنچه ذکر آن رفت، باید طراحی بیوفیلیک که هدف نهایی آن ارتقاء سلامت و رفاه انسان است، در محیط‌های درمانی بالاخص در بیمارستان‌ها که وظیفه اصلی آن‌ها بازیابی سلامت افراد است، مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به مطالب اخیر، مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه موضوع طراحی و معماری بیوفیلیک گویای آن است که تمرکز پژوهش‌های انجام شده پیرامون نحوه بکارگیری الگوهای معماری بیوفیلیک در احداث بیمارستان و تمرکز آن‌ها بر طراحی بیمارستان‌هایی با رویکرد بیوفیلیک بوده و تأثیر بکارگیری الگوهای معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران مهجور واقع شده است لذا پژوهش حاضر در جهت رفع این محدودیت‌ها، دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان را درخصوص ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران در نظر گرفته است. با توجه به آن که تاکنون پژوهشی با محوریت ارزیابی تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان‌ها، از دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و

الهه مهدی و همکاران

بعد از رسیدن به اشباع تمام متن مصاحبه‌ها بصورت واژه به واژه مکتوب شد؛ در این مرحله سعی شد تمام حالات غیرکلامی و لحن‌ها و احساسات مصاحبه شوندگان در نظر گرفته شود. در ادامه داده‌های بدست آمده از مصاحبه‌ها که به داده‌های متنی تبدیل شده و به منظور بررسی نظام مند توده بزرگی از داده‌های گردآوری شده، واحدسازی و مقوله بندي شدند. در نهایت پژوهشگر به تحلیل داده‌های بدست آمده به روش تحلیل مضمون پرداخت که برای این منظور از نرم افزار IBM SPSS MODELER 25 استفاده شد. تحلیل مضمون بر مبنای سه نوع کدگذاری؛ توصیفی، تفسیری و یکپارچه سازی از طریق مضامین فراگیر داده‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها تجزیه و تحلیل می‌شود. کدگذاری توصیفی طی سه مرحله صورت می‌گیرد و منتهی به کشف شاخص‌ها می‌شود بطوریکه ویژگیها و دامنه‌های این شاخص‌ها شناسایی شود. سپس کدگذاری تفسیری صورت می‌گیرد که منتهی به کشف مؤلفه‌ها می‌شود و در نهایت از میان مؤلفه‌های شناسایی شده و بر مبنای موضوع پژوهش، ابعاد مرتبط با پدیده فراگیر انتخاب می‌شود. خروجی این مرحله ارائه چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان بود که این الگو در مرحله کمی مورد ارزیابی قرار رفت. ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان در جدول ۴ ارائه شده است.

هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شده که به منظور دستیابی به توصیفی اجمالی از تجربه‌ها، نگرش و ادراک خبرگان مصاحبه شونده در خصوص بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان، در مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته شرکت کردند که نتیجه حاصل از تحلیل مضمون این مصاحبه‌ها منتهی به توسعه چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان شد. برای تعیین حجم نمونه در این بخش از قاعده اشباع نظری استفاده شد که در آن رسیدن به حداقل اطلاعات در مورد پدیده مورد بررسی به عنوان نقطه پایان نمونه گیری در نظر گرفته می‌شود. معیار رسیدن به اشباع نظری، تکرار داده‌های قبلی می‌باشد بطوریکه پژوهشگر دائمًا با داده‌هایی مواجه می‌شود که تکراری هستند. ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس راهبردهای شناسایی شده از مرحله قبل بود که بطور متوسط هر مصاحبه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه زمان برد. بنابراین اعتبار مصاحبه‌ها در این پژوهش در گروه اعتبار تیم پژوهشگر، ابزار استفاده، نمونه‌های مناسب و حجم نمونه لازم تا رسیدن به مرحله اشباع نظری است. همچنین به منظور ارزیابی روایی یافته‌های کیفی از ملاک‌های تأمین اعتبار در پژوهش‌های کیفی شامل؛ قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تعمیم پذیری، قابلیت ارتباط و قابلیت تأیید و به منظور ارزیابی پایایی یافته‌های کیفی نیز از قاعده اشباع استفاده شد که همگی به تأیید رسید.

جدول ۴. ویژگی‌های جمعیت شناختی خبرگان حاضر در نظرسنجی

| ردیف | جنسیت | تحصیلات | زمینه تخصصی | سوابق اجرایی | سابقه کار |
|------|-------|-------------------------|-----------------|--|-----------|
| ۱ | مرد | دکترای معماری | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری تاباور | ۱۶ |
| ۲ | مرد | دکترای شهرسازی | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری بیوفیلیک | ۱۳ |
| ۳ | مرد | دکترای معماری | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری بیوفیلیک | ۸ |
| ۴ | زن | دکترای روانشناسی | روانشناسی محیط | هیأت علمی دانشگاه - پژوهشگر و فعال در حوزه سلامت | ۷ |
| ۵ | مرد | دکترای برنامه‌ریزی شهری | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری بیوفیلیک | ۱۵ |
| ۶ | مرد | دکترای معماری | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری پایدار | ۱۸ |
| ۷ | زن | دکترای حرفه‌ای پزشکی | بهداشت حرفه‌ای | هیأت علمی دانشگاه - پژوهشگر و فعال در حوزه سلامت | ۹ |
| ۸ | زن | دکترای معماری | معماری بیوفیلیک | هیأت علمی دانشگاه - فعال در حوزه معماری پایدار | ۲۱ |

عرفان، امید، مردم، دی، و مفرح بودند. بیمارستان‌های مذکور به روش خوش‌بندی تصادفی انتخاب شدند به این ترتیب که شهر تهران به ۵ بخش؛ شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تفکیک شد و از هر یک از این بخش‌ها یک بیمارستان

جامعه آماری روش مدلسازی معادلات ساختاری و تحلیل واریانس در بخش کمی پژوهش حاضر معماران و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک و بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان بیمارستان‌های تخصصی؛

های؛ ۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۵، ۲۶، ۲۳، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۴، ۲۳، ۲۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷ و ۳۲) و به سنجش ۴ مؤلفه؛ عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و سرزندگی می‌پردازد. گویه‌های این مقیاس در سطح سنجش لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملا درست (کد ۵) تا کاملا نادرست (کد ۱) طراحی شده‌اند بنابراین امتیاز در کل مقیاس از ۳۶ تا ۱۸۰، در بعد سلامت جسمی از ۲۲ تا ۱۱۰ و در بعد سلامت روانی از ۱۵ تا ۷۵ تغییر می‌باید که نمرات بالاتر میان کیفیت بیشتر سلامت است. ویر و شربون (۱۹۹۲) در مطالعه اولیه این مقیاس را روانسنجی نموده و پایایی و روایی آن را تأیید کردند؛ میزان ضریب آلفا کرونباخ در پایایی یابی به روش انسجام درونی برای بعد سلامت جسمی، سلامت روانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش شد و روایی آن به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد [۲۸]. نسخه فارسی این مقیاس در مطالعه‌ای که توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) انجام شد مورد روانسنجی قرار گرفت و میزان انسجام درونی به روش آلفا کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآمایی آن با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شد و به تأیید رسید. همچنین روایی آن به روش مقایسه گروه‌های شناخته شده بررسی شد و گزارش شد که این مقیاس توانسته در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد ناسالم تفکیک نماید [۲۹]. ۲. مقیاس تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمانی: این مقیاس که یک پرسشنامه محقق ساخته (۱۴۰۱) برای سنجش تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستانها است، یک مقیاس خوداظهاری با ۷۵ گویه است که ۱۸ قلمرو؛ ارتباط بصری با طبیعت، ارتباط غیربصری با طبیعت، ارتباط با سیستم‌های طبیعی، تعییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تعییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، مجاورت/حضور آب، محرك حسی منظم بدون ریتم، پیچیدگی و نظم، فرم بیوفورمیک و الگوهای نمادین، ویژگی‌های فراتال، مصالح طبیعی، مصالح یومی، پناهگاه، چشم انداز، رمز و راز و خط‌پذیری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس ۳ سنجش کلی از سلامت جسمی و سلامت روانی را فراهم می‌آورد بطوریکه بعد اول که به سلامت جسمی اختصاص دارد شامل ۲۲ گویه بوده (گویه‌های؛ ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶) و به سنجش ۴ مؤلفه؛ سلامت عمومی، عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی و درد بدنی می‌پردازد و بعد دوم که به سلامت روانی اختصاص دارد شامل ۱۵ گویه بوده (گویه

بطور تصادفی انتخاب شده و ۴۵۰ نفر از بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان این بیمارستانها و ۱۵۰ نفر از معماران و فعالان اجرایی در زمینه طراحی و معماری بیوفیلیک به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شده و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند که نتیجه حاصل از اجرای روش مدلسازی معادلات ساختاری این پرسشنامه از ارجایی کمی چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان و تعیین تأثیر بکارگیری آن بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستانها منجر شد و نتیجه حاصل از اجرای روش آنالیز واریانس این پرسشنامه‌ها به مقایسه دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان‌ها منتخب منتهی شد. برای تعیین حجم نمونه در این بخش از نرم افزار IBM SPSS SAMPLE POWER3 استفاده شد؛ با در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ و توان آزمون ۹۰٪ و احتمال سلامت جسم و روان بالا در ۵۰٪ موارد و اختلاف ۱۰٪ در جامعه مورد مطالعه، تعداد نمونه ۶۰۰ نفر برآورد شد که با توجه به انتخاب طرح متعامد در اجرای تحلیل واریانس، تعداد نمونه برای هر یک از گروه‌های معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان بطور برابر ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش ۲ پرسشنامه بود.

