

مقاله پژوهشی

# بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی فضاهای مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین (مطالعه موردی: مجتمع‌های مسکونی گلستان و زنبق در شیراز)

ملیحه تقی‌پور<sup>۱</sup>، سعید عظمتی<sup>۲\*</sup>، الهه مهاجر<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

Taghipour@iaushiraz.ac.ir

۲. استادیار گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

S.Azemi@iauet.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری، گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

E.Mohajer@iaushiraz.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۱/۱/۲۸]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۰/۱۲/۲۰]

## چکیده

در عصر حاضر در جوامع شهری و صنعتی، تأثیرات منفی محیط بر افراد و شیوع اختلالات روانی ضرورت توجه به سلامت در محیط را بیش از پیش آشکار می‌سازد. با توجه به این موضوع، فضاهای شفاف‌بخش را می‌توان نیاز زندگی پرتنش امروز دانست. فضای مسکونی در بین فضاهایی که انسان در طول روز با آن سروکار دارد بیشترین سهم را دارا می‌باشد و به بیشترین میزان بر فرد تأثیرگذار است، بنابراین به‌گونه‌ای طراحی شود که متضمن سلامت عمومی ساکنین باشد. هدف پژوهش حاضر ارائه مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی می‌باشد. این پژوهش به روش ترکیبی (کمی - کیفی) انجام شده است، در مرحله نخست پس از معرفی مفاهیم اولیه، شاخصه‌های شفاف‌بخش معماری از پیشینه‌ی پژوهش استخراج شده که مبنایی برای پرسشنامه‌ی محقق ساخت خواهد بود. جمع‌آوری داده‌ها با ارائه پرسشنامه‌ی محقق ساخت و پرسشنامه‌ی استاندارد سلامت عمومی (GHQ) و سلامت اجتماعی کیز (KSWBQ) به ساکنین مجتمع‌های مسکونی زنبق و گلستان در شیراز صورت پذیرفته است و داده‌های بدست آمده به‌وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS-23 و با استفاده از تحلیل عاملی، آزمون همبستگی پیرسون و آزمون فریدمن مورد تحلیل قرار گرفته و در نهایت مؤلفه‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند. با توجه به نتایج حاصله مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین شامل: فضاها و فعالیت‌های متنوع، ایمنی و امنیت محیط، خلوت و محرمت، آسایش محیطی، لذت‌بخشی و جذابیت محیط و تعاملات اجتماعی می‌باشد. از بین این مؤلفه‌ها بالاترین میانگین رتبه به مؤلفه‌ی تعاملات اجتماعی و پایین‌ترین رتبه نیز به مؤلفه‌ی فضاها و فعالیت‌های متنوع اختصاص دارد.

واژگان کلیدی: معماری شفاف‌بخش، مجتمع‌های مسکونی، سلامت عمومی.

**۱- مقدمه**

مسکن یکی از قوی‌ترین مفاهیم فیزیکی، روانی، عاطفی و معنوی در زندگی انسان است و فضایی که فرد نیاز دارد به آن تعلق داشته‌باشد را فراهم می‌کند. این فضا منعکس‌کننده‌ی حس زیبایی‌شناسی، طبیعت، فرهنگ و هویت ساکنین است (Marshall, 2008). مسکن بعد از خوراک و پوشاک از اساسی‌ترین نیازهای زیستی انسان است که برای حفظ و بقای فرد و جامعه از اهمیت فراوانی برخوردار می‌باشد (ملکی، ۱۳۹۰).

مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، سلامتی یک حالت آسایش و رفاه فیزیکی، روحی و اجتماعی است و نه صرفاً نبود بیماری یا ناخوشی. شفا رهایی از علائم فیزیکی، بیماری و ضربه روحی است و عاملی برای کاهش فشار عصبی و افزایش میزان راحتی افراد قلمداد می‌شود (Marcus & Barnes, 1995؛ نیلی، نیلی و سلطان‌زاده، ۱۳۹۱). در طراحی فضای شفابخش هدف اصلی این است که فشار روانی زندگی روزمره کاهش یابد و منجر به تخلیه‌ی فشارهای ناشی از زندگی ماشینی شود و به جای تأکید بر درمان افراد؛ مزایای آن بیشتر متوجه کاهش تنش و قابلیت فضا به منظور تسکین دادن، آرامش، بازیابی نیرو یا بازگشت سلامت روحی و احساسی فرد است (نیکبخت، ۱۳۸۳).

امروزه تأثیر محیط‌های مضر در بوجود آمدن عوامل بیماری که شامل بیماری‌های قلبی، سرطان، بیماری‌های مغزی، عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی و جراحات که به علت طراحی نامناسب المان‌های محیطی می‌باشد رو به افزایش است (Lavin, Higgins, Metcalfe & Jordan, 2006). برخی از ساختمان‌ها برای کسانی که در آن حضور دارند مشکلات جسمی و روانی را پدید می‌آورند که با عنوان «سندرم ساختمانی» شناخته می‌شوند. در جوامع شهری و صنعتی تأثیر سوء محیط بر روان انسان و میزان شیوع اختلالات روانی چون اضطراب و افسردگی، لزوم توجه به محیط پیرامون جهت حفظ سلامت روانی را به ما گوشزد می‌کند (امامقلی، ۱۳۹۳) در میان فضاهایی که انسان در طول روز با آن سرو کار دارد، فضای مسکونی بیشترین سهم را دارد و به بیشترین میزان بر فرد تأثیرگذار است، بنابراین بهتر است طراحی آن به گونه‌ای صورت پذیرد که متضمن سلامت ساکنین باشد. لذا پرداختن به موضوع سلامت عمومی در فضاهای معماری به خصوص در فضاهای مسکونی به دلیل تأثیر گسترده‌ای که بر افراد دارند، امری پر اهمیت و ضروری است. فضاهای شفابخش نیاز زندگی پرتنش امروز هستند و در جامعه‌ی پزشکی امروز که تأکید بیشتر بر پیشگیری است تا درمان، وجود چنین ساختارهایی بسیار مفید هستند.

باتوجه به اهمیت و ضرورت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف ارائه‌ی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین نگارش شده است. امید است با شناسایی و بهره‌گیری از این مؤلفه‌ها در طراحی مجتمع‌های مسکونی بتوان گامی در راستای بهبود سلامت و بهزیستی افراد جامعه برداشت.

مبتنی بر بیان مسئله‌ی ذکر شده سؤالی که در پژوهش حاضر مطرح می‌شود به صورت زیر می‌باشد:

– چه مؤلفه‌هایی در طراحی مجتمع‌های مسکونی می‌توانند بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین تأثیرگذار باشند؟

**۲- مرور مبانی نظری و پیشینه‌ی پژوهش****۲-۱- پیشینه‌ی پژوهش**

موضوع معماری شفابخش از موضوعات پر اهمیتی است که همواره مورد توجه قرار داشته و پژوهش‌های مختلفی نیز در حوزه‌ی شفابخشی و نقش محیط در آن صورت پذیرفته است. توجه پیشینیان به موضوع محیط سالم از نوشته‌های باستانی پیداست، چنانچه به قرن پنجم قبل از میلاد بازگردیم به بقراط برمی‌خوریم که مرداب را به عنوان محیطی نا سالم و نا امن و دامنه کوه را جایی خوش آب

1 WHO (World Health Organization)

و هوا، آفتابی و امن خوانده است (امامقلی، ۱۳۹۳). ویتروویوس نیز در سده یکم قبل از میلاد در اولین بخش از کتاب خود<sup>۱</sup> تحت عنوان پرورش معمار، شناخت اقلیم‌ها، آب و هوای مختلف و مکان‌های سالم و ناسالم را برای هر معمار ضروری دانسته و بدون این دانش‌ها، سلامت یک سکونتگاه را قابل تأمین نمی‌داندست (Vitruvius, 1914) پیشنهادی فضاهای شفابخش را می‌توان در طول قرون وسطی در اروپا جستجو کرد که در صومعه‌ها باغ‌های پر جزئیاتی ایجاد می‌کردند تا حواس پرتی لذت‌بخش و تسکین دهنده‌ای را برای بیماران ایجاد کنند (Gierlach-Spriggs, Kaufman & Warner, 1998). در دهه‌های اخیر نیز پژوهشگران، در پژوهش‌های متعددی موضوع تأثیر محیط بر سلامت و شفابخشی توسط محیط را در فضاهای مختلف همچون باغ‌های شفابخش، بیمارستان‌ها، اقامتگاه‌های سالمندی، فضاهای همسایگی مورد مطالعه قرار داده‌اند که برخی از پژوهش‌ها در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: پیشینه‌ی پژوهش با ارائه‌ی نتایج حاصله

