

مفهوم شفابخشی در ایران

چکیده | منظر شفابخش به عنوان یکی از موضوعات حوزه معماری منظر مطرح است. مطالعات انجام‌شده در غرب نشان از رویکردهای خاص نظریه‌پردازان غربی در خصوص منظر بیمارستانی، منظر شفابخش و نگرش‌های نوین درباره به کارگیری طبیعت و عناصر آن در ساخت منظر بیمارستانی و درمانی دارد. اما نگاهی به فضاهای امروز درمانی در ایران گویای تفاوت اساسی در نگرش مردم و فرهنگ عمومی نسبت به فضای بیمارستان است؛ چنانچه این تفاوت فرهنگی و نگرشی، منظری متفاوت از بیمارستان‌های غربی را نشان می‌دهد. به طوری که در این پژوهش مفاهیم بازخوانی‌شده در محوطه بیمارستان مورد مطالعه نشان از وجود مفاهیم نوینی دارد که به هیچ وجه در بیمارستان‌های غربی دیده نمی‌شود؛ مفاهیمی مانند روابط همراهان بیمار و ملاقات‌کنندگان در بیمارستان که مطابق فرهنگ ایرانی است. همچنین مفاهیمی همچون سکونت و حکمت که ناشی از نگاه خاص ایرانیان به مفهوم بیمارستان است. این پژوهش از طریق مطالعه کتابخانه‌ای در خصوص تاریخ بیمارستان و طب در ایران و غرب، با برداشت‌های محلی و مصاحبه به شکل پرسش‌نامه در محوطه بیمارستان امام خمینی تهران به اهمیت و رابطه مستقیم مناظر شفابخش در محیط‌های بیمارستانی با ویژگی‌های فرهنگی و بومی هر سرزمین و بازخوانی تفاوت اساسی مفهوم شفا در ایران و غرب به شکل اجمالی پرداخته است.

واژگان کلیدی | باغ‌های شفابخش، منظر بیمارستانی، محوطه بیمارستان، منظر درمانی، مفهوم شفابخشی.

مریم زاهدی
کارشناس ارشد معماری منظر،
دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین.

zahedi.cactux@gmail.com

سید امیر منصوری
استادیار دانشکده معماری،
پردیس هنرهای زیبا،
دانشگاه تهران

amansoor@ut.ac.ir

مهدی سنماری
دکتری معماری، دانشگاه بین‌المللی
امام خمینی، قزوین.

mehdisenemari@yahoo.com

محمد مهدی ضرابی
دکتری علوم باغبانی، دانشگاه
بین‌المللی امام خمینی، قزوین.

mehdimzz@gmail.com

مقدمه | مکان‌های شفابخش در ارتباط با عناصر طبیعت مدت‌زمانی طولانی پس از برپایی سکونتگاه‌های بشری، همواره یافت می‌شود. این مکان‌ها در قالب رودخانه‌های شفابخش، بیشه‌زارها، چشمه‌های مقدس، یک صخره با غار خاص یا درختی مقدس در نظر مردم شفابخش بود. با گذشت زمان ایده شفابخشی و باغ‌های شفابخش مطرح شد. این باغ‌ها به بازسازی رابطه انسان با طبیعت برای برطرف کردن معضلات روحی انسان‌ها طراحی شدند (ادیبی و اکبرزاده، ۱۳۹۲: ۱۲۷). بر طبق نظر ویلسون (Wilson, 1984)، نویسنده فرانسوی، انسان‌ها به طور طبیعی به ارگانسیم‌ها و موجودات زنده اعم از موجودات زنده گیاهی یا جانوری تمایل دارند. وی این پدیده را «بیوفیلیا» (Biophilia) می‌نامد (مشهدی باویلی، ۱۳۹۱: ۱۱). همچنین اندیشمندی نظیر هاوارد فرامکین (Frumkin, 2000) و اولریخ (Ulrich, 2002) در مطالعات خود یافته‌های ویلسون را تأیید کرده و به تئوری بیوفیلیای او اشاره دارند و آن را یکی از بزرگ‌ترین تئوری‌های حمایت‌کننده از سلامت روحی بشر می‌دانند. دکتر راجر اولریخ در حقیقت با تأکید بر آخرین گزارش خود دریافت که چگونه یک منظر طبیعی از پنجره بیمارستان یا حتی نقاشی آن منظره در یک تابلو بر بیماران تأثیر مثبت خواهد داشت. در مشهورترین مطالعه آلریش، وی میزان تأثیری که تماشای یک منظر طبیعی از میان یک پنجره در بهبود بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند را مشخص کرده است. وی دریافت دوران نقاهت برای بیمارانی که پنجره اتاق آنها رو به یک منظر طبیعی و پردرخت باز می‌شود، بسیار کوتاه‌تر از بیمارانی است که مجبور به تماشای یک اتاق محبوس با دیوارهای آجری هستند و همچنین نیاز آنها به داروهای مسکن کمتر می‌شود. اختلاف اساسی بین شفابخشی و معالجه آن است که در معالجه برخورد دارویی با بیماری پیشنهاد می‌شود، در صورتی که شفابخشی یک فرایند چندبعدی است که فاکتورهای مختلف شامل فاکتورهای روانی و جسمی را در نظر گرفته می‌گیرد. فاکتورهای روانی در ارتباط با نیازهای روحی، ذهنی، احساسی و اجتماعی هستند (ملازم حسینی، ۱۳۸۵: ۸۵). این مفاهیم بیان می‌کند که نگرشی دوباره به مفاهیم طبیعت و به کارگیری آن در حوزه درمان و بیمارستان شکل گرفته است. هیاهوی این نگرش موجب موج ترجمه و تولید محتوا در حوزه منظر شفابخش در ایران شده که به نظر نویسنده،