۱. فرم کوتاه مقیاس زمینه یابی سلامت (SF-36): این مقیاس که در سال (۱۹۹۲) توسط ویر و شربون برای سنجش کیفیت سلامت جسمی و روانی طراحی شد، یک مقیاس خوداظهاری با ۱۹ گویه است که ۸ قلمرو؛ عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس ۲ سنجش کلی از سلامت جسمی و سلامت روانی را فراهم می‌آورد بطوریکه بعد اول که به سلامت جسمی اختصاص دارد شامل ۲۲ گویه بوده (گویه‌های؛ ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶) و به سنجش ۴ مؤلفه؛ سلامت عمومی، عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی و درد بدنی می‌پردازد و بعد دوم که به سلامت روانی اختصاص دارد شامل ۱۵ گویه بوده (گویه

شاخص همخطی چندگانه استفاده می شود که در PLS-SEM مقادیر ۵ و بیشتر برای شاخص VIF نشان از وجود همخطی بالقوه است. در برآش مدل های اندازه گیری، ۴ معیار مورد ارزیابی قرار گرفت؛ پایایی، روایی همگرا، روایی واگرا و کیفیت مدل اندازه گیری. در ارزیابی پایایی از ۴ معیار؛ معناداری بارهای عاملی، ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مرکب و پایایی مرکب همگن استفاده شد. در ارزیابی روایی همگرا از میانگین واریانس استخراج شده، در ارزیابی روایی واگرا از ۲ معیار؛ بارهای متقطع و ماتریس فورنل-لارکر و در ارزیابی کیفیت مدل اندازه گیری، از شاخص افزونگی استفاده شد. در صورتیکه بارهای عاملی RHO بیش از ۰/۰۴ و آلفای کرونباخ، پایایی مرکب و شاخص AVE دیلوون-گلدشتاین بیش از ۰/۷ باشد، پایایی و چنانچه بزرگتر از ۰/۵ باشد روایی همگرا تایید می شود. همچنین در صورتیکه همبستگی بین آیتم های یک سازه بیشتر از همبستگی آیتم های آن سازه با سازه های دیگر باشد و عناصر روی قطر اصلی ماتریس فورنل-لارکر (ریشه AVE) بزرگتر از عناصر زیر قطر اصلی آن (همبستگی فاکتورها) باشند، روایی واگرا و چنانچه شاخص افزونگی برای همه متغیرها مثبت باشد، کیفیت مدل اندازه گیری تایید می شود. در برآش مدل های ساختاری نیز، ۴ معیار مورد ارزیابی قرار گرفت؛ معناداری مسیر (T-Value) و ضریب تأثیر مسیر (β)، ضریب تعیین (R^2)، شاخص حشو استون - کیسر (Q2) و شاخص اندازه اثر (F^2). معیار اصلی در ارزیابی مدل های ساختاری مقادیر T-Value و ضریب تأثیر مسیر β است؛ در صورتیکه آماره t بزرگتر از ۱/۹۶ یا کوچکتر از ۱/۹۶ - باشد معناداری آن مسیر در سطح اطمینان ۹۵٪ مورد تأیید قرار گرفته و میزان تأثیر متغیرهای مسیر بر هم از طریق آماره β تعیین می شود. ضریب مسیر (β) شدت و جهت رابطه بین متغیرها را نشان می دهد و هر چه به ± 1 نزدیکتر باشد، رابطه بین دو متغیر قوی تر خواهد بود. برای محاسبه آماره t (تعیین معناداری مسیر) از روش بوت استرپ بهره گرفته می شود؛ با اجرای این روش، ضرایب مسیر (میزان روابط سازه ها) به عنوان تخمینی برای روابط مدل ساختاری به همراه مقادیر t تجربی برای بررسی اهمیت این ضرایب محاسبه می شود. معیار R^2 اثر متغیرهای برونزرا بر متغیرهای درونزا نشان می دهد و معیار Q2 قدرت پیش بینی مدل را برای متغیرهای درونزا مشخص می کند. این دو معیار فقط برای سازه های درونزا مدل محاسبه می

(گویه های ۱ تا ۳۳) و به سنجش ۹ مؤلفه؛ ارتباط بصری با طبیعت، ارتباط غیربصری با طبیعت، ارتباط با سیستم های طبیعی، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییریزیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، مجاورت / حضور آب و محرك حسی منظم بدون ریتم می پردازد، بعد دوم که به الگوهای مشابه طبیعت اختصاص دارد شامل ۱۶ گویه بوده (گویه های ۳۴ تا ۴۹) و به سنجش ۵ مؤلفه؛ پیچیدگی و نظم، فرم بیوفورمیک والگوهای نمادین، ویژگیهای فراكتال، مصالح طبیعی و مصالح بومی می پردازد و بعد سوم که به الگوهای ماهیت فضا اختصاص دارد شامل ۲۶ گویه بوده (گویه های ۵۰ تا ۷۵) و به سنجش ۴ مؤلفه؛ پناهگاه، چشم انداز، رمز و راز و خط پذیری می پردازد. گویه های این مقیاس در سطح سنجش لیکرت ۵ درجه ای از کاملا موافقنم (کد ۵) تا کاملا مخالفم (کد ۱) طراحی شده اند بنابراین امتیاز در کل مقیاس از ۷۵ تا ۳۷۵ در بعد الگوهای طبیعت از ۳۳ تا ۱۶۵ در بعد الگوهای مشابه طبیعت از ۱۶ تا ۸۰ و در بعد الگوهای ماهیت فضا از ۲۶ تا ۱۳۰ تغییر می یابد که نمرات بالاتر مبین تأثیر بیشتر بکارگیری راهبردهای طراحی و عماری بیوفیلیک بر انتقاء شاخص های سلامت جسم و روان است. در بررسی ویژگیهای روانستجوی این پرسشنامه از روش مدلسازی معادلات ساختاری مبتنی بر روش حداقل مربعات جزئی استفاده شد و به تأیید رسید که این نتایج در بخش یافته ها به تفصیل گزارش و تحلیل شده است. روند تجزیه و تحلیل داده ها در بخش کمی به این صورت بود که پس از گردآوری، داده ها وارد نرم افزار و نرم افزار R Studio 26 شده و توسط این نرم افزار و نرم افزار R Studio 9.2، روشهای آمار توصیفی و آمار استنباطی بر روی داده ها پیاده شد. روشهای آمار استنباطی مورد استفاده، آزمون کلموگروف اسمیرنوف یک نمونه ای به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، آماره کی. ام. او و آزمون کرویت بارتلت برای تعیین صحت کفایت نمونه و بررسی ارتباط متغیرهای مدل بود. در مدل سازی معادلات ساختاری که به روش حداقل مربعات جزئی اجرا شد، که با توجه به انکاسی بودن مدل مورد بررسی، الگوریتم تجزیه و تحلیل داده ها طی سه مرحله اجرا شد؛ (۱) برآش مدل های اندازه گیری، (۲) برآش مدل های ساختاری و (۳) برآش مدل کلی. البته عموما قبل از ارزیابی مدل ساختاری، مسأله انسجام متغیرهای مستقل مدل از طریق کنترل همخطی بررسی می شود؛ برای این منظور از

یافته ها

یافته های بخش کیفی (شناسایی و استخراج راهبردها و ارائه چارچوب مفهومی)

نتایج حاصل از مرور نظام مند به استخراج ۹۳ راهبرد در خصوص طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط های درمان منتهی شد که بر مبنای آن مصاحبه نیمه ساختاری یافته ای تدوین شده و به پنل خبرگان ارائه شد و نظر ایشان در خصوص هر راهبرد سنجیده شد. در ادامه مصاحبه ها مکتوب شده و به روش تحلیل مضمون مورد ارزیابی قرار گرفت. کدگذاری به روش تحلیل مضمون شامل؛ کدگذاری توصیفی، تفسیری و فرآیند است.

• کدگذاری توصیفی: گام اول کدگذاری توصیفی خواندن کامل متن پیاده شده ای که قصد تحلیل آن را داریم، این کار مهم است چراکه وقتی در حال تحلیل هر بخش مشخص از متن هستیم لازم است که این تحلیل را در بستر مصاحبه به عنوان یک کل انجام دهیم. گام بعدی مشخص کردن هر چیزی در متن است که ممکن است برای فهم دیدگاه ها، تجربیات و ادراکات مشارکت کننده «در ذیل عنوان تحقیق» کمک نماید. همچنین بايستی یک توضیح کوتاه در مورد آنچه در بخش مشخص شده مهم است، در کنار آن نوشته شود. گام آخر این مرحله بهره گیری از توضیح های اولیه برای تعریف کدهای توصیفی است. این کدها بايستی نسبتاً نزدیک به داده ها باقی بمانند و از هر گونه اندیشیدن در مورد آنچه ممکن است در پس چیزی که مشارکت کننده گفته وجود داشته باشد و یا تفسیر آن در پرتو یک تئوری مشخص پرهیز شود [۳۰].

• کدگذاری تفسیری: در این مرحله بر تفسیر معانی کدهای توصیفی تمرکز می شود، این کار عمدتاً با ترکیب کدهایی که به نظر می رسد یک معنای واحد در خود دارند، انجام می شود. در این مرحله نباید مفاهیم تئوریک خاصی را در کدگذاری بکار برد چراکه این کار باعث می شود تحلیل محدود شده و تنها جنبه هایی از داده ها برگزیده شود که در چارچوب تئوریک قرار می گیرند. همچنین در این مرحله از کدگذاری باید دقیق شود که هر دو کد تفسیری واقعاً از هم متمایز باشند و همپوشانی بین آنها حداقل باشد [۳۰].