Wilson (1972) Intensive care delirium, the effect of outside deprivation in a windowless unit
نتایج این پژوهش نشان داده است که وجود پنجره رو به بیرون در اتاق بستری بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه در بهبود حال بیماران تأثیرگذار می‌باشد.
Hartig (1991) Testing restorative environments theory.
در این پژوهش به بررسی بازیابی افراد غیربیماری که استرس داشتند پرداخته شد و یافته‌ها نشان داد که اگر افراد به جای یک محیط ساخته شده بدون طبیعت، به یک محیط طبیعی با پوشش گیاهی نگاه کنند، بهبودی به‌طور محسوسی بیشتر می‌شود.
Ulrich, et al., (1991) Stress recovery during exposure to natural and urban environments
در این پژوهش مطالعه روی گروه‌های غیر بیمار (مانند دانشجویان) و همچنین بیماران نشان داده که صرفاً نگاه کردن به چشم-انداز طبیعی مانند گیاهان، گل‌ها یا آب، در مقایسه با محیط ساخته شده‌ی فاقد طبیعت (اتاق‌ها، ساختمان‌ها، شهرها) به میزان قابل توجهی در بهبود یا رهایی از استرس مؤثر است.
Marcus & Barnes (1995) Gardens in Healthcare Facilities: Uses Therapeutic Benefits, and Design Recommendations
یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که رهایی از استرس، از جمله: بهبود خلق و خو، تا حد زیادی از مهمترین مزایایی است که تقریباً همه کاربران باغ-بیمارستان از جمله بیماران، خانواده و کارمندان، به‌دست می‌آورند.
Van den Berg, Koole & Van der Wulp (2003) Environmental preference and restoration: (How) are they related?
نتایج پژوهش حاکی از آن است که حضور در پارک و جنگل سبب کاهش استرس، خشم، افسردگی و تنش، افزایش تمرکز و حس شادی در افراد می‌شود.
Verhaeghe, Coenen & Van de Putte (2016) Is living in a high-rise building bad for your self-rated health?
این پژوهش به بررسی تأثیر ارتفاع ساختمان بر سلامت افراد پرداخته و این نتیجه حاصل شده است که سطح سلامتی ساکنان ساختمان‌های بلند نسبت به ساکنان ساختمان‌های کوتاه به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین است.
عظمتی و ضرغامی (۱۳۹۱) رابطه بین سلامت ساکنان و کیفیت فضای همسایگی
در این پژوهش با بررسی نمونه‌های موردی این نتیجه حاصل شد که نوع معماری محوطه، ارتباط بین فضاهای مسکونی و فضای باز، فضای سبز و تعاملات اجتماعی می‌تواند بر سلامت ساکنان و شفابخشی محیط تأثیرگذار باشد.
زجاجی، نیکبخت و کافی (۱۳۹۵) اصول طراحی محوطه‌های درمانی با تأکید بر مؤلفه‌های باغ شفابخش
در این پژوهش اصول طراحی محوطه‌های درمانی با تأکید ویژه بر آرامش بخشی از طریق تحریک حواس پنجگانه کاربران، سادگی، لذت بصری، افزایش تعامل اجتماعی و توانبخشی بیماران تدوین گردید.

طاهری و طاهری (۱۳۹۸) ارزیابی عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان در مجموعه‌های مسکونی

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که از میان عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان، محیط کالبدی دارای بیشترین تأثیر منفی بر سلامت ساکنان است؛ لذا لازم است با اصلاح کیفیت فیزیکی محیط مسکونی، سطح رضایت افراد از محل زندگی را بالا برده تا زمینه بهبود کیفیت روابط اجتماعی ساکنان فراهم شود.

عبداله‌زاده فرد و شمس‌الدینی (۱۳۹۹) نقش کیفیت محیطی محله در سلامت روحی و روانی ساکنان

نتایج پژوهش نشان داد که انسجام اجتماعی و اعتماد در محله می‌تواند تأثیر بیشتری بر ارتقای سلامت روحی و روانی داشته باشد و برای ارتقاء وضعیت کیفیت کالبدی، اجتماعی فرهنگی، معناگرایی و خوانایی، انعطاف و رویدادپذیری، اجتماع پذیری، سرزندگی و تنوع و ... پیشنهاداتی ارائه شده است.

در پژوهش‌های ذکر شده، شفاف‌بخشی و سلامت روان در فضاهای مختلفی همچون باغ، فضاهای درمانی، اقامتگاه‌ها، فضاهای همسایگی مسکن و مجموعه‌های مسکونی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته بود، اما پژوهش حاضر بر آن است تا با توجه به اهمیت مسکن و تأثیرات بسیار آن بر افراد، بحث سلامت را در مسکن و به‌طور خاص مجتمع‌های مسکونی مورد مطالعه قرار دهد و به بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی فضاهای مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت در سه سطح جسمانی، روانی و اجتماعی بپردازد. با توجه به پیشینه پژوهش و مطالعه منابع فارسی و انگلیسی، شاخصه‌های مؤثر بر سلامت در محیط استخراج شده و در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲: شاخصه‌های مؤثر بر سلامت در محیط، مستخرج از پژوهش‌های پیشین

عوامل	شاخصه‌ی مؤثر بر سلامت	نام محقق / محققان
اجتماعی	پشتیبانی اجتماعی	Grahn & Stigsdotter 2010, Marcus & Barnes 1995
	فضاهای جمعی	Marcus & Barnes 1999
	تعاملات اجتماعی	Brown, Worden, Frohne & Sullivan 2011 راپاپورت ۱۳۸۴، عظمتی و ضرغامی ۱۳۹۱
	امنیت اجتماعی	Carp, Zawadski & Shokrkon 1976
فعالیتی	امکان تحرک فیزیکی	Marcus & Barnes 1999
	فعالیت‌های شاد و معنی‌دار	Bengtsson & Grahn 2014
	مشارکت در محیط	Caniano 2006
روانی و ادراکی	کنترل و تسلط کاربر به محیط	Malkin 2003, Ulrich 1999, Marcus & Barnes 1999 نیکبخت ۱۳۸۳
	در نظر گرفتن کاربر در طراحی	وبردمیستر ۱۳۸۸، راپاپورت ۱۳۸۴ Eroglu & Harrell 1986
	رضایت‌مندی از فضای معماری	بتلی، الکک، مورین، مک‌کلین و اسمیت ۱۳۸۹
	آشنایی کاربر با محیط	Marcus & Barnes 1999
	توجه به تاریخ و فرهنگ	Bengtsson & Grahn 2014,
	تراکم مناسب افراد	راپاپورت ۱۳۸۴ Topf 1984, Nesmith 1995, Beatrice, Thamos & Biles, 1998, Williams 1988, Baker 1984
	قابل درک بودن محیط	Nakamura & Fujii 1992
	به حداقل رساندن ابهام	Kaplan 1989, Bengtsson & Grahn 2014, Caniano 2006, Marcus 2007
	خوانایی	Caniano 2006

Malkin 2003, Wilson 2006, Marcus & Barnes 1999	حفظ حریم خصوصی
Marcus 2007, Bengtsson & Grahn 2014, Caniano 2006, Kaplan 1989	رمز و راز و پیچیدگی
Kaplan 1989	پیوستگی و انسجام فضایی
Bengtsson & Grahn 2014, Marcus 2007	تنوع فضایی
Caniano 2006	انعطاف‌پذیری و تعادل
Scanlon 2007, Beauchemi & Hays 1996, Phiri 2003, Van den Berg 2005, Oberlin 2008, Topf 1984, Nesmith 1995, Beatrice & et al., 1998, Williams 1988, Baker 1984	میزان مناسب نور طبیعی
Van den Berg 2005, Akalin-Baskaya & Yildirim 2007, Topf 1984, Beatrice, et al., 1998, Williams 1988, Baker 1984 Nesmith 1995	آسایش فیزیکی
Ulrich, Zimring, Zhu, DuBose, Seo, Choi & et al. 2008	نظافت و پاکیزگی
Scanlon 2007, Fairhall, Bache, Dodd & Young 2009, Campbell 1996, Kawakami, Winkleby, Skog, Szulkin & Sundquist 2011, Miller, Tsemberis, Malia & Grega 1980	ایمنی در محیط
Frumkin 2001, Marcus & Barnes 1999, Caniano 2006, Bengtsson & Grahn 2014, Van den Berg 2005, Sherman, Varni, Ulrich & Malcarne 2005, Gesler 2003, Wilson 2006, Ulrich 1999, Baum, Singer & Valins 1978	بهره‌گیری از طبیعت
گروتز ۱۳۷۵	تنوع مواد و مصالح و بافت
Kellett, Macnaughton & Coleman 2004, Eisen 2007, Scanlon 2007	استفاده از هنر و آثار هنری
Hill & Think 2008, Kellett, Macnaughton & Coleman 2004, Oberlin 2008, Eisen 2007, Scanlon 2007	استفاده از رنگ
Bonaiuto, Bonnes & Fornara 2002, Malkin 2003, Scanlon 2007	کیفیت و آرایش مبلمان
Kaplan 1989, Marcus 2007, Bengtsson & Grahn 2014, Caniano 2006	سهولت دسترسی

محیطی و کالبدی

## ۲-۲- مفهوم شفابخشی

در لغت‌نامه‌ی دهخدا شفا به معنای سلامتی و بهبود از بیماری است. شفا یافتن (Heal) از کلمه‌ی آنگلوساکسونی Healen نشأت می‌گیرد که به معنای تمامیت است. تمامیت از لحاظ لغوی به معنای کل نگر است و در اینجا اشاره به جمع جسم و ذهن دارد. پس شفابخشی آن کیفیتی است که تمام وجود انسان، هم جسم و هم ذهن را در برمی‌گیرد (عظمتی و ضرغامی، ۱۳۹۱). از نظر ابن‌سینا سلامتی حالتی است که بدن انسان از حیث مزاج و ترکیب در چنان کیفیتی باشد که کنش‌های آن همگی درست و صحیح باشند، او سلامت را سرشت و یا حالتی می‌داند که در آن اعمال بدن، به درستی سر می‌زند و نقطه‌ی مقابل آن فقط دور شدن از سلامتی است (ابن‌سینا، ۱۳۷۰) سه جزء مهم برای سلامت وجود دارد: سلامت جسمی، روانی و اجتماعی. بنابراین تعریف سلامت عمومی عبارت است از: احساس رضایت از سلامت روانی، جسمی و اجتماعی (امامقلی، ۱۳۹۳). گلداسمیت یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشور را سلامت اجتماعی معرفی می‌کند و آن را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌نماید (Larson, 1993).