بی‌آنکه به مفاهیم و بنیان‌های فکری و نگرشی درست، دست یابد، شتاب‌زده به دنبال الگوبرداری و تولید محتوا در این خصوص است. با این تعبیر، پژوهش حاضر سعی در بررسی بنیان‌های فکری که به عنوان مبدأ منظر شفابخش در غرب مطرح است، پرداخته و با بررسی و ارجاعی کوتاه نسبت به نگرش و جهان‌بینی کلی در خصوص مناظر شفابخش در غرب و گیاهی کوتاه در خصوص نگرش ایرانیان در گذشته، به این مفهوم می‌پردازد. سؤال اصلی این است که هنگامی که می‌گوییم مناظر شفابخش، یعنی چه مناظری؟ وقتی می‌گوییم طبیعت شفابخش است، کدام وجه طبیعت را در نظر داریم؟ و آیا اساساً منظور از طبیعت، عناصر طبیعی است یا وجهی خاص از طبیعت مدنظر است؟ این وجه چگونه موجب تولید و طراحی بیمارستان‌ها شده است؟ سؤالات فوق آغازی است بر این پرسش که باید به مبناهای شفابخشی و مفاهیم آن پیش از نتایج حاصل از آن دست یافت. این مفاهیم با آزمون و خطا به دست نمی‌آید، بلکه نیازمند بازخوانی روند تاریخی و شکل‌گیری محتوای بنیان‌ها است. بر این اساس سعی شده تا با قیاسی کوتاه به لحاظ بنیان‌های اصلی و درنهایت نتایج حاصل از آن در دو جبهه غرب و ایران بپردازیم.

فرضیه

شفابخشی و مفاهیم درمان در ایران متفاوت از غرب است و منظر بیمارستانی متفاوتی را تولید می‌کند، که بر دو محور بیمارستان به عنوان سکونت‌گاه و حکیم و حکمت در بستر باغ‌مانند استوار است.

تاریخ غرب در منظر شفابخش

در تمدن یونانی‌ها و رومی‌ها محل معاینه و معالجه بیماران همان معابد بود. اگرچه در این معابد، طب به شکل امروزی وجود نداشت و بیمار با مشتی خرافه و اعمال صوفیانه و سحر و جادو درمان می‌شد، اما این معابد راه را برای بیمارستان‌های امروزی باز کردند، زیرا بهترین پناه برای بیماران بود (نجم آبادی، ۱۳۸۲: ۷). در آنجا بیماران را از نظر روحی و جسمی مراقبت می‌کردند، داروهایی که در معابد معروف یونان به کار می‌رفت عبارت بود از نمک، عسل و آب‌های چشمه‌های مقدس. میدان‌های وسیعی که گنجایش هزاران نفر را داشت برای آنها مهیا بود، همچنین تفریحات متنوع و سالن‌های تئاتر در اختیارشان قرار

شفابخش، از این باغ‌ها به عنوان مکان‌هایی که بیماران بتوانند در آنها سکنی داده شوند استفاده می‌شد (ملازم حسینی، ۱۳۸۵: ۹۹).