• کدگذاری فرآیند: در کدگذاری یکپارچه ساز تعدادی مضامین فرآیند شناسایی می شوند که مفاهیم کلیدی

شوند و مقدار آنها برای متغیرهای برونزآ صفر است. هر چه مقدار R² در یک مدل به عدد ۱ نزدیکتر باشد، مدل برازش بهتری خواهد و اگر مقدار R² بیشتر از ۰/۶۷ باشد، اثرات متعدد متغیرهای مکنون برونزآ بر متغیر مکنون درونزا تایید می شود. همچنین مقادیر مشتبه و بزرگ برای شاخص Q² نشان دهنده پیش بینی بدیری بالای مدل و مقادیر منفی آن نشان دهنده برآورد بسیار ضعیف متغیر مکنون است و اگر مقدار Q² بزرگتر از ۰/۳۶ باشد، قدرت F² پیش بینی متغیرهای وابسته تایید می شود. شاخص F² یا اندازه اثر کوهن شدت رابطه بین سازه های مدل را تعیین می کند؛ مقادیر بیشتر از ۰/۳۵ برای این شاخص نشان دهنده تأثیر زیاد یک سازه بر سازه دیگر است. مدل کلی شامل هر دو مدل اندازه گیری و ساختاری است و با بررسی تناسب آن، بررسی تناسب در یک مدل تکمیل می شود. در ارزیابی برازش مدل کلی از ۳ معیار استفاده می شود؛ شاخص نیکویی برازش، مجنوز میانگین ریشه خطای و شاخص ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده. مهمترین معیار ارزیابی تناسب مدل کلی شاخص GOF است که اعتبار و کیفیت مدل را در حالت کلی کنترل می کند و ارزیابی می کند که آیا مدل آزمایش شده در پیش بینی متغیرهای درونزا موفق بوده یا خیر. مقادیر بیشتر از ۰/۳۶ برای این شاخص نشان دهنده برازش قوی مدل کلی است. همچنین شاخص RMSE تفاوت مقدار پیش بینی شده توسط مدل و مقدار واقعی را نشان می دهد؛ اگر مقدار این شاخص کمتر از ۰/۰۶ باشد نشان دهنده برازش مناسب مدل کلی است. شاخص SRMR نیز بصورت تفاوت بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی ضمنی مدل تعریف می شود. این شاخص امکان ارزیابی میانگین بزرگی اختلافات بین همبستگی های مشاهده شده و مورد انتظار را به عنوان معیار مطلق معیار برازش (مدل) فراهم می کند. این معیار همچنین برای مقایسه برازش دو مدل متفاوت با داده های یکسان مورد استفاده قرار می گیرد؛ اگر مقدار این شاخص کمتر از ۰/۰۸ باشد نشان دهنده برازش مطلوب مدل کلی است. شایان ذکر است که ملاحظات اخلاقی در اجرای پژوهش حاضر مورد نظر قرار گرفت و حقوق مصاحبه شوندگان، معماران، بیماران و کادر مراقبت و درمان و جانب محرومگی اطلاعات ایشان رعایت شد.

الهه مهدی و همکاران

یک حداقل معقولی از مصاحبه‌ها مرتبط باشند ولی اگر به تحلیل کلی ما کمک می‌کند، می‌توان حتی کدهایی که به یک یا دو مصاحبه نیز مرتبط هستند را نیز تعریف نمود [۳۰].

کدهای استخراج شده از تحلیل مضمون مصاحبه‌های پژوهش حاضر در جدول ۵ ارائه شده است.

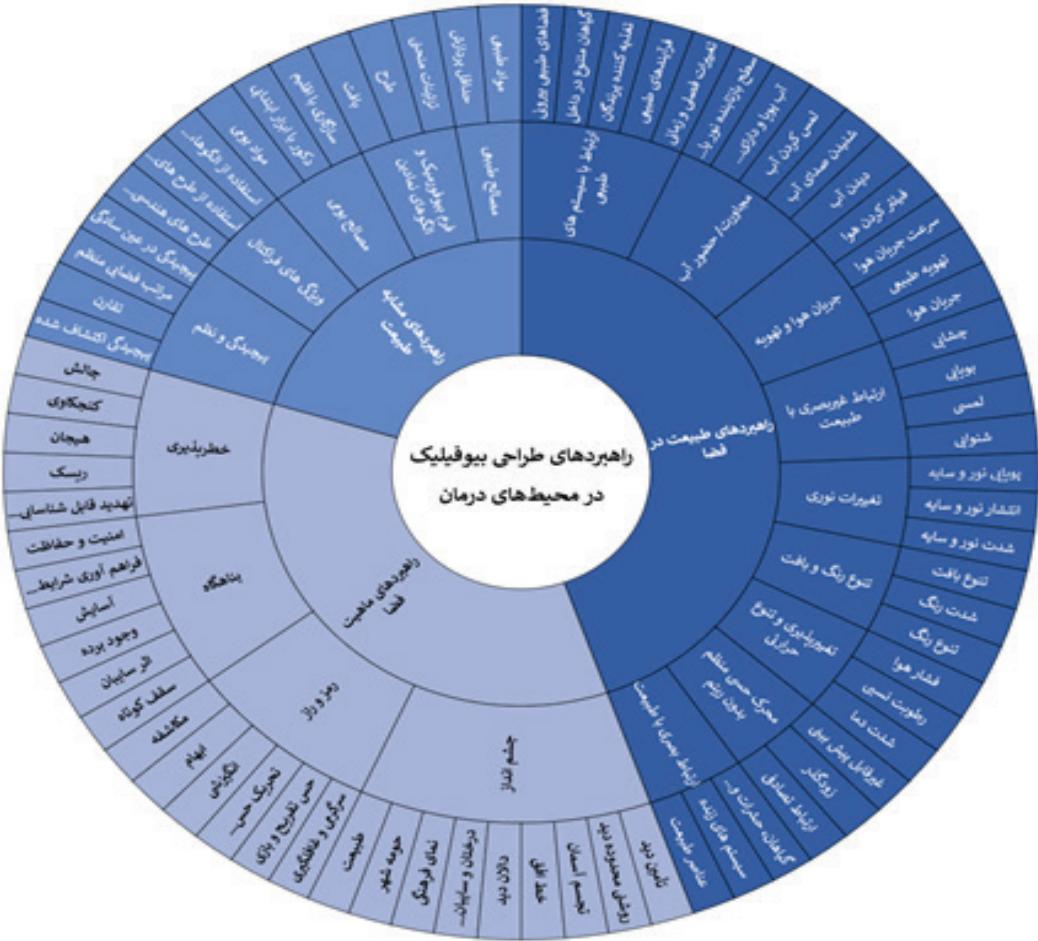
تحقیق را بیان می‌کنند، این مضماین باید بر پایه مضماین تفسیری بنا شوند ولی در سطح تحرید بالاتری از آن‌ها قرار دارند. در این مرحله می‌توان بطور مستقیم از هر ایده تئوریکی که زیربنای تحقیق را شکل می‌دهد، استفاده نمود. البته تا آنجاییکه این ایده تئوریک توسعه تحلیل‌های مأهومیت می‌شود، باید تلاش نمود که تعداد کدهای فراگیر تا جای ممکن محدود شود. این کدها باید به

جدول ۵. کدگذاری نتایج حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل مضمون

| کدگذاری فراگیر | کدگذاری تفسیری | کدگذاری توصیفی |
|---------------------------|---|---|
| ارتباط بصری با طبیعت | ارتباط غیربصری با طبیعت | سیستم‌های زنده، عناصر طبیعت، گیاهان، حشرات و حیوانات اهلی. |
| ارتباط با سیستم‌های طبیعی | تغییرات نوری | چشایی، بوبایی، شنوازی و لامسه. |
| راهبردهای طبیعت | تنوع رنگ و بافت | فرآیندهای طبیعی، تغییرات فصلی و زمانی، تغذیه کننده پرنده‌گان، وجود گیاهان متنوع در داخل و فضاهای طبیعی بیرونی شامل گیاهان و حشرات. |
| راهبردهای پژوهش | تغيرپذیری و تنوع حرارتی | پویایی نور و سایه، انتشار نور و سایه و شدت نور و سایه. |
| راهبردهای مشابه طبیعت | جریان هوا و تهویه | تنوع رنگ، شدت رنگ و تنوع بافت. |
| راهبردهای ماهیت فضا | مجاورت/ حضور آب | روطوبت نسبی، شدت دما و فشار هوا. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | محركهای حسی منظم و بدون ریتم | جریان هوا، تهویه طبیعی، سرعت جریان هوا، فیلتر کردن هوا. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | پیچیدگی و نظم | دیدن آب، لمس آب، شنیدن صدای آب، آب پویا و دارای جنبش و حرکت و سطح بازتابنده نور یا دارای درخشش کم. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | فرم بیوفورمیک و الگوهای نمادین | غیرقابل پیش‌بینی، زودگذر و ارتباط تصادفی. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | ویژگهای فرآکتال | مراتب فضایی منظم، پیچیدگی در عین سادگی، تقارن و پیچیدگی اکشاف شده. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | مصالح طبیعی | ترزئینات منحنی، طرح و بافت. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | مصالح بومی | استفاده از الگوهای اشکال و بافت طبیعی، استفاده از طرح‌هایی که از طبیعت استخراج شده‌اند و استفاده از طرح‌های هندسی خودمتباشد. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | پناهگاه | مواد طبیعی و حداقل پردازش. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | چشم انداز | مواد بومی، سازگاری با اقلیم و دکور با ابزارهای ابتدایی. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | زمز و راز | القاء کننده حس امنیت و حفاظت، فراهم آوری شرایط زیستی، آسایش، بکارگیری اثر سایبان، وجود پرده در فضای احداث سقف کوتاه. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | خطرپذیری | طبیعت، حومه شهر، نمای فرهنگی، درختان و سایانهای خیابانی، دالان دید، خط افق، روشنی محدوده دید، تجسم آسمان و امکان رفتن به نقطه دور برای تأمین دید. |
| راهبردهای ماهیت فضایی | چالش، کنجکاوی، هیجان، ریسک و تهدید قابل شناسایی همراه با حفاظت. | مکاشفه، ابهام، انگیزشی، تحریک حس کنجکاوی، حس تفريح و بازی، حس سرگرمی و غافلگیری. |

شده از فرآیند تحلیل مضمون مصاحبه انجام شده با پنل خبرگان است که در شکل ۳ ارائه شده است.