## ۲-۳- مسکن شفابخش

امروزه می‌دانیم که عوامل متعددی در ایجاد سلامت و رفاه انسان مؤثر هستند و محیط کالبدی و انسان ساخت، از جمله معماری و شهرسازی در کنار سایر عوامل، سهمی مؤثر را دارا می‌باشند (امامقلی، ۱۳۹۳). در این موقعیت به جای اینکه تأکید شود که یک فرد درمان می‌شود، باید گفت مزایای آن بیشتر متوجه کاهش تنش و قابلیت فضا برای تسکین دادن، آرامش، بازیابی نیرو یا بازگشت سلامت روحی و احساسی فرد است (نیکبخت، ۱۳۸۳). بهترین نوع طراحی معماری شفابخش را می‌توان برای اماکن خصوصی انجام داد. زیرا تفاوت اصلی محیط‌های شفابخش با غیر آن در این است که کاربر در آن نقش مستقیم دارد، یعنی کاربر است که اعلام می‌کند چه چیزی به او انرژی می‌بخشد، چه چیزی به او آرامش می‌دهد و چه توقعی از محیط دارد. در این حالت تأثیرگذاری به

بیشترین میزان خواهد بود (Ulrich, 1984; Frumkin, 2001). زمانی که بحث شفابخشی و ارتقاء سلامت عمومی در فضاهای مسکونی مطرح می‌شود؛ هدف اصلی ایجاد پناهگاهی برای کاهش فشار روانی زندگی روزمره، کاهش تنش و تسکین، آرامش، بازیابی نیرو و بازگشت سلامت روحی و احساسی افراد می‌باشد. از آنجایی که تأثیر مسکن به سبب ارتباط مداوم و بلند مدت افراد با آن، بر سلامت عمومی افراد بسیار گسترده‌تر از سایر فضاها می‌باشد، لذا می‌بایست به طراحی آن توجه ویژه‌ای مبذول نمود.

### ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر با هدف دستیابی به مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر سلامت عمومی ساکنین نگارش شده و به روش ترکیبی (کمی و کیفی) انجام پذیرفته است، به منظور دستیابی به هدف مطرح شده، پژوهش در شش گام صورت گرفته است؛ در گام اول از طریق مطالعات کتابخانه‌ای به معرفی مفاهیم اولیه‌ی پژوهش پرداخته شده است و شاخصه‌های شفابخشی در محیط از پژوهش‌های مختلف فارسی و انگلیسی استخراج شده که این شاخصه‌ها پایه‌ای برای نگارش پرسشنامه می‌باشد، در گام دوم پرسشنامه‌ی محقق ساخت با توجه به مرور ادبیات پژوهش طراحی شده و در گام بعد نمونه‌های موردی انتخاب شده و پیمایش کاربران با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخت و پرسشنامه‌ی استاندارد صورت پذیرفته است، در گام چهارم داده‌ها توسط نرم افزار تحلیل شده و با استفاده از تحلیل عاملی، آزمون فریدمن و آزمون همبستگی مورد تحلیل قرار گرفته است، در گام پنجم مؤلفه‌ها معرفی و رتبه‌بندی شده و همبستگی مؤلفه‌ها با ابعاد مختلف سلامت بررسی شده است. در نهایت در گام ششم به بررسی عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین مجتمع‌های مسکونی، با توجه به یافته‌های پژوهش و مشاهدات صورت گرفته توسط محققان و با استناد به پژوهش‌های پیشین پرداخته شده است.

مراحل گردآوری اطلاعات پژوهش: الف) مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و اینترنتی. ب) مشاهده مستقیم و عکس و یادداشت برداری. ج) پرسشنامه: در پرسشنامه ۲ دسته سؤال مطرح شده که بخش اول پرسشنامه‌ی محقق ساخت است که شامل سؤالاتی است که منطبق بر فرضیات پژوهش بوده و آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال شامل پنج گویه بوده و شامل نظرات فرد نسبت به کیفیات معماری محیط می‌باشد که توسط محققان و با توجه به شاخصه‌های شفابخشی که از مرور تحقیقات پیشین به فارسی و انگلیسی بدست آمده است. بخش دوم سؤالات نیز ابعاد مختلف سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ برای سنجش سلامت جسمانی و روانی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> (GHQ) استفاده شده است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ارائه شده و دارای ۲۸ سؤال و ۴ زیر مقیاس فرعی است که هر زیر مقیاس هفت پرسش دارد. زیر مقیاس‌های مذکور عبارتند از: علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje, & Rutter, 1997). برای سنجش سلامت اجتماعی نیز از پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی<sup>۲</sup> (KSWBQ) استفاده شده که توسط کییز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است (صبوری، ۱۳۸۹).

انتخاب نمونه در این پژوهش به روش تصادفی صورت گرفته است و با توجه به جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش که شامل ساکنین مجتمع‌های مسکونی آپارتمانی می‌باشد؛ مجتمع‌های مسکونی گلستان و زنبق در شهر شیراز به عنوان نمونه‌های موردی در نظر گرفته شده است. مجتمع مسکونی گلستان در سال ۱۳۷۶ توسط شرکت عمران توسعه‌ی فارس ساخته شده و در شهرک گلستان در شمال غربی شهر شیراز واقع شده است. این مجتمع با مساحت زیربنای کل ۷۵۰۰۰ متر مربع دارای ۶۸۶ واحد مسکونی در ۱۵ بلوک کوتاه مرتبه می‌باشد و از مجتمع‌های بزرگ مقیاس به‌شمار آورده می‌شود، نوع سازماندهی فضایی این مجتمع، مرکزی بوده و درصد فضای باز آن ۷۶ درصد می‌باشد (تقی‌پور، ۱۳۹۹). مجتمع مسکونی زنبق نیز در سال ۱۳۷۵ توسط شرکت سرمایه‌گذاری مسکن جنوب ساخته شده است. این مجتمع با مساحت زیربنای کل ۲۲۴۰۰ متر مربع، دارای ۸ بلوک کوتاه مرتبه و ۱۸۲ واحد مسکونی

1 General Health Questionnaire

2 Keyes's Social Well-being Questionnaire



می‌باشد و از مجتمع‌های با مقیاس متوسط به حساب آورده می‌شود. این مجتمع مسکونی دارای سازماندهی فضایی مختلط است و میزان فضای باز آن ۸۲ درصد می‌باشد (همان).

جهت محاسبه‌ی حجم نمونه، با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی توافق کلی وجود ندارد (Schreiber, Nora, 2006; Stage, Barlow & King, 2006)، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه‌ی لازم ۲۰۰ می‌باشد (Hoelter, 1983; Sivo, 2006; Fan, Witta & Willse, 2006; Garver & Mentzer, 1999; Hoe, 2008). با توجه به اینکه ممکن است برخی از پرسشنامه‌ها پاسخ داده نشود یا برگشت داده نشوند؛ بنابراین حجم نمونه در این پژوهش با ۱۰ درصد افزایش ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شده است. بازه‌ی سنی افراد مورد مطالعه سنین بین ۲۵ تا ۶۵ سال را در بر می‌گیرد و شرط ورود به پژوهش حداقل ۵ سال مدت زمان سکونت در مجتمع‌های مورد بررسی در نظر گرفته شده است. اطلاعات پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط ساکنین در نهایت وارد نرم افزار Spss-23 شده و با استفاده از تحلیل عاملی، آزمون فریدمن و آزمون همبستگی پیرسون تحلیل شده است. در نهایت مؤلفه‌های بدست آمده با استفاده از مشاهدات صورت گرفته و با استناد به پژوهش‌های پیشین مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. شکل ۱ دیاگرام روند پژوهش را نشان می‌دهد:



شکل ۱: دیاگرام روند تحقیق

مأخذ: نگارندگان

#### ۴- یافته‌ها

در این پژوهش به منظور ارائه‌ی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی در مرحله‌ی نخست براساس شاخصه‌های مستخرج از پژوهش‌های پیشین، پرسشنامه توسط محققان طراحی شد، سپس محتوا و روایی سؤالات و ارتباط با

هدف پژوهش توسط متخصصین تأیید شد و برخی از سؤالات حذف شدند. پایایی پرسشنامه از طریق مطالعه‌ی پایلوت بر روی ساکنین و انتقال اطلاعات به نرم‌افزار Spss-23 صورت گرفته و آلفای کرونباخ عدد ۰/۸۸ را نشان می‌دهد (جدول ۳) که به این ترتیب پایایی پرسشنامه‌ی محقق ساخت مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۳: تحلیل پایایی با محاسبه آلفای کرونباخ

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.880	۲۲

در ادامه پرسشنامه‌های محقق ساخت و استاندارد بین ۲۲۰ نفر از ساکنین مجتمع‌های مسکونی زنبق و گلستان توزیع شده است، سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار Spss-23 شدند و تحلیل عاملی جهت تحلیل داده‌ها صورت پذیرفت. همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، کفایت حجم نمونه در آزمون کی-ام-او مورد تأیید قرار گرفته و نتیجه آزمون عدد ۰/۷۶۶ را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده‌ی آن است که حجم نمونه کافی می‌باشد. درجه معناداری (Sig) آزمون بارتلت نیز صفر بوده و این بیانگر آن است که مقدار همبستگی قابل محاسبه می‌باشد.