طی قرون چهاردهم و پانزدهم با شروع بیماری طاعون، خرابی و آفت‌زدگی محصولات کشاورزی و مهاجرت‌های وسیع به شهرهای در حال رشد، دیرها اشغال شدند و راهبان ناچار بودند منابع دارویی و درمانی را که زمانی قادر به فراهم کردن آنها بودند به میزان قابل توجهی کاهش دهند. بنابراین با رو به نقصان رفتن خود رهبانیت، میزان شاخص بودن باغ‌های مراقبه‌ای نیز کاهش یافت و فضاهای باز مرتبط با بیمارستان‌ها اگر اصلاً وجود داشت، معمولاً به صورت تصادفی و براساس اصول معمول معماری‌های محلی شکل گرفته بود.

این رخوت تا مدت‌ها باقی بود تا در قرون ۱۷ و ۱۸ تعیبه و پیش‌بینی محیط‌های بیرونی در مجموعه‌های درمانی بار دیگر اهمیت پیدا کرد. هنگامی که دو جنبه پزشکی علمی و مکاتب هنری رمانتیک به طور کاملاً اتفاقی و تصادفی با یکدیگر تلفیق شد، ظهور فضاهای بیرونی و قابل استفاده در بیمارستان‌ها تقویت شد (ملازم حسینی، ۱۳۸۵: ۱۰۰).

در قرن بیستم دنیای مراقبت‌های درمانی تغییر و تحول پیدا کرد. ساختار بیمارستان‌ها تغییر کرد و بیمارستان‌های سرپایی ارزان‌ساخت با مجموعه‌های پیچیده چندین طبقه جایگزین شد. از دست رفتن فضاهای باغی در کنار فشار وارد از سوی شرکت‌های بیمه مبنی بر به حداقل رساندن حد ساختاری و زیر بنای بیمارستان‌ها، در مقیاس گسترده‌ای باغ‌هایی که دارای کاربرد واقعی بودند از بین برد و مجموعه‌های تازه به شکل مراکز درمانی امروزی ایجاد شد. تا همین اواخر (سال‌های دهه ۱۹۹۰) که ایده باغ شفابخش مجدداً در تحقیقات مورد توجه قرار گرفت، محیط‌های خارجی و بیرون ساختمان دوباره به مجموعه‌های درمانی بازگردانده شد و مارکوس و بارنز این ایده را توصیف و گسترش دادند که هنوز هم ادامه دارد (همان).

متدولوژی نحوه تعریف منظر شفابخش در ایران

مرور تاریخ بیمارستانی ایران

با توجه به آنچه گذشت، به نظر می‌رسد بیشتر مورخین غربی در خصوص تاریخ منظر شفابخش، کلیسا را به عنوان مبدأ شکل‌گیری باغ شفابخش در محیط‌های درمانی امروزی در غرب معرفی می‌کنند (اگرچه به نظر نویسنده پیشگامان چنین رخدادی یونانیان بودند و چنانچه اشاره شد، همچنان پدر

می‌گرفت. همچنین آفتاب، هوای دریا و مناظر و چشم‌اندازهای زیبا و دل‌فریب از عواملی بود که در معالجه دخالت داشت. برای پرستاران، پزشکان، کشیش‌ها و کسانی که برای ملاقات می‌رفتند کتابخانه و اتاق‌های متعددی تهیه می‌کردند (همان: ۹). در اپیدوروس برای نخستین بار ستون‌هایی دیده می‌شود که نام بیمار و تاریخچه بیماری و شرح درمان آن بر روی آن ثبت شده است (همان: ۱۲).