خروجی این مرحله توسعه چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان استخراج



شکل ۳. چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط‌های درمان

دکتری (۶٪ دکتری حرفه‌ای و ۱۲٪ دکتری تخصصی) بودند. که بر اساس نظر ایشان چارچوب مفهومی استخراج شده از بخش کیفی، به روش مدلسازی معادلات ساختاری مورد ارزیابی کمی قرار گرفت. میانگین، انحراف معیار و ضربه همبستگی پرسن متغیرهای پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

یافته‌های بخش کمی (ارزیابی کمی چارچوب مفهومی و مقایسه دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان)

از ۶۰۰ نفر نمونه مورد بررسی در بخش کمی ۶۵ درصد مرد و ۳۵ درصد زن بودند. ۱۷ درصد زیر ۳۰ سال، ۵۴ درصد بین ۳۰-۵۰ سال و ۲۹ درصد بالای ۵۰ سال بودند. ۴۱ درصد لیسانس، ۴۱ درصد فوق لیسانس و ۱۸ درصد دارای مدرک

جدول ۶. توصیف متغیرهای پژوهش (n=۶۰۰)

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | n |
|--------------------------|---------|--------------|---------|
| ۱. راهبردهای طبیعت | ۲/۶۴ | ۰/۵۰۷ | ۱/۰۰۰ |
| ۲. راهبردهای مشابه طبیعت | ۳/۷۸ | ۰/۸۲۶ | ۱/۰۰۰ |
| ۳. راهبردهای ماهیت فضا | ۲/۸۶ | ۰/۶۸۴ | ۱/۰۰۰ |
| ۴. سلامت جسم | ۳/۴۴ | ۰/۴۴۳ | ۰/۵۱۱° |
| ۵. سلامت روان | ۲/۳۵ | ۰/۵۲۱ | ۰/۵۶۸°° |

* P<..05, ** P<..01

الهه مهدی و همکاران

و واحد نیست و درجاتی از همبستگی بین برخی از گویه ها وجود دارد لذا داده ها مدلسازی معادلات ساختاری مناسب هستند. ارزیابی مدلسازی معادلات ساختاری در رویکرد حداقل مربعات جزئی با ارزیابی همخطی بالقوه میان سازه های پیش بینی کننده در رگرسیون های مدل ساختاری آغاز می شود، سپس با ارزیابی شاخص های اندازه گیری و کنترل معناداری و ضرایب تأثیر مسیر ادامه می یابد و با تجزیه و تحلیل قدرت توضیحی و پیش بینی مدل به پایان می رسد. شاخص های همخطی، روایی، پایایی و نیکویی برآذش مدل در جدول ۷ ارائه شده است.

یافته های جدول ۶ نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین متغیرهای پژوهش وجود دارد ($P < 0.05$). دو معیار آماری برای بررسی قابلیت اجرای مدلسازی معادلات ساختاری وجود دارد؛ شاخص کفایت نمونه گیری KMO و آزمون کرویت بارتلت. در پژوهش حاضر مقدار آماره KMO برابر با 0.813 بودست آمد که بیشتر از 0.7 است و نشان می دهد حجم نمونه برای اجرای مدلسازی معادلات ساختاری مناسب هست. همچنین سطح معناداری آزمون کرویت بارتلت در پژوهش حاضر کمتر از $p < 0.001$ بودست آمد که نشان می دهد ماتریس همبستگی گویه ها، ماتریس همانی

جدول ۷. خلاصه آماره های مدل برآذش یافته ($n=600$)

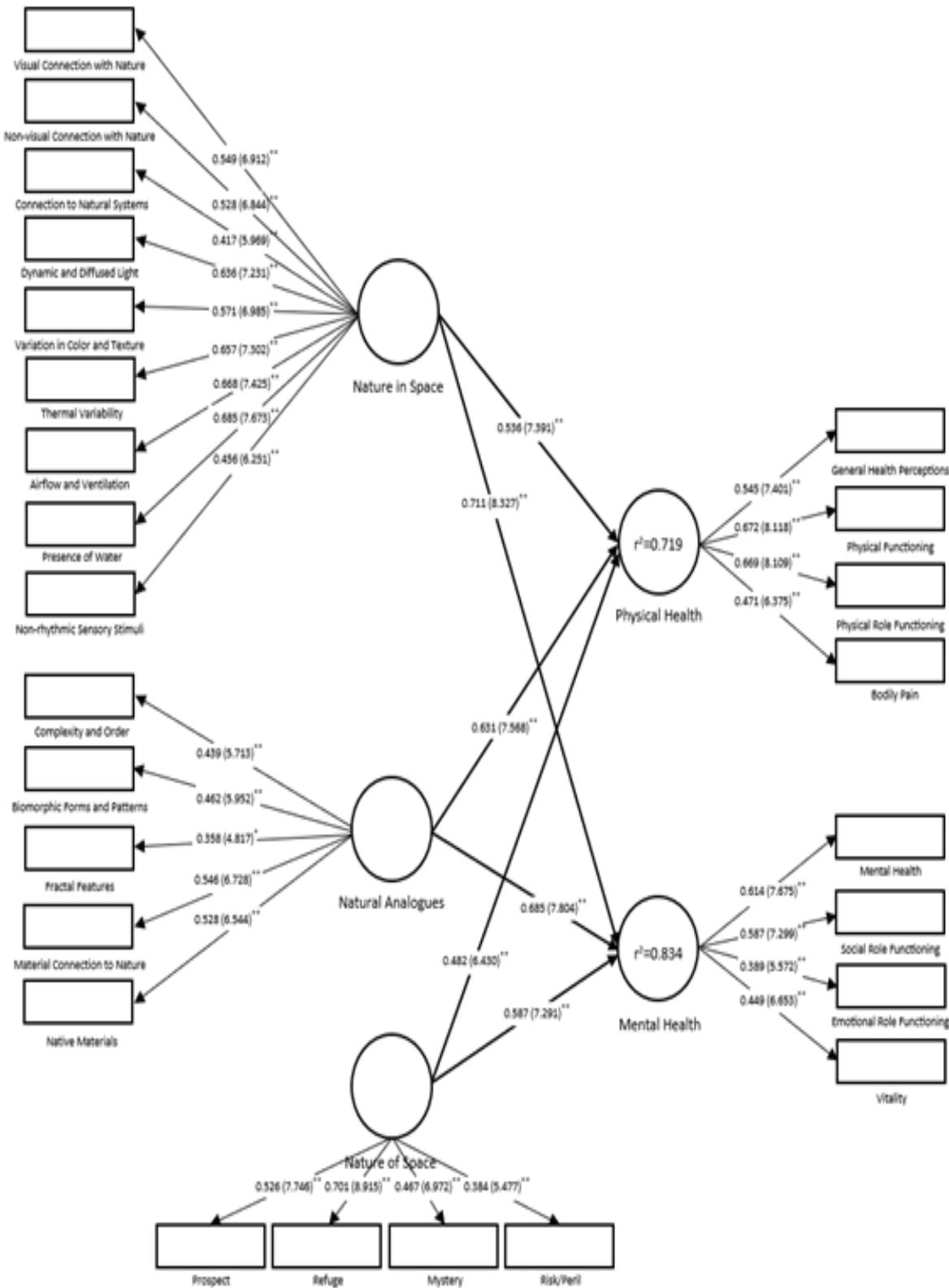
| SRMR | RMSE | F ² | Q ² | R ² | RHO | CR | α | AVE | VIF | متغیرها |
|----------------|-------|----------------|----------------|----------------|-------|-------|----------|-------|-------|-----------------------|
| - | - | - | - | - | 0.800 | 0.756 | 0.761 | 0.859 | 1.929 | راهبردهای طبیعت |
| - | - | - | - | - | 0.739 | 0.780 | 0.782 | 0.832 | 2.825 | راهبردهای مشابه طبیعت |
| - | - | - | - | - | 0.775 | 0.738 | 0.744 | 0.774 | 2.901 | راهبردهای ماهیت فضا |
| 0.048 | 0.027 | 0.539 | 0.451 | 0.826 | 0.718 | 0.818 | 0.821 | 0.863 | - | سلامت جسم |
| 0.062 | 0.034 | 0.546 | 0.476 | 0.832 | 0.829 | 0.852 | 0.856 | 0.717 | - | سلامت روان |
| $.970 = (GoF)$ | | | | | | | | | | شاخص نیکویی برآذش |

می توان بر مبنای ضرایب معناداری و ضرایب مسیر در خصوص شدت و جهت ارتباط متغیرهای مدل قضاوت نمود. خلاصه آماره های مدل برآذش یافته در جدول ۸ و مدل برآذش یافته در نمودار ۱ ارائه شده است.

یافته های جدول ۷ نشان داد که در تمام مسیرها شاخص های هم خطی، شاخص های برآذش مدل اندازه گیری، شاخص های برآذش مدل ساختاری و شاخص های برآذش مدل کلی در وضعیت مطلوبی قرار دارند لذا پایایی، روایی و قدرت پیش بینی مدل برآذش یافته تأیید می شود و

جدول ۸. اثرات استاندارد مستقیم متغیرهای مدل برآذش یافته

| متغیرهای مدل | متغیرهای مدل | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---|
| | متغیر پیش‌بین (برونزا) | متغیر ملاک (دروزنزا) | ← |
| راهبردهای طبیعت | سلامت جسم | 0.536** | ← |
| راهبردهای طبیعت | سلامت روان | 0.711** | ← |
| راهبردهای مشابه طبیعت | سلامت جسم | 0.631** | ← |
| راهبردهای مشابه طبیعت | سلامت روان | 0.685** | ← |
| راهبردهای ماهیت فضا | سلامت جسم | 0.482** | ← |
| راهبردهای ماهیت فضا | سلامت روان | 0.578** | ← |



نمودار ۱. مدل مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط های درمان

معنادار هستند و می توان در سطح اطمینان ۹۹٪ شدت و جهت رابطه بین متغیرهای مدل را برآورد نمود. یافته های جدول ۸ نشان داد که راهبردهای مشابه طبیعت ($\beta=0.631$ ، $\alpha=0.631$)

یافته های نمودار ۱ نشان داد که در تمام مسیرها آماره آزمون بیشتر از ۱/۹۶ و سطح معناداری کمتر از $\alpha = 0.01$ است لذا نتیجه می شود که تمام مسیرهای مستقیم