جدول ۴: آزمون کی-ام-او و کرویت بارتلت برای کفایت حجم نمونه

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		آزمون کرویت بارتلت
.766	Approx. Chi-Square	
670.499	df	
231	Sig.	
.000		

واریانس داده‌ها پس از چرخش بیانگر آن است که با توجه به نظرات ساکنین ۷ عامل شناسایی شده است، بر اساس جدول واریانس داده‌های چرخش یافته (جدول ۵) می‌توان نتیجه گرفت که این عوامل در مجموع ۶۶ درصد واریانس مربوط به مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی را تبیین می‌نمایند.

جدول ۵: واریانس داده‌ها از چرخش تحلیل عاملی

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.560	16.184	16.184
2	2.322	10.554	26.737
3	2.108	9.584	36.321
4	1.832	8.326	44.647
5	1.787	8.124	52.771
6	1.492	6.781	59.553
7	1.452	6.598	66.151

برای یافتن مؤلفه‌های مؤثر در طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد و داده‌ها در ماتریس عاملی چرخش داده شدند تا بتوان براساس پاسخ افراد عوامل را مشخص کرد، به این ترتیب می‌توان مؤلفه‌ها را در مقیاسی کلی‌تر بیان کرد و متغیرهای وابسته به هم را تعیین نمود. جدول ۶ سهم هریک از متغیرها در عامل‌ها را بعد از چرخش نشان می‌دهد. هر متغیر در عاملی قرار گرفته است که با آن همبستگی معنی‌دار بالایی داشته باشد.



جدول ۶: ماتریس تحلیل عاملی چرخش یافته

شماره سوال	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
9	.827	.011	-.003	.192	.059	.201	.136
5	.711	.011	.005	.048	.144	.425	.158
4	.670	.121	.192	.227	.001	.082	.188
10	.633	.207	.135	.170	.233	.067	.058
21	.475	.437	.301	.021	-.043	-.161	-.071
19	.470	.352	.047	-.264	-.031	-.092	-.329
20	.152	.812	-.012	-.005	.141	-.046	.032
18	.160	.803	.393	.065	-.252	.220	.140
1	-.008	.663	.023	.170	.232	.103	.056
15	-.003	.592	.096	.176	.001	-.046	.156
22	.130	.065	.663	.337	.279	.216	-.174
6	.351	.094	.537	.026	.338	.213	.118
17	.503	.022	.528	-.031	.086	-.285	.271
3	.133	.132	.170	.766	.034	.080	.088
8	.421	-.098	.134	.611	.087	-.079	.185
2	.090	.390	.170	.531	.285	-.025	-.152
12	.022	.208	.144	.079	.809	.092	.093
11	.507	.005	.072	.084	.605	-.296	-.030
13	.210	.027	.090	.236	.500	.193	.498
7	.250	.223	.076	.151	.064	.709	.205
14	-.074	.453	-.044	.357	.023	.582	.268
16	.249	.121	.147	.035	.059	.034	.808

به این ترتیب سؤالات به ۶ عامل تقسیم شدند و هر عامل با توجه به محتوای سؤالات مربوطه، توسط محققان به صورتی که در جدول ۷ آمده است نام‌گذاری شدند، که به ترتیب شامل: فضاها و فعالیت‌های متنوع، آسایش محیطی، تعاملات اجتماعی، خلوت و محریت، ایمنی و امنیت محیط، لذت‌بخشی و جذابیت محیط می‌باشند.

جدول ۷: دسته بندی سؤالات پرسشنامه با توجه به تحلیل عاملی

محتوای سؤالات پرسشنامه	مؤلفه‌ی طراحی	دسته بندی تحلیل عاملی
فضاهای ورزشی فضاهای تفریحی فعالیت‌های متنوع فعالیت‌های شاد و معنادار طبیعت و فضای سبز	فضاها و فعالیت‌های متنوع	عامل ۱ سؤالات ۴-۵-۹-۱۰-۱۹-۲۱
کیفیت هوا پاکیزگی محیط نورپردازی مناسب تراکم مناسب افراد	آسایش محیطی	عامل ۲ سؤالات ۱-۱۵-۱۸-۲۰
تعامل رده‌های سنی مختلف امکان تماشای کودکان فضاهای جمعی	تعاملات اجتماعی	عامل ۳ سؤالات ۶-۲۲-۱۷
آرامش محیط خلوت مطلوب	خلوت و محریت	عامل ۴ سؤالات ۲-۳-۸

رعایت حریم خصوصی		
استفاده از دیواره و حصار	عامل ۵	
سهولت حرکتی	سوالات ۱۱-۱۲-۱۳	ایمنی و امنیت محیط
امنیت اجتماعی		
استفاده از طرح و رنگ	عامل ۶	
مطلوبیت منظر	سوالات ۷-۱۴	لذت‌بخشی و جذابیت محیط

در ادامه جهت رتبه‌بندی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین از آزمون فریدمن استفاده شد، جدول ۸ معناداری آماری را نشان می‌دهد و بر طبق آن مقدار مجذور کای به دست آمده برابر با  $70/184$  می‌باشد که در سطح خطای کمتر از  $0/5$  قرار دارد و این بدان معناست که رتبه‌بندی مؤلفه‌های مورد بررسی معنادار بوده و اهمیت و رتبه مؤلفه‌ها با یکدیگر متفاوت هستند.

جدول ۸: آمار آزمون فریدمن

Test Statistics	
Chi-Square	70.184
df	5
Asymp. Sig.	.000

جدول ۹ میانگین عددی مؤلفه‌ها و مقدار انحراف استاندارد متغیرها را نشان می‌دهد، همانگونه که قابل مشاهده است بیشترین مقدار میانگین به مؤلفه‌ی تعاملات اجتماعی و کمترین مقدار به مؤلفه‌ی فضاها و فعالیت‌های متنوع اختصاص یافته است:

جدول ۹: توصیف آمار مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین

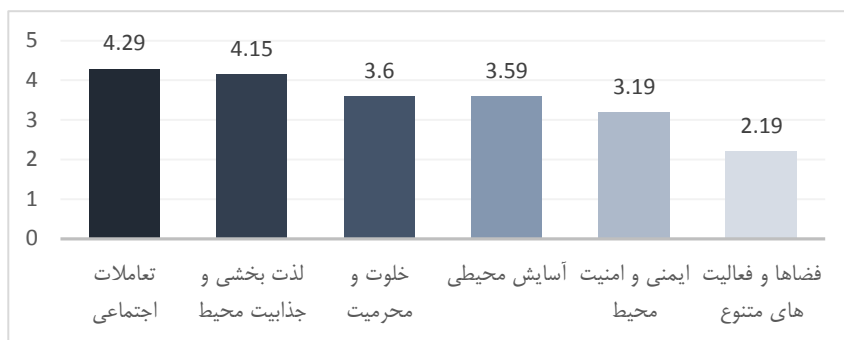
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
فضاها و فعالیت‌های متنوع	1.00	4.50	2.4290	.91022
آسایش محیطی	1.75	4.75	2.9691	.70199
تعاملات اجتماعی	1.33	5.00	3.2387	.72310
ایمنی و امنیت محیط	1.25	4.50	2.8673	.75941
خلوت و حریمیت	1.33	4.33	2.9959	.73879
لذت‌بخشی و جذابیت محیط	1.50	5.00	3.1728	.72094

در جدول ۱۰ رتبه‌بندی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین آورده شده است، میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که بالاترین میانگین رتبه به مؤلفه‌های: «تعاملات اجتماعی و لذت‌بخشی و جذابیت محیط» و پایین‌ترین رتبه به مؤلفه‌ی «فضاها و فعالیت‌های متنوع» اختصاص دارد.

جدول ۱۰: میانگین رتبه مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین

مؤلفه	میانگین رتبه
تعاملات اجتماعی	4.29
لذت‌بخشی و جذابیت محیط	4.15
خلوت و حریمیت	3.60
آسایش محیطی	3.59
ایمنی و امنیت محیط	3.19
فضاها و فعالیت‌های متنوع	2.19

نتایج حاصل از رتبه‌بندی مؤلفه‌هایی که در جدول فوق ارائه شد به صورت نمودار میله‌ای در شکل ۲ ارائه شده است:



شکل ۲: نمودار میله‌ای میانگین رتبه

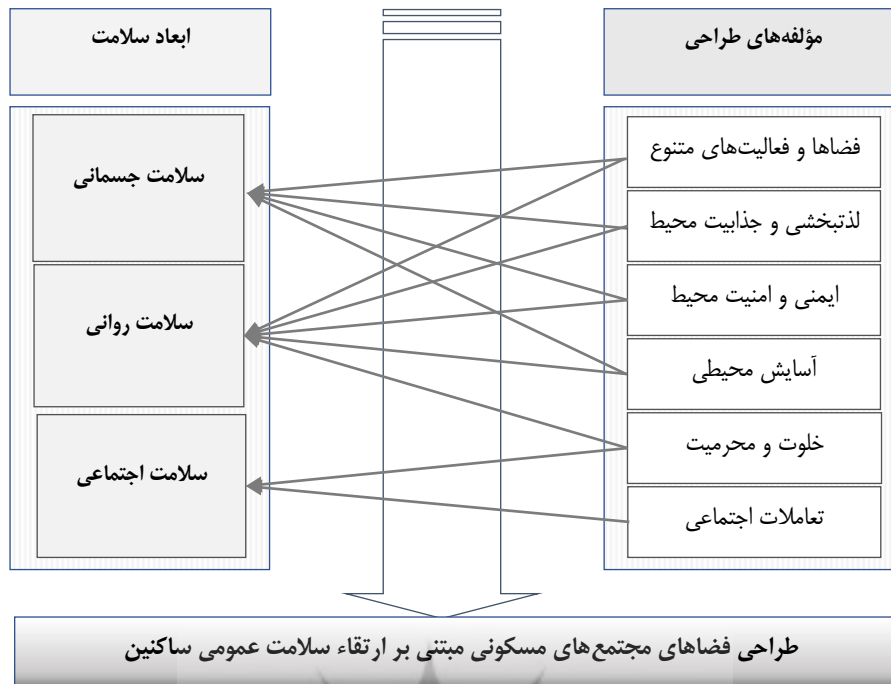
در ادامه جهت بررسی روابط میان مؤلفه‌های تأثیرگذار بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین با ابعاد سلامت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج حاصله در جدول ۱۱ نشان داده شده است:

جدول ۱۱: همبستگی بین مؤلفه‌های شش‌گانه و ابعاد سلامتی با توجه به ضریب همبستگی پیرسون

سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	ضریب همبستگی پیرسون	
.055*	.014	-.055	ضریب همبستگی پیرسون	تعاملات اجتماعی
.045	.893	.586	سطح معناداری	
.037	.114*	.114*	ضریب همبستگی پیرسون	لذت بخشی و جذابیت محیط
.709	.023	.024	سطح معناداری	
.079*	.003*	.052	ضریب همبستگی پیرسون	خلوت و حریمیت
.03	.035	.601	سطح معناداری	
.148	.252**	.302**	ضریب همبستگی پیرسون	آسایش محیطی
.134	.010	.002	سطح معناداری	
.067	.012*	.210*	ضریب همبستگی پیرسون	ایمنی و امنیت محیط
.517	.009	.041	سطح معناداری	
-.046	.039*	.114*	ضریب همبستگی پیرسون	فضاها و فعالیت‌های متنوع
.648	.03	.03	سطح معناداری	

باتوجه به جدول فوق مؤلفه‌های دارای همبستگی با سلامت جسمانی عبارتند از: فضاها و فعالیت‌های متنوع، آسایش محیطی، لذت بخشی و جذابیت محیط و ایمنی و امنیت محیط، مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت روانی عبارتند از فضاها و فعالیت‌های متنوع، لذت بخشی و جذابیت محیط، ایمنی و امنیت محیط، آسایش محیطی و خلوت و حریمیت و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی نیز خلوت و حریمیت و تعاملات اجتماعی هستند. بنابراین توجه به این مؤلفه‌ها در طراحی مجتمع‌های مسکونی می‌تواند زمینه‌ساز ارتقاء سلامت ساکنین در سه بعد روانی، جسمانی و اجتماعی گردد. باتوجه به روابط بین ابعاد مختلف سلامت و مؤلفه‌های محیطی مجتمع‌های مسکونی می‌توان مدل زیر (شکل ۳) را برای مؤلفه‌های تأثیرگذار بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین ارائه نمود:

شکل ۳: مدل ارائه شده برای مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین



## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش، نخست فرضیه‌ی مطرح شده در ابتدای پژوهش بررسی خواهد شد، این فرضیه بیان‌کننده‌ی آن است که در طراحی مجتمع‌های مسکونی مؤلفه‌هایی که زمینه‌ی تعاملات اجتماعی و امنیت را فراهم می‌آورند، می‌توانند بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین تأثیرگذار باشند. جهت اثبات این فرضیه با توجه به جدول ۸ می‌توان گفت عوامل تعاملات اجتماعی و ایمنی و امنیت و همچنین خلوت و حریمیت از عواملی هستند که می‌توانند در طراحی مجتمع‌های مسکونی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین تأثیرگذار باشند. بنابراین فرضیه‌ی شکل گرفته در ابتدای پژوهش تأیید می‌شود، در ادامه با در نظر گرفتن هدف پژوهش، مبتنی بر یافته‌های پژوهش و همبستگی مؤلفه‌های بدست آمده با سلامت عمومی، با در نظر گرفتن مشاهدات صورت گرفته توسط محققان در مجتمع‌های مسکونی؛ مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی مورد بررسی قرار گرفته و نحوه‌ی تأثیر آن بر ابعاد مختلف سلامت با استناد به تحقیقات پیشین ارائه خواهد شد:

۱- لذت‌بخشی و جذابیت محیط و تأثیر آن بر سلامت جسمانی و روانی: در مجتمع‌های مسکونی به کارگیری طرح، رنگ، بافت و نقوش مختلف و بهره‌گیری از طبیعت و ایجاد چشم‌انداز و منظر مطلوب می‌تواند بر سلامت ساکنین تأثیرگذار باشد؛ گاهی مشاهده می‌شود به دلیل هماهنگ نبودن فضا با خواست و نیاز افراد، ساکنین مجتمع‌ها برای ایجاد جذابیت بصری و یا متمایز شدن از سایرین تراس خود را با طرح‌ها و رنگ‌های دلخواه رنگ‌آمیزی می‌کنند و یا نوع روشنایی تراس را تغییر می‌دهند. همچنین برخی از ساکنین در فضای داخلی و یا در تراس واحد خود به منظور ایجاد جذابیت بصری گلدان‌هایی قرار می‌دهند که این موضوع به جهت گرایش فطری انسان به طبیعت و حس لذت‌بخشی که افراد از تماشا و لمس و بوییدن و نگهداری گل‌ها و گیاهان کسب می‌کنند، می‌باشد. در ارتباط با این موضوع یکی از نظریه‌های مهم را می‌توان نظریه‌ی بازسازی تمرکز ذهنی دانست، بر طبق این نظریه، توجه متمرکز اختیاری، فرسودگی ذهنی را در انسان به وجود می‌آورد؛ اما در صورت وجود چهار ویژگی در محیط‌های بازسازنده، فرسودگی ذهنی بهبود می‌یابد: فاصله گرفتن از حلقه تمرکز<sup>۱</sup>، وسعت بخشیدن به دایره دید<sup>۲</sup>، شیفتگی و جاذبه<sup>۳</sup>، هماهنگی و همسازی محیط با

خواسته‌های فرد<sup>۳</sup>. به عنوان مثال در صورت وجود عناصری در طراحی که انسان را به سمت خود جذب کند، جاذبه و به دنبال آن بازسازی ذهنی اتفاق خواهد افتاد. در نتیجه استرس کاهش یافته و ظرفیت روانی انسان افزایش می‌یابد. بُعد شیفتگی (جذابیت) می‌تواند با طراحی عناصری چون منظره‌های طبیعی قابل رویت از پنجره، شومینه‌های در حال سوختن و عناصر نمایشی متنوع از قبیل آکواریوم، آب روان و غیره به وجود آید (Kaplan & Kaplan, 1989). بهره‌گیری از طبیعت سطح استرس، خشم، پرخاشگری و فشار خون را کاهش می‌دهد و عواطف مثبت را افزایش می‌دهد (Hartig, Evans, Jamner, Davis & Gärling, 2003); حمید و بابامیری، (۱۳۹۱). این عوامل همگی به‌طور مستقیم در سلامت روانی و جسمانی افراد تأثیرگذار هستند از این روی در نظر گرفتن مؤلفه‌ی جذابیت محیطی و لذت‌بخشی در طراحی مجتمع‌های مسکونی می‌تواند نقش مثبتی در سلامت روانی و جسمانی افراد ایفا نماید.

۲- فضاها و فعالیت‌های متنوع و تأثیر آن بر سلامت جسمانی و روانی: وجود فضاها و تجهیزات ورزشی، خدماتی و تفریحی و وجود تنوع در فضاها و فعالیت‌ها در مجتمع‌های مسکونی یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و روانی افراد می‌باشد، در برخی از مجتمع‌ها ساکنین تلاش می‌کنند که در صورت عدم وجود این عوامل تنوع و پویایی را در فضا به وجود بیاورند، به عنوان مثال گاهی برخی از ساکنین در محیط مجتمع برای گروه‌های سنی مختلف کلاس‌های آموزش هنر برگزار می‌کنند یا تعدادی از ساکنین به انجام ورزش‌های تیمی و فعالیت‌های گروهی می‌پردازند که سبب تعامل بین افراد و ایجاد تنوع در فعالیت‌های صورت گرفته در محیط مجتمع می‌شود. همچنین مشاهده شد که افراد به حضور در فضاهای فعال و پویا تمایل زیادی نشان می‌دهند. واندرمن و فلورین معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده‌ی سلامت افراد است. گامسون نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبه‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می‌گیرد و نشان‌دهنده‌ی فرصتی برای درک خود است (Wandersman & Florin, 2000؛ یزدان‌پناه و نیک‌ورز، ۱۳۹۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین اثرات منفی روی سلامت افراد دارد (Herzog, Ofstedal & Wheeler, 2002) وجود فضاها و فعالیت‌های متنوع در مجتمع‌ها، باتوجه به تأثیرات روانشناختی مثبت و جذابیتهای که برای افراد دارند، می‌تواند به‌طور مستقیم با سلامت روانی در ارتباط باشد، همچنین وجود فضاهای ورزشی و مشوق تحرک در افراد به سلامت جسمانی آنها کمک بسیار زیادی می‌کند و این عوامل در کنار هم می‌توانند تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد داشته باشند.