گرچه این مطلب که مسیحیت را عامل اصلی وجود بیمارستان‌ها بدانیم صحیح نیست، ولی مسلم است مفاهیمی مانند عاطفه، شفقت و محبت که به وسیله حضرت مسیح (ع) القا شده بود، از انگیزه‌هایی است که به تأسیس بیمارستان کمک کرد. با پیشرفت مسیحیت، بیمارستان بخش لاینفکی از کلیسا و بدین ترتیب جانشین معابد یونان و روم شد (همان: ۱۱).

به دنبال آن در قرون وسطی، صومعه‌ها، باغ‌هایی متمرکز به صورت اختصاصی برای خود تصاحب کردند. در همین حین است که باغ‌های دنیایی پردیس‌گون و محصور مورد اقبال اشراف و شعرا قرار می‌گیرد (باغ طرب یا باغ لذت)؛ (Van Zuylen, 1994: 26). همچنین باغ‌های محصور که باغ صومعه نیز نامیده می‌شوند، نمادی از عدن و امید برای زندگی بهتر است. باغ توسط چهارراه به چهار مربع تقسیم می‌شد که در مرکز با هم متقاطع بودند. این چهار مسیر نمادی از چهار رودخانه بود که از باغ عدن سرازیر می‌شد. در اروپا، برای اولین بار باغ درمانی در مکان‌های محصور، در مقیاس انسانی در صومعه‌ها و بیمارستان‌ها ظاهر شد؛ مکانی برای نگهداری بیماران و دیوانگان (LaFargue, 2004: 6).

در اواخر قرون وسطی، عرفان و تمایل به رهبانیت رو به افول رفت و کمرنگ شد. کلیسا به عنوان نهادی که فضای مراقبه محصورشده‌ای بود، به شکلی باغ‌گون، به مکانی برای مراقبت از بیمار تبدیل شد. باغ‌ها تا آن زمان تنها برای ثروتمندان یا به عنوان نموده‌های معماری شناخته می‌شد. در بیمارستان‌های کاتولیک‌ها، طرحی شبیه به طرح کلیسا (فرم کشیده باسیلیکایی) طراحی شد که بیماران به شکلی عمومی در آن بستری می‌شدند؛ بخشی طولانی به طوری که هر بیمار می‌توانست کشیش را ببیند و مراسم عشاء ربانی یا اعتراف را انجام دهد (همان).

راهبان تارک دنیا در تمامی این سال‌ها دانش مربوط به ارزش‌ها و خواص درمانی گونه‌های گیاهی موجود در مغرب‌زمین را زنده نگه داشتند. در برخی از موارد به دلیل وجود کیفیت

مفهوم منظر شفابخش در غرب با توجه به نمونه موردی تحقیقات امروزی بیان می‌دارد که شفابخشی مقوله‌ای تک‌بعدی نیست، بلکه شفابخشی به معنای یک پروسه کل‌نگر است که انسان‌ها را مجموعه‌ای مشتمل بر جسم و ذهن و روان می‌داند. اختلاف اساسی بین شفابخشی (پزشکی مکمل و طب کل‌نگر) و معالجه (پزشکی نوین) آن است که در معالجه شرایط برخورد دارویی با بیماری پیشنهاد می‌شود، در صورتی که در شفابخشی که یک فرایند چندبعدی است فاکتورهای مختلف که شامل فاکتورهای روانی و جسمی است در نظر گرفته می‌شود. فاکتورهای روانی در ارتباط با نیازهای روحی، ذهنی و احساسی و اجتماعی می‌باشند (ملازم حسینی، ۱۳۸۵: ۹۵).

ارتباط کم‌رنگ‌شده انسان و طبیعت در قرن حاضر بیان می‌دارد که سلامت و آرامش انسان این عصر به شدت دچار مخاطره و تزلزل شده است، که جدایی او از طبیعت یکی از عوامل مهم آن است. این انسان، نیازمند درمان و شفابخشی از طریق بازگشت به طبیعت است. یافتن دیدگاه و مفهوم شفابخشی در غرب را می‌توان در دو شکل تئوری و عملی آن تحلیل و بررسی کرد. وجه تئوریک آن در خصوص رویکردهایی است که به طبیعت وجود دارد و به شکل نظریه‌هایی مورد استناد قرار گرفته است. همچنین می‌توان وجه عملی آن را در بازخورد و ایجاد فضاهایی براساس آن نظریه‌ها و آنچه عملاً به ظهور رسیده است، دنبال کرد.