الله مهدی و همکاران

همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان، تحلیل واریانس یک طرفه به همراه آزمون تعقیبی تحلیل واریانس توکی اجرا شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۹ و ۱۰ و ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۹. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان

| راهبردها | مجموع مربعات | منبع تغییرات | آماره F | میانگین مربعات | درجه آزادی | آماره F | سطح معناداری |
|-----------------------|--------------|--------------|---------|----------------|------------|---------|--------------|
| راهبردهای طبیعت | ۱۶/۸۳۵ | بین گروهی | ۰/۴۹۸ | ۲۱/۴۹۸ | ۵/۶۱ | ۳ | ۰/۰۰ |
| | ۱۱۶/۳۵۱ | درون گروهی | | ۰/۲۶۱ | ۴۴۶ | ۴۴۹ | ۰/۰۰ |
| | ۱۳۳/۱۸۶ | کل | - | - | ۴۴۹ | ۴۴۹ | - |
| راهبردهای مشابه طبیعت | ۱۴/۷۴۹ | بین گروهی | ۰/۹۸۱ | ۱۸/۹۸۱ | ۴/۹۱۶ | ۳ | ۰/۰۰ |
| | ۱۱۵/۵۲۷ | درون گروهی | | ۰/۲۵۹ | ۴۴۶ | ۴۴۹ | ۰/۰۰ |
| | ۱۳۰/۲۷۶ | کل | - | - | ۴۴۶ | ۴۴۹ | - |
| راهبردهای ماهیت فضا | ۴۵/۹۷۱ | بینگروهی | ۰/۹۶۶ | ۵۶/۹۶۶ | ۱۵/۳۲۴ | ۳ | ۰/۰۰ |
| | ۱۲۰/۰۰۲ | درون گروهی | | ۰/۲۶۹ | ۴۴۶ | ۴۴۹ | ۰/۰۰ |
| | ۱۶۵/۹۷۶ | کل | - | - | ۴۴۶ | ۴۴۹ | - |

طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان نفاوت معناداری دارد ($P < 0.01$)، $F = 21/498$ ، $R^2 = 0.498$ ، $R^2_{adjusted} = 0.481$. راهبردهای طبیعت مشابه طبیعت ($F = 56/966$)، $R^2 = 0.56$ ، $R^2_{adjusted} = 0.556$ ، راهبردهای ماهیت فضا. در ادامه به منظور تعیین گروه‌های متفاوت با توجه به یکسان بودن تعداد مشاهدات در گروه‌ها، آزمون تعقیبی توکی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان

| راهبردها | گروهها | اختلاف میانگین‌ها | انحراف معیار | سطح معناداری |
|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|
| معماران | بیماران | -۰/۱۲۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۰۹ |
| | همراهان بیمار | -۰/۲۴۳ | ۰/۰۵۸ | ۰/۹۸۴ |
| | کادر مراقبت و درمان | -۰/۴۵۸° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| بیماران | همراهان بیماران | -۰/۱۱۹ | ۰/۰۵۸ | ۰/۸۱۱ |
| | معماران | ۰/۱۲۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۰۹ |
| | کادر مراقبت و درمان | -۰/۳۳۴° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| راهبردهای طبیعت | معماران | ۰/۲۴۳ | ۰/۰۵۸ | ۰/۹۸۴ |
| | بیماران | ۰/۱۹ | ۰/۰۵۸ | ۰/۸۱۱ |
| | کادر مراقبت و درمان | ۰/۲۱۴° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| کادر مراقبت و درمان | معماران | ۰/۴۵۸° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| | بیماران | ۰/۳۳۳° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| | همراهان بیماران | -۰/۲۱۴° | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۰۰ |

راهبردهای طبیعت ($\beta = 0.536$) و راهبردهای ماهیت فضا ($\beta = 0.482$) به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت جسم و راهبردهای طبیعت ($\beta = 0.711$)، راهبردهای مشابه طبیعت ($\beta = 0.685$) و راهبردهای ماهیت فضا ($\beta = 0.578$) به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارند. در ادامه به منظور مقایسه دیدگاه معماران، بیماران و

| | | | | |
|-------|-------|---------|---------------------|-----------------------|
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | -۰/۴۲۷° | بیماران | |
| ۱/۰۸۷ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۵۱ | همراهان بیماران | معماران |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | -۰/۳۱۷° | کادر مراقبت و درمان | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | ۰/۴۲۷° | معماران | |
| ۰/۰۰۳ | ۰/۰۵۸ | ۰/۴۷۹° | همراهان بیماران | بیماران |
| ۰/۱۷۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۰۹ | کادر مراقبت و درمان | |
| ۱/۰۸۷ | ۰/۰۵۸ | -۰/۰۵۱ | معماران | راهبردهای مشابه طبیعت |
| ۰/۰۰۳ | ۰/۰۵۸ | -۰/۴۳۹° | بیماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | -۰/۳۶۹° | کادر مراقبت و درمان | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | ۰/۳۱۷° | معماران | |
| ۰/۱۷۴ | ۰/۰۵۸ | -۰/۱۰۹ | بیماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۸ | ۰/۳۶۹° | همراهان بیماران | کادر مراقبت و درمان |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۷۷۶° | بیماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۳۰۱° | کادر مراقبت و درمان | معماران |
| ۱/۱۱۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۰۵۷ | همراهان بیماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | -۰/۷۷۶° | معماران | راهبردهای ماهیت فضا |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۴۷۵° | بیماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | -۰/۷۱۹° | همراهان بیماران | |
| ۱/۱۱۰ | ۰/۰۶۰ | -۰/۰۵۷ | معماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۷۱۹° | بیماران | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶۰ | -۰/۷۵۶° | کادر مراقبت و درمان | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | -۰/۳۰۱° | معماران | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۶۰ | ۰/۴۷۵° | بیماران | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶۰ | ۰/۷۵۶° | همراهان بیماران | کادر مراقبت و درمان |

بیماران ($M=3/96$), کادر مراقبت و درمان ($M=3/85$), معماران ($M=3/53$) و همراهان بیماران ($M=3/48$) بود. در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا، دیدگاه همراهان بیماران و معماران هم با دیدگاه بیماران و هم با دیدگاه کادر مراقبت و درمان تفاوت معناداری دارد ($P<0.01$). همچنین دیدگاه بیماران و کادر مراقبت و درمان تفاوت معناداری دارد ($P<0.01$) اما دیدگاه همراهان بیماران و معماران تفاوت معناداری ندارد ($P=0.433$). بیشترین تأثیر بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا به ترتیب مربوط به دیدگاه معماران ($M=3/22$), همراهان بیماران ($M=3/16$), کادر مراقبت و درمان ($M=2/44$) و بیماران ($M=2/44$) بود. گروه بندی های همگن در خصوص دیدگاه معماران، بیماران و کادر مراقبت درمان در هر یک از راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در جدول ۱۱ ارائه شده است.

یافته های جدول ۱۰ نشان داد که در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طبیعت، دیدگاه کادر مراقبت و درمان با دیدگاه بیماران و همراهانشان و معماران تفاوت معناداری دارد ($P<0.01$) اما دیدگاه معماران و بیماران و همراهانشان تفاوت معناداری ندارد ($P=0.09$). بیشترین تأثیر بکارگیری راهبردهای طبیعت به ترتیب مربوط به دیدگاه کادر مراقبت و درمان ($M=3/90$), همراهان بیماران ($M=3/69$), بیماران ($M=3/57$) و معماران ($M=3/44$) بود. در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت، دیدگاه همراهان بیماران و معماران با دیدگاه بیماران و کادر مراقبت و درمان تفاوت معناداری دارد ($P<0.01$) اما دیدگاه بیماران با کادر مراقبت و درمان ($P=0.174$) و دیدگاه بیماران با معماران ($P=0.315$) تفاوت معناداری ندارد. بیشترین تأثیر بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت به ترتیب مربوط به دیدگاه

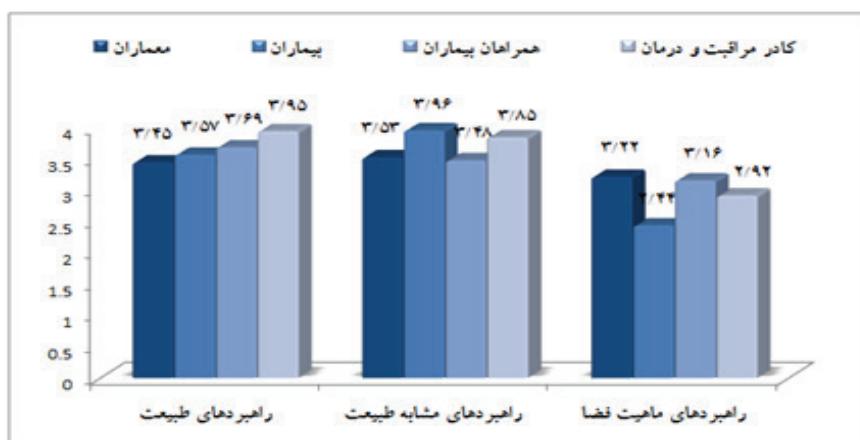
الهه مهدی و همکاران

جدول ۱۱. تشکیل زیرگروه‌های همگن از دیدگاه معماران، بیماران و همراهان بیمار و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و عماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان

| زیرگروه‌های همگن | | | | تعداد | گروهها | راهبردها |
|------------------|----------|----------|---------------------|-----------------------|--------|----------|
| گروه سوم | گروه دوم | گروه اول | | | | |
| - | ۳/۴۴۷ | ۱۵۰ | معماران | راهبردهای طبیعت | | |
| - | ۳/۵۷۱ | ۱۵۰ | بیماران | | | |
| - | ۳/۶۹۰ | ۱۵۰ | همراهان بیماران | | | |
| - | ۳/۹۰۴ | ۱۵۰ | کادر مراقبت و درمان | | | |
| - | ۱/۰۰۰ | ۰/۱۰۹ | سطح معناداری | | | |
| - | ۳/۴۸۲ | ۱۵۰ | همراهان بیماران | | | |
| - | ۳/۵۳۳ | ۱۵۰ | معماران | | | |
| - | ۳/۸۵۱ | ۱۵۰ | کادر مراقبت و درمان | | | |
| - | ۳/۹۶۱ | ۱۵۰ | بیماران | | | |
| - | ۰/۱۷۴ | ۰/۳۱۵ | سطح معناداری | | | |
| | ۲/۴۴۵ | ۱۵۰ | بیماران | راهبردهای مشابه طبیعت | | |
| | ۲/۹۲۰ | ۱۵۰ | کادر مراقبت و درمان | | | |
| ۳/۱۶۴ | | ۱۵۰ | همراهان بیماران | | | |
| ۳/۲۲۱ | | ۱۵۰ | معماران | | | |
| ۰/۴۳۳ | ۱/۰۰۰ | ۱/۰۰۰ | سطح معناداری | راهبردهای ماهیت فضا | | |

اما در خصوص بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا دیدگاه معماران و همراهانشان بیماران یکسان بوده ولی بیماران و کادر مراقبت و درمان دیدگاهی متفاوت با آنها داشته و نیز دیدگاه این دو گروه با هم متفاوت بوده لذا در خصوص بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا نیز سه گروه همگن قابل شناسایی است. تفاوت دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و عماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان در نمودار ۲ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۱۱ نشان داد که دیدگاه معماران و بیماران و همراهانشان در خصوص بکارگیری راهبردهای طبیعت یکسان بوده ولی کادر مراقبت و درمان دیدگاهی متفاوت با آنها داشته لذا در خصوص بکارگیری راهبردهای طبیعت دو گروه همگن قابل شناسایی است. همچنین دیدگاه بیماران و کادر مراقبت و درمان در خصوص بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت یکسان بوده ولی معماران و همراهان بیماران دیدگاهی متفاوت با آنها داشته و نیز دیدگاه این دو گروه با هم یکسان بوده لذا در خصوص بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا نیز دو گروه همگن قابل شناسایی است.