۳- ایمنی و امنیت محیط و تأثیر آن بر سلامت جسمانی و روانی: در طراحی مجتمع‌های مسکونی وجود فضاهای قابل نظارت و امن، امنیت اجتماعی، بهره‌گیری از دیواره و حصار، بهره‌گیری از نرده و کف‌سازی مناسب جهت سهولت حرکت افراد با محدودیت حرکتی، می‌تواند باعث ایجاد امنیت روانی و جسمانی ساکنین شود. در صورت عدم وجود حس امنیت مناسب در برخی مجتمع‌های مسکونی، گاهی مشاهده می‌شود که افراد ساکن در برخی طبقات تراس یا پنجره‌ی واحد خود را به صورت کاملاً محصور در می‌آورند که این امر نشان‌دهنده‌ی نیاز آنها به ایجاد حس امنیت روانی بیشتر می‌باشد. این موارد عدم احساس امنیت کافی در مجتمع‌های مسکونی را نشان می‌دهد، بنابراین طراحان باید ایجاد امنیت را بیش از پیش مورد توجه قرار دهند در این راستا می‌توان فضاها را به گونه‌ای طراحی کرد که فرصتی برای عمل خلاف وجود نداشته باشد و اعمال کنترل از طرف ساکنان یک محله بر کلیه فعالیت‌های محل امکان‌پذیر گردد (طالبی و کلاتری، ۱۳۷۵) عدم امنیت روانی به‌طور غیرمستقیم می‌تواند بر سلامت جسمانی افراد نیز تأثیرگذار باشد؛ طبق پژوهشی که در محله‌های شیکاگو صورت گرفته است، مردم به علت میزان بالای خشونت و عدم امنیت فیزیکی مجبورند در خانه‌های خود بمانند و در نتیجه فعالیت‌های فیزیکی محدودی دارند (Kriger & Higgins, 2002) بنابراین این عامل بر سلامت جسمانی آنها تأثیرگذار خواهد بود. بدیهی است که توجه به ایمنی و امنیت در طراحی فضاهای مختلف مجتمع‌های مسکونی به دلیل

ایجاد حس آرامش و امنیت روانی و حفظ امنیت جسمانی فرد در محیط به طور مستقیمی بر سلامت روانی و جسمانی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی تأثیرگذار خواهد بود.

۴- آسایش محیطی و تأثیر آن بر سلامت جسمانی و روانی: آسایش محیطی را می‌توان شامل مواردی همچون کیفیت هوای محیط، مطلوبیت دما و رطوبت محیط، تهویه‌ی مناسب، دوری از مزاحمت و آلودگی صوتی، نورگیری مطلوب در روز و شب و جلوگیری از ورود نور مزاحم، تراکم مناسب افراد و عدم احساس ازدحام و پاکیزگی و نظافت محیط در مجتمع‌های مسکونی دانست که به نظر می‌رسد این عامل بر ابعاد جسمانی و روانی سلامت ساکنین تأثیرگذار می‌باشند. طبق نظر ایوانس آن دسته از ویژگی‌های محیط ساخته‌شده که بر سلامت روان اثرگذارند عبارتند از: ازدحام، آلودگی صوتی، کیفیت هوا و میزان نور (Evans, 2003)؛ طباطبائیان و تمنایی، (۱۳۹۲). در فضاهای مسکونی افراد معمولاً در جهاتی از ساختمان که نور آزار دهنده‌است در جهت مطلوب نمودن شرایط فضای واحد مسکونی خود تمهیداتی را در نظر می‌گیرند تا از قرارگیری در معرض نور بیش از حد و آزار دهنده در امان بمانند پژوهش‌ها نشان داده است که در صورت افزایش میزان نور از حد مطلوب در فضا، تحریک روانی و به دنبال آن استرس ایجاد می‌گردد (Evans & McCoy, 1998). با این وجود بهره‌گیری از میزان مناسب نور طبیعی دارای تأثیرات ادراکی و روان‌شناختی مطلوبی بر افراد می‌باشد و مطالعات بسیاری اثر نور طبیعی را بر سلامت روان، از جمله کاهش افسردگی و کاهش سطح برانگیختگی تأیید می‌نماید (Veitch, Gifford & Hine, 1991; Kripke, Rische & Janowsky, 1983; Boubekri, Cheung, Reid, Wang & Zee, 2014). از این روی بهره‌گیری از نور در فضاها می‌بایست به نحو مطلوبی صورت پذیرد تا شرایط مناسب جهت حفظ سلامت روانی و جسمانی ساکنان در مجتمع‌های مسکونی فراهم آورده شود.

در فضاهای مسکونی باتوجه به شرایط اقلیمی، بهره‌گیری از تجهیزات سرمایش، گرمایش و تهویه مطبوع در ساختمان‌ها برای آسایش محیطی افراد ضروری بوده و این اقدام در جهت مطلوب نمودن شرایط محیطی و ایجاد آسایش محیطی برای افراد صورت می‌پذیرد، باتوجه به نظر روان‌شناسان چنانچه میزان گرما و رطوبت در فضای معماری، از حد عادی فراتر رود، تحریک، استرس، واکنش‌های منفی و رفتارهای پرخاشگرانه در افراد حاضر در فضا ایجاد می‌گردد (Bell 1981, 2005; Bell & Green, 1982) باتوجه به موارد ذکر شده عوامل محیطی همچون دمای مطلوب، رطوبت مناسب، نور کافی و تراکم مناسب را می‌توان به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت تأثیرگذار دانست بنابراین با در نظر گرفتن این عوامل در طراحی فضاهای مجتمع‌های مسکونی می‌توان نقش مثبتی را در سلامت افراد ایفا نمود.

۵- خلوت و محرمت و تأثیر آن بر سلامت روانی و اجتماعی: در طراحی فضاهای مختلف مجتمع‌های مسکونی در نظر گرفتن خلوت مطلوب، رعایت حریم خصوصی در فضاها، سلسله مراتب فضایی، تعریف مشخص قلمروها و مرزبندی فضاها، آرامش و دور بودن از سرو صدا و حفظ حریم صوتی می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت افراد داشته باشد. با مشاهده رفتار ساکنین در محیط مجتمع می‌توان به این نتیجه رسید که خلوت و محرمت از عوامل بسیار مهم برای افراد می‌باشد که می‌تواند زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد؛ گاهی افراد ساکن در واحدهای مسکونی که از نقاط مختلف به آن دید وجود دارد، تلاش می‌کنند با ایجاد محدودیت بصری، دید سایرین به محل زندگی‌شان را کاهش دهند و بدین ترتیب در فضاهای واحد مسکونی خود ایجاد محرمت کنند. همچنین در ساعاتی که افراد در محوطه‌ی مجتمع حضور پیدا می‌کردند مشاهده شد که برخی ساکنین ترجیح میداند که برای تفریح و استراحت در گوشه‌های دنج فضای باز مجتمع که در معرض دید دیگر افراد نیست، واحدهای اجتماعی کوچکی تشکیل دهند و تمایل داشتند در مکانی حضور پیدا کنند که حریم و خلوت مطلوبشان تأمین شود، باتوجه به این موضوع در نظر گرفتن خلوت مطلوب افراد در طراحی فضاهای مجتمع‌های مسکونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در تحقیقات محققان نیز خلوت به‌عنوان عاملی در بازسازی ذهنی عنوان می‌شود که انسان برای پرداختن به فعالیت‌ها به طرز مطلوب، به حداقلی از اغتشاش فکری و درجاتی از خلوت نیاز دارد که با پدیدآوردن حریم‌های خصوصی و پناهگاه‌هایی برای خلوت، تأمین می‌گردد (Evans & McCoy, 1998). تعریف روشن قلمرو و حریم



می‌تواند به افزایش خلوت و امنیت کمک کرده و تقابلهای اجتماعی و مشکلات همسایگی را تقلیل دهد. (Marcus & Sarkissian, 1988). در صورتی که فرد یا گروه بتواند درون فضا، خلوت مطلوب خویش را ایجاد نمایند، توانایی کنترل تعاملات اجتماعی خود را دارا می‌باشد (Evans & McCoy, 1998). بنابراین در نظر گرفتن مؤلفه‌ی خلوت و حریمیت در طراحی فضاهای مجتمع‌های مسکونی به سبب تأثیری که این عامل بر روان و کارایی افراد و نیز تعاملات بین ساکنین دارد، می‌تواند نقش بسزایی در جهت بهبود وضعیت سلامت اجتماعی و روانی افراد ساکن در مجتمع داشته باشد.

۶- تعاملات اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی: در مجتمع‌های مسکونی وجود فضاهای اجتماع‌پذیر و امکان تعامل رده‌های سنی مختلف می‌تواند نقش مؤثری را بر سلامت اجتماعی افراد ایفا نمایند، ضمن آنکه تأثیرات مثبت آن بر سلامت روانی افراد نیز انکارناپذیر است. در مجتمع‌های مسکونی مورد بررسی افراد در ساعات مشخصی از روز در فضای باز مجتمع حضور پیدا می‌کردند و واحدهای اجتماعی کوچکی را تشکیل می‌دادند، این واحدهای اجتماعی معمولاً در اطراف محوطه‌های بازی یا آموزش کودکان شکل می‌گرفت؛ برخی افراد نیز که تمایل به انجام فعالیت انفرادی داشتند در کنار فضاهای بازی کودکان یا سایر فضاهای جمعی به فعالیت‌هایی همچون مطالعه می‌پرداختند، که این امر تمایل افراد به حضور در جمع را نشان می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند که ازدحام کمتر از حد متعادل ممکن است نامطلوب باشد چراکه گاهی فرد حضور دیگران را طلب می‌کند و از ازدحام و شلوغی لذت می‌برد (Walden & Forsyth, 1981). سلامت اجتماعی را می‌توان ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران و ارزیابی فرد از کیفیت روابط با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی دانست و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1993). بنابراین شکل‌گیری تعاملات اجتماعی معنی‌دار در محیط مجتمع‌های مسکونی به سبب تأثیر مثبتی که بر افراد می‌گذارد می‌تواند در سلامت اجتماعی افراد مؤثر واقع شود.