• وجه تئوریک

از زمان مطرح شدن تئوری بایوفولیا و در ادامه آزمایشات کوپر، مارکوس و فرانسیز (سال ۱۹۹۱) که متوجه شدند مردم برای «کمک کردن به خودشان» زمانی که تحت فشار یا شرایط افسردگی هستند، به طبیعت می‌روند، رویکردهای نوین به طبیعت مجدداً شکل گرفت. در نتیجه مکتب‌های مختلفی با مبنای علمی مختلفی ظهور پیدا کرد، و رابطه‌ای بین منظر و سلامتی برای درک مکانیزم‌های طبیعت به وجود آمد.

در جدول ۱ چهار مکتب اصلی براساس مطالعات انجام‌شده در جوامع غربی در زمینه‌های مختلف علوم انسانی، شامل جغرافیای پزشکی، روان‌شناسی طبیعی، محیط زیست و باغ درمانی اشاره شده است (Jiang, 2014: 142).

دو نکته اساسی در رویکردهای نوین و تئوری‌های غربی هویدا است. اول اینکه بیشتر این تئوری‌ها از منظر روان‌شناسی

طب را بقراط حکیم دانسته‌اند. این مطلب از این حیث حایز اهمیت است که مکان شفابخش در غرب در فضای معنوی کلیسا و در کنار باغی با خصوصیات خاص خودش شکل گرفته، اما پیشینه ایران کاملاً در تضاد با این موضوع است. با نگاهی به تاریخ طب و پزشکی، در ایران مراکز دانشگاهی و بیمارستانی خاص درمان معمولاً در جایی خاص با آب و هوایی مناسب، دسترسی آسان و در عین حال با مفاهیم آموزشی و علمی مطرح شکل گرفته است، از قبیل جندی‌شاپور (مصادف با انوشیروان ساسانی ۵۳۱-۵۷۹ میلادی) و ربع رشیدی (قرن چهارم هجری) که در واقع مجتمع‌های درمانی و دانشگاهی بوده‌اند. تفاوت اساسی بنیان تاریخی غرب با گذشته تاریخی ایران در این است که در ایران این مکان‌ها از ابتدا بر مبنای درمان و به عنوان مرکزی برای بهبود طراحی شده است نه فضایی ذیل کلیسا یا معبد.

چنانچه در کتاب بازآفرینی ربع رشیدی براساس متون تاریخی آمده است، «از نکات مهم طرح قرارگیری شهر در میان باغ‌های پیرامونی بوده است، که آنها را به صورت اجزای لاینفک ربع رشیدی نشان داده‌اند». همچنین «همه آنها را به صنوف رعایت و الوف عنایت مخصوص گردانیدیم و گفتیم هر روز در دارالشفای ما تردد کنند... کحلان و جراحان و مجبران که دارالشفای ماست بقرب باغ رشیدآباد که آن را، معالجه معالجان خوانند بنیاد فرمودیم» (کی نژاد و بلالی اسکویی، ۱۳۹۰: ۱۳۸). عبارات فوق همچنین توصیفات خارق‌العاده از نظم، زیبایی و تکامل مجموعه که بیان‌گر تخصصی بودن چنین بنایی و قرین باغ و بساتین بودن شهر و مجتمع در کنار هم است.

نمونه دوم جندی شاپور است که در نزدیکی شهر اهواز کنونی یعنی ده شاه‌آباد قرار داشت، تاریخی کهن دارد و طبق نظر اکثر دانشمندان، در آن زمان، نام آن جنتاشاپیرتا (Genta shapirta)، یعنی «باغ زیبا» بوده است. جندی شاپور کنونی در پایان قرن سوم میلادی کمی پس از آنکه شاپور امپراتور روم را شکست داد و انطاکیه را تصرف کرد، ساخته شد به همین جهت آن را وه اندیو شاپور یعنی بهتر از انطاکیه شاپور، نامیدند. عرب‌ها احداث بیمارستان را از ایرانیان آموختند (جلیلیان، ۱۳۹۱: ۵۶).

• وجه عملی

با تحلیل و مهندسی معکوس از آنچه در عمل ساخته شده است، می‌توان به مفاهیم پنهان در تئوری‌ها دست یافت. بر این اساس ۵ نمونه موردی در این خصوص در جدول ۲ ارائه می‌شود.