نمودار ۲. دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و عماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص‌های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان

بحث و نتیجه گیری

الگوهای چهارده گانه طراحی و معماری بیوفیلک در تسريع روند بهبود بیماران محیط های درمان پرداختند [۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۳ و ۲۵]، همراستا بود. در تبیین این نتیجه همانطور که در نظریه بیوفیلیا تأکید شده است پیوندی غریزی و فطری بین انسان ها و دیگر سیستم های حیات وجود دارد. ویلسون ارتیاط عمیق تری از واستگی ها را بیان می کند که به خصوصیات زیست بوم بر می گردد؛ چیزی که وی به عنوان تمایل فطری پیوستن به طبیعت توصیف می کند این است که ما با موجودات زنده پیوند خورده ایم و این تمایل از نخستین روزهای دوران کودکی آغاز می شود و در الگوهای فرهنگی و اجتماعی ما جریان پیدا می کند [۳۶]. بنابراین حضور طبیعت در فضاهای درمانی به کاهش استرس و بهبود روند درمان می انجامد. همچنین بر اساس نظریه روانشناسی عاطفی تعامل با طبیعت با بالا بردن خودآگاهی و ادراک بهتر احساسات شخصی، توانایی درک و پذیرش را در افراد بالا می برد که این مسأله بطور غیرمستقیم موجب بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن شده و روند درمان را تسريع می نماید [۶].

در ادامه چارچوب مفهومی توسعه یافته به لحاظ کمی ارزیابی شد و نتایج گویای آن بود که معیارهای نیکوبی برازش همه در حد مجاز قرار داشتند فلذ چارچوب مفهومی توسعه یافته از برازش مناسبی با داده ها برخوردار بود. همچنین نتایج این بخش نشان داد که راهبردهای مشابه طبیعت، راهبردهای طبیعت و راهبردهای ماهیت فضا به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت جسم و راهبردهای طبیعت، راهبردهای مشابه طبیعت و راهبردهای ماهیت فضا به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارند. این نتیجه با نتایج پژوهشی که نشان داد تجربه مستقیم طبیعت (۰/۰۵۲)، تجربه غیرمستقیم طبیعت (۰/۰۴۵) و ماهیت مکان و فضا (۰/۰۳۸) به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت بیماران دارد، همراستا بود [۵]. در تبیین این نتیجه همانطور که در نظریه کاهش استرس تأکید شده است میزان استرس افراد در مواجهه با طبیعت و حضور در طبیعت بصورت ناخودآگاه و خود به خودی کاهش می یابد و از آنجا که اضطراب و استرس عامل اصلی بسیاری از بیماری ها و نابهنجاری ها است و نیز بر روند پذیرش بیماری و اقدام برای درمان تأثیر می گذارد، کاهش میزان استرس در محیط هایی با طراحی و معماری بیوفیلیک تأثیر بسزایی بر سلامت و تسريع روند درمان خواهد داشت [۲۳]. همچنین نظریه روانشناسی شناختی تأکید می کند که مغز انسان بدیل پیچیدگی زیاد و کارکردهای بیشمار بیش از سایر اندام ها در

چنانکه گفته شد بیمارستان به عنوان یکی از اصلی ترین مبادی و احتیاجات در امور بهداشت و درمان جامعه به شمار می رود [۶] و با توجه به روند رو به رشد جمعیت، طراحی و ساخت بیمارستان باید به عنوان یکی از اولویت ها در طراحی و برنامه ریزی شهری قرار گیرد [۲]. با توجه به آنکه بی تردید کیفیت محیط درمان بر درمان اثرگذار است [۴]؛ روند این طراحی باید بگونه ای باشد که بتواند با گذشت زمان و با تغییر یا رشد نیازهای آتی بیماران، قابل انطباق و سازگاری باشد [۹]. چراکه محیط های معماری به عنوان بستر فعالیت های انسانی تأثیرات مثبت و منفی عمیقی بر سلامت جسم و روان و نیز بر ایمنی و کارایی وی می گذارد [۳۱]. برای آنکه فضای ایجاد شده خاصیت درمانی کارآمد و اثربخش داشته باشد، در طراحی و معماری آن توجه به نکاتی چون؛ سادگی، ایجاد حریم خصوصی، آرامش و امنیت روانی، تحریک حسی، آرامش، امنیت روانی و خوانایی، ایجاد فرصت تعاملات اجتماعی، ایجاد حریم خصوصی، ایجاد فرصت کنترل بر امور، ایجاد فرصت فعالیت فیزیکی، خوانایی، آرامش و امنیت روانی، ایجاد فرصت تجربه فعال طبیعت، راحتی و ایمنی الزامی می باشد [۳۲].

در این راستا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان های منتخب، از دیدگاه معمaran، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان اجرا شد. بنابراین تمرکز پژوهش حاضر بر ارائه راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان ها بود و در نظر داشت تا با بازبینی نقش معماری بیوفیلیک بر روند درمان بیماران، فشار روانی همراهان بیماران و عملکرد کادر مراقبت و درمان، مراکز بهداشتی و درمانی را در انجام رسالت خطیر بازیابی و ارتقاء سلامت یاری نماید.

بر این اساس نتایج تحلیلی پژوهش حاضر گویای آن بود که مرور نظام مند منتهی به استخراج ۹۳ راهبرد در خصوص طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط های درمان شد که در اختیار پنل خبرگان قرار گرفت. خروجی این مرحله توسعه چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط های درمان بود که متشکل از ۳ راهبرد کلی، ۱۸ راهبرد فرعی و ۷۵ راهبرد اصلی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش هایی که به بررسی نقش

ظرفیت‌های مثبت روانشناختی کادر مراقبت و درمان [۱۰، ۱۱ و ۱۲] تأیید می‌کنند، همراستا است. در تبیین این نتیجه همانطورکه در نظریه انسجام اجتماعی تأکید شده است، انسجام اجتماعی افرادی که در تعامل با طبیعت هستند، افزایش می‌یابد [۳۵]. همچنین انسجام اجتماعی منجر به آن می‌شود که افرادی که به شکل گروهی کار می‌کنند به یکدیگر اعتماد کرده و حس تعلق به مکان در ایشان افزایش یابد [۱۵]. از طرف دیگر چنانکه در تئوری بازیابی تمرکز تأکید شده، توانایی ارتباط با طبیعت بصورت ناهاشیار از طریق ارتقاء عملکرد شناختی بر تجدید و بازیابی تمرکز تأثیر گذاشته و توانایی ذهنی، بهره وری و عملکرد افراد را بهبود می‌بخشد [۲۳].

با توجه به اینکه مفهوم بیوفیلیک موضوع جدیدی به ویژه در ایران می‌باشد و نیز نظر به اینکه تأیید وجود رابطه دو سویه بین بیماری‌های روحی، جسمی و ناهنجاری‌های اجتماعی و فرهنگی با فشارها و معضلات زیست محیطی موجود در معماری و شهرسازی‌های اخیر [۸]، پژوهش حاضر می‌تواند گام مثبتی جهت طراحی بهینه مراکز درمانی در جهت تسريع روند درمان بیماران و کاهش فشار روانی همراهان بیماران و بهبود عملکرد کادر مراقبت و درمان باشد لذا معاونت برنامه ریزی وزارت مسکن و شهرسازی، معاونت درمان در وزارت بهداشت و اساتید و دانشجویان رشته معماری، کلیه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و بیماران و همراهانشان از نتایج این پژوهش بهره مند خواهند شد.

محدودیت‌های مطالعه

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره نمود که در آن روابط علت و معلولی بین متغیرها نمی‌توانند بصورت تجربی مورد تأیید قرار گیرند. همچنین ابزارهای سنجش متغیرها پرسشنامه‌های خوداظهاری بود که به نظر می‌رسد با محدودیت‌هایی مواجه است بوده و تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، عدم آگاهی، خلق و خوی آزمودنی و زمان کافی برای پاسخ‌دهی قرار گیرد. دیگر محدودیت مطالعه حاضر معطوف به مشغله بالا و زمان محدود خبرگان دانشگاهی و فعالان حوزه طراحی و معماری بود که منجر به عدم دسترسی به ایشان و نبود زمان و مکان مناسب برای انجام مصاحبه‌ها و نیز مشغله بالا و زمان محدود کادر مراقبت و درمان برای تخصیص وقت خود به منظور پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود.