موضوع شفافبخشی توسط محیط از موضوعات پر اهمیت است که همواره مورد توجه قرار داشته و در فضاهایی همچون بیمارستان‌ها و باغ‌ها مورد بحث قرار گرفته‌است؛ این مفهوم همچنین می‌تواند در بعد کاربردی‌تری مانند مسکن نمود پیدا کند. امروزه با وجود مسکن بیمارکننده و پیدایش سندرم ساختمانی، لزوم توجه به سلامت در فضای مسکونی، بیش از پیش آشکار شده‌است. هدف پژوهش حاضر بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین بوده و در این راستا تلاش شد مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت افراد در مجتمع‌های مسکونی معرفی و بررسی شوند. طبق یافته‌های پژوهش، این مؤلفه‌ها عبارتند از: فضاها و فعالیت‌های متنوع، لذت‌بخشی و جذابیت محیط، ایمنی و امنیت محیط، آسایش محیطی، خلوت و حریمیت و تعاملات اجتماعی. در نظر گرفتن این مؤلفه‌ها در طراحی مجتمع‌های مسکونی می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت عمومی ساکنان داشته باشد، از این روی پیشنهاد می‌گردد طراحان در طراحی مجتمع‌های مسکونی مواردی مانند: ایجاد بستر مناسب جهت شکل‌گیری فعالیت‌های متنوع و تعاملات اجتماعی بین تمامی گروه‌های سنی، حفظ ایمنی و امنیت در محیط با کفسازی و نورپردازی مناسب، نظارت‌پذیری و استفاده‌ی مناسب از نرده و حفاظ، بهره‌گیری از طبیعت و ایجاد منظر مطلوب، توجه به کیفیت هوا، دما و رطوبت محیط، توجه به نورپردازی طبیعی و مصنوعی به میزان مطلوب، رعایت حریم بصری و صوتی افراد و امکان خلوت مطلوب در فضاها را مورد توجه قرار دهند. در نظر گرفتن موارد ذکر شده در طراحی مجتمع‌های مسکونی، مطلوبیت فضاها برای کاربران را افزایش داده و می‌توان فضای طراحی شده را دارای نقشی مؤثر بر ارتقاء سلامت عمومی ساکنین دانست. در نهایت باتوجه به اهمیت توجه به سلامت در طراحی فضاهای مسکونی؛ امید است که معماران و طراحان در طراحی‌های آتی، با بهره‌گیری از مؤلفه‌های طراحی مجتمع‌های مسکونی مبتنی بر سلامت عمومی ساکنین، گامی در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی ساکنین بردارند، چراکه حفظ سلامت افراد، در نهایت موجبات بهزیستی افراد جامعه را فراهم خواهد آورد و نتایج مثبت حاصل از آن در ابعاد مختلف جامعه قابل مشاهده خواهد بود.

## ۶- تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از همکاری و مشارکت مدیریت و ساکنان محترم مجتمع‌های مسکونی گلستان و زنبق اعلام نمایند.

## ۷- منابع

۱. ابن سینا. (۱۳۷۰). قانون. ترجمه شرفکندی، ع. تهران: انتشارات سروش.
۲. امامقلی، ع. (۱۳۹۳). تاثیر معماری بر سلامت، ایده‌ای برای معماری درمانی. فصلنامه علوم رفتاری، ۶(۲۰)، ۲۳-۳۷.
۳. بتلی، ای.ن.، الکک، آ.، مورین، پ.، مک‌گلین، س.، اسمیت، گ. (۱۳۸۹). محیط‌های پاسخ‌ده. ترجمه بهزادفر، م. انتشارات دانشگاه علم و صنعت.
۴. تقی‌پور، م. (۱۳۹۹). ارزیابی و تحلیل نحوه پراکنش گونه‌های مختلف مجتمع‌های مسکونی بر اساس معیار سازماندهی فضا؛ نمونه موردی: شهر شیراز. پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، ۱۱(۴۰)، ۱۵۵-۱۷۴.
۵. حمید، ن.، و بابامیری، م. (۱۳۹۱). بررسی رابطه فضای سبز با سلامت روان. ارمنان دانش. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۱۷(۴)، ۳۰۹-۳۱۶.
۶. راپاپورت، آ. (۱۳۸۴). معنی محیط ساخته شده. ترجمه حبیب، ف. انتشارات شرکت پردازش و برنامه‌ریزی شهری.
۷. زجاجی، ن.، نیکبخت، ع.، و کافی، م. (۱۳۹۵). اصول طراحی محوطه‌های درمانی با تأکید بر مؤلفه‌های باغ‌های شفابخش. فصلنامه علوم و تکنولوژی محیط زیست، ۱۱(۴)، ۳۰۳-۳۱۷.
۸. صبور، س. (۱۳۸۹). بررسی سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ تهران. پایان نامه. دانشگاه پیام‌نور.
۹. طالبی، ژ. و کلاتری، ا. (۱۳۷۵). راهنمای طراحی معماری ساختمان‌های بلند مسکونی. تهران: مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن.
۱۰. طاهری، ث.، و طاهری، ج. (۱۳۹۸). ارزیابی عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان در مجموعه‌های مسکونی (نمونه موردی: مجموعه‌های ۵۱۲ و ۶۰۰ دستگاه شهر مشهد). هویت شهر، ۱۳(۴)، ۵۷-۷۴.
۱۱. طباطبائیان، م.، و تمنایی، م. (۱۳۹۲). نقش محیط‌های ساخته‌شده در سلامت روان. معماری و شهرسازی آرمان شهر، ۶(۱۱).
۱۲. عبدالله‌زاده فرد، ع.، و شمس‌الدینی، ع. (۱۳۹۹). نقش کیفیت محیطی محله در سلامت روحی و روانی ساکنان (مطالعه موردی محله سنگ سیاه، کلان‌شهر شیراز). دانش شهرسازی، ۴(۲)، ۹۵-۱۱۴.
۱۳. عظمتی، ح.، و ضرغامی، ا. (۱۳۹۱). رابطه سلامت ساکنین و کیفیت فضای همسایگی. پایش، ۱۲(۱)، ۳۴-۲۵.
۱۴. گروت، ی. (۱۳۷۵). زیبایی‌شناسی در معمار. ترجمه پاکزاد، ج.، و همایون، ع. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۱۵. ملکی، س. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر جمعیت بر تغییرات شاخص‌های اجتماعی مسکن در شهر اهواز. دو فصلنامه جمعیت، ۱۷(۷۶)، ۸۵-۱۱۲.
۱۶. نیکبخت، ع. (۱۳۸۳). پزشکی در منظرسازی نوین: باغ‌های شفابخش. باغ نظر، ۱(۲)، ۷۹-۸۲.
۱۷. نیلی، ر.، نیلی، ر.، و سلطان‌زاده، ح. (۱۳۹۱). چگونگی بازتاب شاخصه‌های مناظر شفابخش درالگوی منظر باغ ایرانی. باغ نظر، ۲۳(۹)، ۷۴-۶۵.
۱۸. ویردمیستر، جی. دال. بی. (۱۳۸۷). ارگونومی برای مبتدیان. ترجمه پورقاسمی، ع. تهران: نشر مرکز.
۱۹. یزدان‌پناه، ل.، و نیک‌ورز، ط. (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۶(۳)، ۹۹-۱۱۶.

20. Akalin-Baskaya, A., & Yildirim, K. E. M. A. L. (2007). Design of circulation axes in densely used polyclinic waiting halls. *Building and Environment*, 42(4), 1743-1751.
21. Baker, C. F. (1984). Sensory overload and noise in the ICU: Sources of environmental stress. *Critical Care Nursing Quarterly*, 6(4), 66-80.
22. Baum, A. E., Singer, J. E., & Valins, S. E. (1978). *Advances in environmental psychology: I. The urban environment*. Lawrence Erlbaum.
23. Beatrice, D. F., Thomas, C. P., & Biles, B. (1998). Essay: Grant Making With An Impact: The Picker/Commonwealth Patient-Centered Care Program: A successful multimillion-dollar program offers lessons to grantmakers about how a foundation can advance a field. *Health Affairs*, 17(1), 236-244.
24. Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of affective disorders*, 40(1-2), 49-51.
25. Bell, P. A. (1981). Physiological, Comfort, Performance, And Social Effects Of Heat Stress. *Journal of Social Issues*, 37, 71-94.
26. Bell, P. A. (2005). Reanalysis and Perspective in the Heat-Agresion Debate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 71-73.
27. Bell, P. A., & Greene, T. C. (1982). Thermal stress: Physiological, comfort, performance, and social effects of hot and cold environments. *Environmental stress*, 75-104.
28. Bengtsson, A., & Grahn, P. (2014). Outdoor environments in healthcare settings: A quality evaluation tool for use in designing healthcare gardens. *Urban Forestry & Urban Greening*, 13(4), 878-891.
29. Bonaiuto, M. & M. Bonnes & F. Fornara. (2002). Effects of Architectural Humanization of Paediatric Hospital on Users, in The Proceeding of IAPS: 17- Culture, Quality of Life - Problems and Challenges. *The New Millennium Conference* 23-27, July , 593-594.
30. Boubekri, M., Cheung, I.N., Reid, K.J., Wang, C.H., & Zee, P.C. (2014). Impact of windows and daylight exposure on overall health and sleep quality of office workers: a case control pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(6), 603-611.
31. Brown, S. P., Worden, E. C., Frohne, T. M., & Sullivan, J. (2011). Horticultural therapy. *EDIS*, 2011(2).
32. Campbell, S. (1996). Green cities, growing cities, just cities?: Urban planning and the contradictions of sustainable development. *Journal of the American Planning Association*, 62(3), 296-312.
33. Caniano, G. M. (2006). *An Integrative Approach to Therapeutic Outdoor Spaces in Dementia-Care Units* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
34. Carp, F. M., Zawadski, R. T., & Shokrkon, H. (1976). Dimensions of urban environmental quality. *Environment and behavior*, 8(2), 239-264.
35. Eisen, S. L. (2007). *The healing effects of art in pediatric healthcare: Art preferences of healthy children and hospitalized children* (Doctoral dissertation, Texas A&M University).
36. Eroglu, S., & Harrell, G. D. (1986). Retail crowding: Theoretical and strategic implications. *Journal of retailing.*, 62, 347-363.
37. Evans, G. W. & McCoy, J. M. (1998). When Buildings Don't Work: The Role of Architecture in Human Health. *Journal of Environmental Physiology*, 18, 85-94.
38. Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536-555.
39. Fairhall, K., Bache, L., Dodd, P., & Young, P. (2009). Single-bed versus multi-bed hospital rooms: The case for patient safety. *World Health Design*, 7, 57-61.
40. Frumkin, H. (2001). Beyond toxicity: human health and the natural environment. *American journal of preventive medicine*, 20(3), 234-240.
41. Garver, M. S., & Mentzer, J. T. (1999). Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity. *Journal of business logistics*, 20(1), 33.
42. Gerlach-Spriggs, N., Kaufman, R. E., & Warner, S. B. (1998). *Restorative gardens: The healing landscape*. Yale University Press.
43. Gesler, W. M. (2003). *Healing places*. Rowman & Littlefield.
44. Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.
45. Grahn, P., & Stigsdotter, U. K. (2010). The relation between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration. *Landscape and urban planning*, 94(3-4), 264-275.
46. Hartig, T. A. (1993). *Testing restorative environments theory* (Doctoral dissertation, University of California, Irvine).
47. Hartig, T., Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., & Gärling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of environmental psychology*, 23(2), 109-123.
48. Herzog, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002). Social engagement and its relationship to health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(3), 593-609.