مروری کوتاه به جدول ۲ نشان از ابزاری بودن عناصر طبیعی در تولید منظر دارد، که البته چون این امر در فضای بیمارستان اتفاق می‌افتد منظر شفابخش تلقی می‌شود. سؤال اصلی این است که آیا حضور عناصر طبیعی درمانگر است؟ و آیا همان‌طور که در آزمایشات روان‌شناسی محیط که توسط اولریخ، مارکوس، بارنز و دیگران انجام شده است، به کارگیری طبیعت با عناصر طبیعی مسئله را حل می‌کند؟

و بر مبنای آزمایشات محدود در زمان خود و مکان ثابت به اثبات رسیده است و دوم اینکه این رویکردها طبیعت را به صورت نمادهای مدرنیزه شده مثل یک منظره، درخت یا محیط مصنوع معرفی کرده‌اند و همگی این نظریه‌ها بنیان‌های خود را در بازگشت به طبیعت برای کاهش استرس و علائم روحی روانی بیماران خود در نظر گرفته‌اند. این امر آنجا حایز اهمیت است که مفاهیم امروزی منظر شفابخش از قرون وسطایی برآمده که روزگاری طبیعت را شیطان و خانه شیطان معرفی می‌کرده است.

جدول ۱: نظریه‌ها و مکاتب فکری باغ‌های شفابخش، مأخذ: Jiang, 2014: 142

مکتب فکری	واژگان	نظریه	محققان
جغرافیای پزشکی (Medical Geograph)	Therapeutic landscape	حس مکان و چهار بعد مناظر درمانی شامل: محیط طبیعی و محیط زیست، محیط ساخته‌شده، محیط نمادین و محیط اجتماعی	گسلر، ۲۰۱۳
روان‌شناسی محیطی environmental psychology	Restorative environment Therapeutic landscapes and healing garden	نظریه ترمیم حواس (ART) چهار ویژگی محیط ترمیمی: ۱- دور بودن از استرس و مشغله، ۲- وسعت، ۳- غیر ارادی بودن و ۴- سازگاری نظریه تکامل روانی (AAT)، نظریه زیبایی‌شناسی: سه ویژگی باغ شفا: ۱- تسکین فیزیکی علائم، بیماری یا تروما ۲- کاهش فشار برای افراد هنگامی که تجربه استرس‌زا دارند و ۳- بهبود کلی احساس خوشبختی	کاپلان و کاپلان ۱۹۸۹، ۱۹۹۲ کاپلان و برمان، ۲۰۱۰
روان‌شناسی زیست‌محیطی Ecological psychology	Salutogenic environment and therapeutic landscape	نظریه کارایی محیط زیست، روان‌شناسی محیط زیست	هفت، ۱۹۹۹ و ۲۰۱۰ گراهن و استیگسدوتر، ۲۰۰۳
باغ‌درمانی Horticultural Therapy	Healing garden and therapeutic garden	تئوری «تجربه جریان»، حسی نظریه تحریک	سودرباک و دیگران، ۲۰۰۴ دتویلر و دیگران، ۲۰۱۲

نمونه موردی	هدف	معیار تئوری	فضای شاخص
باغ شفابخش لوکاس، استرالیا	باغی برای کودکان سرطانی	حضور در طبیعت و کشف فضا	آب بازی موسیقی درمانی فضای جمعی
انستیتو سنت پیر فرانسه	ایجاد فضای انسانی برای بیماران	حضور در فضای آرام بخش با دید و منظر طبیعی	نور طبیعی مسیر چوبی نمای رنگ با رنگ‌های گرم
مرکز درمانی ژوپیتز فلوریدا، شرکت روی فیشر	فرایند درمان در زمینه‌های حسی و روان‌شناسی	بهبود و بازگرداندن اعتماد به نفس	ایجاد فضای اجتماعی پیاده روی و ورزش تنوع فضای سبز آفتاب گرفتن فضای گفتگو
بیمارستان فیونا استنلی، منظر برای سلامتی	منظری برای سلامتی با استفاده از طبیعت	باغ درمانی	ورزش کردن چشم‌انداز نور طبیعی حفظ حیات وحش بومی
مرکز سرطان بالینی سانفرانسیسکو، کالیفرنیا	ایده کوپر و مارکوس	ایده کوپر و مارکوس	دریافت نور طبیعی تنوع گیاهان رنگی صدای آب دخالت کاربر با طراحی کاشی فضای صمیمی