نهایتاً توجه شود که پژوهش حاضر در بین بیماران، بیماران و کادر مراقبت و درمان بیمارستان‌های شهر تهران که اقلیم

اشر دوری از طبیعت دچار آسیب شده که این مسأله خستگی ذهنی را در پی دارد و نتیجتاً اختلالاتی در عملکرد شناختی، حافظه، تفکر، توجه و تمرکز و چالاکی ذهن فرد پدید می‌آید که استفاده از الگوهای طراحی و معماری بیوفیلیک در مراکز درمانی مانع از بروز چنین مسائلی می‌شود [۱۱]. در ادامه دیدگاه معماران، بیماران و همراهانشان و کادر مراقبت و درمان در خصوص تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک مقایسه شد که نتایج حاصل از آن مبین آن بود که دیدگاه معماران و بیماران و همراهانشان پیرامون بکارگیری راهبردهای طبیعت یکسان بوده ولی کادر مراقبت و درمان دیدگاهی متفاوت با آن ها داشته است. همچنین دیدگاه بیماران و کادر مراقبت و درمان پیرامون بکارگیری راهبردهای مشابه طبیعت یکسان بوده ولی معماران و همراهان بیماران دیدگاهی متفاوت با آن ها داشته است. اما پیرامون بکارگیری راهبردهای ماهیت فضا دیدگاه معماران و همراهان بیماران یکسان بوده ولی بیماران و کادر مراقبت و درمان دیدگاهی متفاوت با آن ها داشته و نیز دیدگاه این دو گروه با هم متفاوت بود. این نتیجه با نتایج مطالعه دیگری که به طرح تئوری و الگوهای عملی معماری بیوفیلیک در محیط ساخته شده اختصاص داشت و مفهوم وجود طبیعت را با الگوهای ارتباط مجازی با طبیعت که شامل مؤلفه‌های بعد تجربه غیرمستقیم طبیعت بود، مرتبط دانست، همراستا بود. در تبیین این نتیجه همانطورکه در نظریه طراحی حمایتی اولریش تأکید شده است، ارائه حواس پرتی مثبت یک فاکتور مؤثر در طراحی و معماری محیط‌های حمایتی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. چراکه حواس پرتی مثبت به بیماران کمک می‌کند تا با درد و سایر تجربیات ناخوشایند کnar آمده و آرامش خود را از طریق تصاویر دلپذیر بازیابند [۳۴]. همچنین این نتیجه با نتایج پژوهشی که نشان داد به اعتقاد معماران، بیماران و کادر درمان، تجربه مستقیم طبیعت (۶۸٪)، تجربه غیرمستقیم طبیعت (۲۸٪) و ماهیت مکان و فضا (۱۹٪) به ترتیب بالاترین اثربخشی را در سلامت بیماران دارد، همراستا بود [۵].

از دیگر نتایج پژوهش حاضر آن بود که بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک منجر به کاهش فشار روانی همراهان بیمار نیز در مراکز بهداشتی و درمانی و کاهش آسیب‌های فیزیکی و روانی کادر مراقبت و درمان شده و عملکرد آن‌ها را بهبود می‌بخشد. این نتیجه با نتایج مطالعه دیگری که تأثیر حضور طبیعت را بر کاهش ترس، اضطراب و استرس همراهان بیماران [۹] و بهبود خلق و خو و افزایش تاب آوری، انعطاف‌پذیری و سایر

طراحی، حضور کم بیمار در فضا، تنوع فضایی و استرس بالا می باشد بنابراین نیازمند افزایش تمرکز، بهره وری، افزایش آرامش و خودآگاهی و کاهش استرس و اضطراب است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، فرم ها و الگوهای بیوفورمیک، ویژگیهای فراكتال، مصالح طبیعی، و چشم انداز در این بخش پیشنهاد می شود.

- بخش اورژانس بیمارستان دارای ویژگی هایی چون؛ اهمیت بالای مسائل بهداشتی و برخی محدودیت ها به دلیل استانداردهای خاص طراحی و استرس محیطی بالا می باشد بنابراین نیازمند سرعت عمل، کنترل هیجانات، افزایش بهره وری و خلاقیت، هماهنگی، بالا بردن توانایی حل مسئله، افزایش حس و حال مثبت و تأثیر بر شاخصه های سلامت و کاهش استرس و اضطراب است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، مصالح طبیعی، مصالح بومی و چشم انداز در این بخش پیشنهاد می شود.

- بخش درمانگاه بیمارستان دارای ویژگیهایی چون؛ برخی محدودیت های طراحی، ازدحام زیاد، تنوع فضایی، استرس زیاد، حضور متوسط بیمار می باشد بنابراین نیازمند افزایش تمرکز، بهره وری و انجام وظیفه، تأثیر بر شاخصه های سلامت و کاهش اضطراب و استر است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، فرم ها و الگوهای بیوفورمیک، ویژگیهای فراكتال، مصالح طبیعی، مصالح بومی، پناهگاه و چشم انداز در این بخش پیشنهاد می شود.

- فضای انتظار همراهان بیمار دارای ویژگیهایی چون؛ ازدحام زیاد، استرس بسیار زیاد افراد حاضر و احتمال بروز خشونت می باشد بنابراین نیازمند کاهش استرس و اضطراب، افزایش تعاملات اجتماعی، افزایش رضایتمندی، بهبود معنویات، کاهش غم و اندوه و افزایش همدى است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، ارتباط غیربصری با طبیعت، ارتباط با سیستم های طبیعی، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، حضور/مجاوارت آب، محرک حسی منظم بدون ریتم، پیچیدگی و نظم، فرم ها و الگوهای بیوفورمیک، مصالح طبیعی، مصالح بومی، پناهگاه و چشم انداز در این بخش پیشنهاد می شود.

نیمه بیانی دارد، صورت گرفته است و تعمیم نتایج حاصل از آن خصوصا در مورد چارچوب مفهومی راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک در محیط های درمان به سایر شهرها و استان ها که اقلیم های متفاوتی دارند، باید با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهادهای مطالعه

نظر به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، جهت ارتقاء شاخص های سلامت جسم و روان بیماران بستری در بیمارستان ها و کاهش طول مدت زمان درمان، توجه و عمل به مجموعه پیشنهادهای ذیل توصیه می شود:

- بخش بستری بیمارستان دارای ویژگیهایی چون؛ بیشترین نیاز را به تأثیر بر شاخص های سلامت جسم و روان بیمار، بیشترین نیاز به تأثیر بر شاخص های سلامت و شفابخشی محیط، بیشترین حضور بیمار در فضا و استرس محیطی متوسط می باشد بنابراین نیازمند کاهش مدت زمان ببهبدی، کنترل هورمون ها، کاهش اضطراب و استرس، افزایش احساس مثبت، سرزندگی، آرامش، رضایتمندی، عزت نفس و بهبود معنویات است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، ارتباط غیربصری با طبیعت، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، تغییرپذیری و تنوع حرارتی، جریان هوا و تهویه، محرک حسی منظم بدون ریتم، مصالح طبیعی، مصالح بومی، پناهگاه و چشم انداز در این بخش پیشنهاد می شود.

- بخش جراحی بیمارستان دارای ویژگیهایی چون؛ اهمیت بالای مسائل بهداشتی و محدودیت طراحی به دلیل روابط استانداردهای خاص می باشد بنابراین نیازمند افزایش تمرکز، بهره وری و خلاقیت، بالا بردن توانایی حل مسئله و کاهش استرس و اضطراب است لذا بکارگیری راهبردهای تنوع رنگ و بافت، جریان هوا و تهویه و مصالح طبیعی در این بخش پیشنهاد می شود.

- بخش مراقبت های ویژه بیمارستان دارای ویژگیهایی چون؛ برخی استانداردهای خاص طراحی، حضور بیمار در فضا متناسب با شرایط بیمار و استرس محیطی متوسط می باشد بنابراین نیازمند کنترل هیجانات، افزایش تمرکز، هماهنگی، سرعت عمل و همدى است لذا بکارگیری راهبردهای ارتباط بصری با طبیعت، تغییرات نوری، تنوع رنگ و بافت، جریان هوا و تهویه، فرم ها و الگوهای بیوفورمیک و ویژگیهای فراكتال در این بخش پیشنهاد می شود.

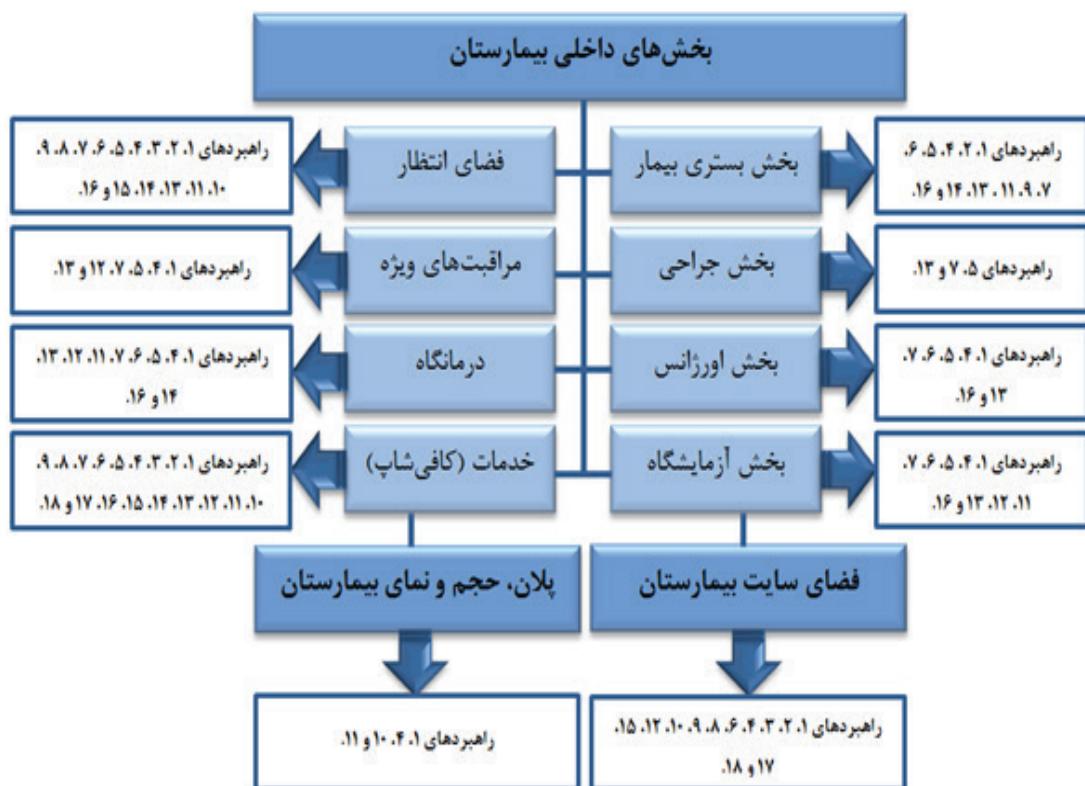
- بخش آزمایشگاه بیمارستان دارای ویژگیهایی چون؛ برخی محدودیت های طراحی به دلیل استانداردها و ضوابط

الهه مهدی و همکاران

غیرصری با طبیعت، محرك های حسی منظم و بدون ریتم، تعییرات نوری، تعییرپذیری و تنوع حرارتی، فرم ها و الگوهای بیوفورمیک، ارتباط با سیستم های طبیعی، نظم و پیچیدگی، پناهگاه، ویژگیهای فرآنتال، رمز و راز و خطوط پذیری و در سازمان دهی پلان، حجم و نمای بیرونی بیمارستان بکارگیری راهبردهای نظری؛ ارتباط بصری با طبیعت، تعییرات نوری، نظم و پیچیدگی و فرم ها و الگوهای بیوفورمیک بررسی های انجام شده، مدل پیشنهادی طراحی بیمارستان بیوفیلیک در شکل ۴ ارائه شده است.