49. Hill, T. R., & Think, L. (2008). Using Color to Create Healing Environments March.
50. Hoe, S. L. (2008). Issues and procedures in adopting structural equation modelling technique. *Journal of Quantitative Methods*, 3(1), 76.
51. Hoelter, J. W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological Methods & Research*, 11(3), 325-344.
52. Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature*. New York: Cambridge.
53. Kaplan, R. (1989). *Psychological testing: principles, applications, and issues*. Brooks Cole publishing, pacific grove.
54. Kawakami, N., Winkleby, M., Skog, L., Szulkin, R., & Sundquist, K. (2011). Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: a nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden. *Health & place*, 17(1), 132-139.
55. Kellett, P., Macnaughton, J., & Coleman, S. (2004). Health, Art and Design: Evaluation of a new hospital environment. In *18th IAPS International Conference: Evaluation in Progress: Strategies for Environmental Research and Implementation*. Newcastle University.
56. Krieger, J., & Higgins D.L. (2002). Housing and Health: time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758-776
57. Kripke, D. F., Rische, S. C. & Janowsky, D. (1983). Bright White Light Alleviates Depression. *Psychiatry Research*, 10, 105-112.
58. Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social indicators research*, 28(3), 285-296.
59. Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O., & Jordan, A. (2006). Health Impacts of the Built Environment. *A Review*. Dublin: Institute of Public Health in Ireland.
60. Malkin, J. (2003). Healing environments as the Century mark: The quest for optimal patient experiences. *The architecture of hospitals*. NAI Publishers, Rotterdam, 258-265.
61. Marcus, C. C. (2007). Healing gardens in hospitals. *Interdisciplinary design and research e-Journal*, 1(1), 1-27.
62. Marcus, C. C., & Barnes, M. (1995). *Gardens in healthcare facilities: Uses, therapeutic benefits, and design recommendations*. Concord, CA: Center for Health Design.
63. Marcus, C. C., & Barnes, M. (Eds.). (1999). *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations* (Vol. 4). John Wiley & Sons.
64. Marcus, C. C., Sarkissian, W. (1988). Housing As If People Mattered: Site Design Guidelines For Medium-Density Family Housing (California Series In Urban Development), Volume 4, *University of California Press*.
65. Marshall, E. S. (2008). Home as place for healing. *Advances in Nursing Science*, 31(3), 259-267.
66. Miller, F. D., Tsemberis, S., Malia, G. P., & Grega, D. (1980). Neighborhood satisfaction among urban dwellers. *Journal of Social Issues*, 36(3), 101-117.
67. Nakamura, R. and E. Fujii (1992). A comparative study of the characteristics of the electroencephalogram when observing a hedge and a concrete block fence. *Journal of the Japanese Institute of Landscape Architects*, 55: 139-144. (In Japanese with English summary.)
68. Nesmith, EL. (1995). *Health Care Architecture: Designs for the Future*. Washington, DC: The American Institute of Architects Press.
69. Oberlin, J. (2008). Evidence that pediatric settings can heal. *Health Care Design*.
70. Phiri, M. (2003). One patient one room—theory & practice: an evaluation of the leeds nuffield hospital. *A study report*. Sheffield: University of Sheffield, School of Architecture, Retrieved, 7, 2007.
71. Scanlon, M. (2007). *Human Factors and Ergonomics in Pediatrics in Pascale Carayon, in Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*. Lawrence Erlbaum Associates, London.
72. Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 99, 323-337.
73. Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2-3), 167-183.
74. Sivo, S. A., Fan, X., Witta, E. L., & Willse, J. T. (2006). The search for "optimal" cutoff properties: Fit index criteria in structural equation modeling. *The journal of experimental education*, 74(3), 267-288.
75. Topf, M. (1984). A framework for research on aversive physical aspects of the environment. *Research in Nursing & Health*, 7(1), 35-42.
76. Ulrich, R. S. (1999). *Effects of gardens on health outcomes: Theory and research*.
77. Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
78. Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
79. Ulrich, R.S. (1984) View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224, 420-421 .



80. Van den Berg, A. E. (2005). Health impacts of healing environments; a review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings. UMCG.
81. Van den Berg, A.E., Koole, S.L., & Van der Wulp, N.Y. (2003). Environmental preference and restoration: (How) are they related?. *Journal of Environmental Psychology*, 23 (2), 135-146.
82. Veitch, J. A., Gifford, R., Hine, D. W. (1991). Demand Characteristics and Full Spectrum Lighting Effects on Performance and Mood. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 87-95.
83. Verhaeghe, P. P., Coenen, A., & Van de Putte, B. (2016). Is living in a high-rise building bad for your self-rated health?. *Journal of Urban Health*, 93(5), 884-898.
84. Vitruvius, P. (1914). *The Ten Books on Architecture*. (M.H. Morgan, Trans). London: Harvard University Press.
85. Walden, T. A., Forsyth, D. R. (1981). Close Encounters of the Stressful Kind: Affective, Physiological, and Behavioral Reactions to the Experience of Crowding. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6, 46-64.
86. Walden, T.A., Nelson, P., Smith, D.E. (1981) Crowding, Privacy And Coping. *Environment and Behavior*, 13.
87. Wandersman, A., & Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. In *Handbook of community psychology* (pp. 247-272). Springer, Boston, MA.
88. Williams, M. A. (1988). The physical environment and patient care. *Annual review of nursing research*, 6(3), 61-84.
89. Wilson, Kelly C. (2006). The Ecology of Waiting within an Ambulatory Waiting Room, A Student Project for New York: Cornell University.
90. Wilson, L. M. (1972). Intensive care delirium, the effect of outside deprivation in a windowless unit. *Archives of Internal Medicine*, 130 (2), 225-226.



## Investigating the Effective Components of Designing Residential Complexes' Spaces Based on Promoting the General Health of Residents (Case Study: Civil and Development and Iris Residential Complexes in Shiraz)

Malihe Taghipour<sup>1</sup>, Saeed Azemati<sup>2\*</sup>, Elahe Mohajer<sup>3</sup>

1 Associate Professor, Department of Architecture, Faculty of Art and Architecture, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Taghipour@iaushiraz.ac.ir

2 Assistant Professor, Department of Architecture, Faculty of Art and Architecture, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

S.Azemati@iauet.ac.ir

3 Ph.D. Student, Department of Architecture, Faculty of Art and Architecture, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

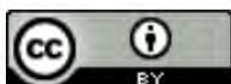
E.Mohajer@iaushiraz.ac.ir

### Abstract

In the present age in urban and industrial societies, the environment's negative effects on the psyche of individuals and the prevalence of mental disorders make a need to pay attention to public health.

Based on this fact, healing spaces are required for a daily stressful life. Residential areas have the largest share among where human beings deal during the day and have the most significant impact on the individual. So, these spaces should be designed to provide mental and physical health for residents. This study aims to provide effective components for promoting the general health of residents in residential complexes. This research has been done by a combined method (quantitative-qualitative). In the first stage, after introducing the basic concepts, healing architecture characteristics have been extracted from the research background, which will be the basis for the researcher-made questionnaire. Data collection was conducted by presenting a researcher-made questionnaire, a standard general health questionnaire (GHQ), and Keyes's Social Well-being questionnaire (KSWBQ) to the residents of Zanbagh, Civil and development residential complexes in Shiraz. Finally, the data obtained by Spss-23 software were analyzed using factor analysis, Pearson correlation, and the Friedman test. According to the results, the effective design components of residential complexes include various spaces and activities, environmental safety and security, privacy, environmental well-being, environmental pleasure and attractiveness, and social interactions based on promoting the general health of residents. Among these factors, the highest mean rank belongs to the component of social interactions, and the lowest one belongs to the component of various spaces and activities.

**Keywords:** Healing Architecture, Residential Complexes, Public Health.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)