مشخص شد ایده علم‌محوری و همجواری بیمارستان با شهری پر از باغ تفاوت اساسی درمان در مسیحیت و قرون وسطی با پیشینه تاریخ ایران است. عنصر مهم و اولیه پیدایش هر دو بیمارستان، مجتمع‌های آموزشی و دانشگاهی علم محوری بوده؛ بر خلاف درمان رایج در کلیسا که با خرافه و سحر و جادو همراه بوده است. بدین مضامین دقت کنید، «در قرون وسطی بیمارستان‌ها تحت نفوذ کامل مذهب بوده و بیشتر به صورت بنگاه‌های مذهبی بود نه پزشکی. علم جراحی و شکافتن شکم مریض، توهینی به مقدسات مذهبی بود. آنها معتقد بودند جسم انسان به صورت خداوندی آفریده شده و به روح باید کمک کرد نه به جسم. مذهب در این دوره مهم‌ترین عامل تأسیس بیمارستان‌ها بود» (نجم‌آبادی، ۱۳۴۱: ۱۸).

اگرچه حسن آن دید کل‌نگر به مسئله موجود است که آدمی را تنها کالبد نمی‌بیند، اما مسئله اساسی این است که این تقسیم‌بندی مسئله شفابخشی را در حوزه‌های آکادمیک به زیر مجموعه‌هایی تقسیم کرده که طبیعت را به شکل اجزایی جدا از هم، قابل تفکیک و تحت کنترل تبدیل کرده است. به طور مثال آفتاب درمانی، آب درمانی، رایحه درمانی، رنگ درمانی، موسیقی درمانی و غیره. این امر خطر تبدیل طبیعت به خصوصیاتش به شکل منفک و جزء جزء را در پی دارد و این نگرش به طبیعت به عنوان یک کل را با مخاطره مواجه می‌کند.

مفهوم شفابخشی در ایران

با بیان گزیده‌ای از تاریخ ربع رشیدی و جندی شاپور

فضا شدیم، حجره‌های آن با نقوش زیبا نقاشی شده بود. گویی هر بخش حجره ای بود از روضه رضوان...» (همان : ۲۵۳).
اگرچه ممکن است اطلاعات تاریخی یا برداشت‌ها و بازنویسی‌ها دچار نقصان‌هایی باشد اما وجود تفاوت اساسی در مفهوم شفا و درمان و بستر مکانی آن بیمارستان در تاریخ ایران و غرب کاملاً هویداست.

بررسی بیمارستان امروز (نمونه موردی : بیمارستان امام خمینی تهران)

با بررسی‌های فراوان، مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شد. درب اصلی بیمارستان واقع در خیابان دکتر قریب بوده و مانند نمونه‌های تاریخی بیمارستانی آموزشی-درمانی، شامل سه مجتمع بیمارستانی مستقل، با وسعتی حدود ۲۵ هزار متر مربع است. ایده ساخت این بیمارستان در سال ۱۳۰۶ و افتتاح رسمی آن در سال ۱۳۲۵ شکل گرفت. همچنین دارای سبکه تاریخی خاص خود بوده است و دوران جنگ جهانی دوم، اشغال متفقین، وقایع انقلاب، فرود بالگرد حامل امام خمینی (ره) و حوادثی در دوران جنگ تحمیلی را به خود دیده است. نمای اصلی ساختمان امام فعلی (پهلوی سابق) به شکل دوریک یونانی بوده و در سازمان میراث فرهنگی ثبت شده است.^۱

با برداشت‌های مختلف از محوطه بیمارستان، انجام مصاحبه با حاضران در محوطه و بیمارانی که در محوطه بودند، همچنین توزیع پرسش‌نامه و مصاحبه با پرسنل و پزشکان به آسیب‌شناسی محوطه و دسته‌بندی آسیب‌ها و روابط موجود در بیمارستان می‌پردازیم.