- بخش خدماتی بیمارستان (کافی شاپ و رستوران، نمازخانه، فضای بازی کودکان و ...) دارای پتانسیل بیشتری برای اعمال راهبردهای طراحی بیوفیلیک می باشد. این فضا باید سبب ترمیم فرسودگی فکری و ذهنی، افزایش احساس لذت، کاهش خشم و خودخوری، افزایش پیوستگی اجتماعی، افزایش معنویات، کاهش استرس و اضطراب و رفع خستگی و تمدد قوا شود لذا بکارگیری کلیه راهبردهای مطرح شده در این بخش پیشنهاد می شود.

- همچنین در طراحی فضای سایت بیمارستان بکارگیری راهبردهایی نظری؛ ارتباط بصری با طبیعت، ارتباط



شکل ۴. مدل پیشنهادی طراحی بیمارستان بیوفیلیک

سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیران و مسئولان بیمارستان های منتخب که با پژوهشگران همکاری نموده و بیماران و کادر مراقبت و درمان این بیمارستان ها و نیز خبرگان دانشگاهی و فعالان اجرایی حوزه طراحی و معماری که در این مطالعه حضور داشتند و پژوهشگران را در پیشبرد اهدافشان یاری نمودند و نیز مساعدت همدلانه سرکار خانم دکتر سیده مریم موسوی، کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

در کنار پیشنهادهای کاربردی به منظور افزایش قابلیت تعییم دهی و نیز به منظور ایجاد اطمینان در مدیران و مسئولان معاونت درمان در وزارت بهداشت، جهت بکارگیری نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود سایر پژوهشگران تأثیر بکارگیری راهبردهای طراحی و معماری بیوفیلیک بر ارتقاء شاخص های سلامت جسم و روان بیماران را در جوامعی گسترد تر و با تعداد نمونه بیشتر و به روش ارزیابی عملکرد توسط ناظر بیرونی نیز بررسی نموده و نتایج حاصل از آن را در اختیار مدیران و مسئولان معاونت درمان در وزارت بهداشت قرار دهند.

References

1. Radha, CH. (2022). Biophilic Design Approach for Improving Human Health in the Built Environment. International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies. 13(9): 1-12.
2. Abo Sabaa, SG., Abdel Azem, M., Al-Shanwany, H. & El-Ibrashy, M. (2022). A Study of Biophilic design and how it relates to the children's hospitals design. IOP Conf. Series: Earth and Environmental Science. 992: 012003.
3. Totaforti, S. (2018). Applying the benefits of biophilic theory to hospital design. City Territ Archit. 5(1): 1-9.
4. Parsi, H., & Pourhadigavabari, M. (2021). Explaining and Formulating Effective Components in Architectural Design of the Therapeutic Environments. Armanshahr Architecture & Urban Development. 14(35): 41-56. [Persian]
5. Moosavi, SM., Mirzaei, R., heydari, A. & asaadi, SN. (2021). Measuring the Effectiveness of Biophilic Architecture Components on Promoting Patients' Health Characteristics in the Treatment Environment (Case Study: in Mashhad). Journal of healthcare management, 12(2): 45-55. [Persian]
6. Nouhi Bezanjani, M. & Ghassemi, M. (2021). Design principles of biophilic architecture in a specialized cardiology hospital from the perspective of patients' health quality. Studies of urban design and urban research. 5(1): 27-40. [Persian]
7. Saberi, M. & Jadiri Abbasi, M. (2016). The concepts of environmental psychology and its effects in hospital design. National conference of applied research in civil engineering, architecture and urban planning [Persian]
8. Farshchi, HR. & Ganjian Moghadam, Z. (2021). Explanation of effective physical characteristics in the design of therapeutic-educational spaces for cancer children with biophilic architectural approach. Journal of Architecture. 4(20): 80-90. [Persian]
9. Olaie, M. (2016). The effect of environmental psychology on hospital spatial design. National Conference on Contemporary Challenges in Architecture, Landscape and Urbanism. [Persian]
10. Gaekwad, J.S., Sal Moslehian, A., Roös, P.B. & Walker, A. (2022). A Meta-Analysis of Emotional Evidence for the Biophilia Hypothesis and Implications for Biophilic Design. Front. Psychol. 13:75024.
11. Zhong, W., Schroder, T. & Bekkering, J. (2022). Biophilic design in architecture and its contributions to health, well-being, and sustainability: A critical review. Frontiers of Architectural Research. 11: 114-141.
12. Aristizabal, S., Byun, K., Porter, P., Clements, N., Campanella, C., Li, L. & Bauer, B. (2021). Biophilic office design: Exploring the impact of a multisensory approach on human well-being. Journal of Environmental Psychology. 77: 101682.
13. Bitaraf, E., Habib, F. & Zabihi, H. (2018). Native ecological and ecological architecture principles in the design of residential complexes in Iran to improve their quality. Urban management. 17(52): 205-218. [Persian]
14. Bolten, B. & Barbiero, G. Biophilic Design: How to enhance physical and psychological health and wellbeing in our built environments. Visions for Sustainability. 13: 11-16, 2020.
15. Zare, GH., Faizi, M., Baharvand, M. & Masnavi, MR. (2021). Determination of biophilic design strategies that affecting the patients' health in hospitals. Journal of Iranian Architecture and Urbanism. 12(1): 59-78. [Persian]
16. Ebrahimpour, M. (2020). Biophilic Planning: A New Approach in Achieving Viability in New Towns of Iran (A Case Study of Hashtgerd New Town). Environmental based territorial planning (Amayesh). 13(50): 30-59. [Persian]
17. Asim, F., Rai, Sh. & Shree, V. (2019). Biophilic Architecture for Restoration and Therapy within the Built Environment: A Review. Visions for Sustainability, 15: 39-67.
18. Kellert, SR. (2012). Birthright: people and nature in the modern world. Yale University Press. United States of America.
19. Kellert, SR. (2005). Building for Life: Designing and Understanding the Human-Nature Connection. Island Press. United States of America.
20. Kellert, SR. & Heerwagen, JH. (2008). Biophilic Design: The Theory, Science, and Practice of Bringing Building to Life. John Wiley & Sons. Inc. Hoboken. New Jersey.
21. Kellert, SR. (2018). Nature by Design: The Practice of Biophilic Design. Yale University

- Press. New Haven & London.
22. Kellert, SR. & Calabrese, EF. (2015). The practice of Biophilic Design. www.biophilicdesign.com.
 23. Ghobadi, P., Maleki, A., Keynejad, MA., Movahedi, Y. & Shahbazi, Y. (2023). Analysis of the Effect of Biophilic Urban Space on the Level of Stress. Urban Design Discourse- a Review of Contemporary Litreatures and Theories. 3(4): 1 – 17. [Persian]
 24. Nitu, MA., Gocer, O., Wijesooriya, NVD. & Candido, C. (2022). A Biophilic Design Approach for Improved Energy Performance in Retrofitting Residential Projects. Sustainability. 14(7): 3776.
 25. Cacique, M. & Ou, SH-J. (2022). Biophilic Design as a Strategy for Accomplishing the Idea of Healthy, Sustainable, and Resilient Environments. Sustainability. 14: 5605.
 26. Tarek Abdelraouf Esmael, N., Sadek Hosny, S., Mostafa Kamal Sabry, H. & Morad Abdelmohsen, S. (2020). A Biophilic Approach for Optimizing Daylighting Performance and Views-Out in Intensive Care Units Using Combined Light Shelf. Engineering Research Journal. 16: 57-77.
 27. Lei, Q., Lau, SSY., Yuan, C. and Qi, Y. (2022). Post-Occupancy Evaluation of the Biophilic Design in the Workplace for Health and Wellbeing. Buildings. 12(4): 417, 2022.
 28. Ware, JE. & Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 30: 473-483.
 29. Montazeri, A., Goshtasebi, A. & Vahdaninia, M. & Gandek, B. (2005). The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 14: 875-882. [Persian]
 30. King, N. and Horrocks, C. (2010) Interviews in qualitative research. Sage, London.
 31. Taylor, RP. (2021). The potential of biophilic fractal designs to promote health and performance: A review of experiments and applications. Sustainability. 13(2): 823.
 32. Durrani, S. & Kim, SK. (2021). Primary Study on the Application of Biophilic Design Elements in Workplace Environment: Focusing on Stress Reduction Theory and Well Building Certification. Korean Institute of Interior Design. 23(1): 335-338.
 33. Africa, J., Heerwagen, J., Loftness, V. & Ryan Balagtas, C. (2019). Biophilic design and climate change: performance parameters for health. Frontiers in Built Environment. 5: 28.
 34. Downton, P., Jones, D., Zeunert, J. & Roös, PH. (2017). Biophilic Design Applications: Putting Theory and Patterns into Built Environment Practice, DesTech Conference Proceedings, the international conference on design and technology. 596-606.
 35. Seymour, V. (2016). The Human-Nature relationship and its impact on health: a critical review. Forntiers in Public Health. 4: 1-12.
 36. Huntsman, D.D., Bulaj, G. (2022). Healthy Dwelling: Design of Biophilic Interior Environments Fostering Self-Care Practices for People Living with Migraines, Chronic Pain, and Depression. Int. J. Environ. Res. Public Health. 19: 2248.