براساس نتایج پرسش‌نامه جدول (۳)، ۸۱ درصد از مصاحبه‌شوندگان در محوطه شهرستانی بودند و ۳۵ درصد، از یک تا دو هفته اقامت در بیمارستان داشته‌اند. پس از نتایج پرسش‌نامه ابتدا علاوه بر آسیب‌شناسی محوطه، توسط پرسش‌نامه اطلاعات دیگری از افراد حاضر در بیمارستان گرفته شد.

مصاحبه‌ها و پرسش‌ها در محوطه تأکید دوباره‌ای بود بر مفاهیمی که در بیمارستان‌سازی و محوطه‌سازی آن دیده نشده است. نتایج به دست آمده نشان داد :

۱- بر اساس نمودار بیشترین اقامت‌کنندگان دائمی در محوطه بیمارستان همراهان مریض مرد است که گاهی تا ماه‌ها در محوطه اسکان دارند (تصویر ۱).

از طرفی بستر باغ‌گون و انتخاب مکانی برای بیمارستان یا درواقع شهرک دانشگاهی ایده‌ای است که با عقاید و بنیان‌های فکری و فرهنگی تلفیق شده است. جندی شاپور در عهد انوشیروان ساسانی هنگامی مطرح است که فرهنگ باغ‌سازی در ایران در اوج شکوه است.

لاجرم بیمارستان ذیل فضایی مانند کلیسا در پیشینه غرب نیست، بلکه مکانی انتخاب شده و مکمل کار علمی در این شهرها است.

اگرچه یافتن مفهوم شفا با این دو نمونه در تاریخ ایران کار آسانی نیست، اما می‌توان ایدئولوژی‌هایی را یافت که راه‌گشا باشد. مدارک کمی در خصوص نوع سامان‌دهی فضا در جندی شاپور موجود است، اما با توجه به وقف‌نامه ربع رشیدی می‌توان مفاهیم کاربردی در ساخت و مدیریت بیمارستان رشیدی را به شکل اجمالی زیر برشمرد :

- تشکیلات یکپارچه با مدیریت حکیم و پزشک حاذق
- انتخاب محیط خوش آب و هوا
- تأکید بر بستر باغ‌گون
- ایجاد سیستم علمی و منظم شهری و سکونتگاهی
- طبخ غذا بر طبق مزاج بیماران
- جهت‌گیری مناسب به لحاظ نورگیری
- استفاده از عناصر طبیعی مثل آب و گیاهان
- نقوش و نقاشی‌های زیبا
- ایجاد فضای زیبا و باشکوه با در نظر گرفتن پذیرش مسافران بسیار
- وجود خانقاه و جایگاه مذهبی

جهت مستندسازی برخی موارد فوق به متن کتاب بازآفرینی ربع رشیدی بر اساس متون تاریخی نوشته محمد علی کی‌نژاد، می‌پردازیم. «... صد نفر از غلامان در باغ‌های رشید آباد، نجم‌آباد، دنیاآباد، فردوس و خانقاه که به هم پیوسته و به باغ‌های رشید آباد مشهور بودند و پنجاه نفر دیگر نیز در باغ فتح‌آباد به آبادانی باغ‌ها و زراعت و رسیدگی به امور وقفی مشغول بودند» (کی‌نژاد و بلالی اسکویی، ۱۳۹۰: ۴۵).

به مفهوم سکونت دقت کنید: «شایان ذکر است مسافران فقط سه روز می‌توانستند در ربع رشیدی اقامت کنند... . جایی که مسکن طیب حاذق در کنار دارالشفا و به جانب راست، که به آن دارالطیب می‌گفتند» (همان).

«... در صورت داشتن خانواده برای آنان در محله صالحیه خانه‌ای بنا می‌کردند...» (همان : ۵۱)

«... با همان نظر اول یک دل نه که صد دل شیفته زیبایی این

در راستای کاهش استرس و روند درمانی نیست، اگرچه در تجربه‌های جهانی بدان تأکید شده است.

۶. با توجه به مصاحبه با پزشکان صاحب‌نظر، هزینه‌های درمان در بیمارستان امام خمینی (ره) از بیمارستان‌های خصوصی بالاتر است، در نتیجه به نظر نمی‌رسد بتوان با سیستم مدیریت بیمارستان خصوصی با مشکلات و مسائل مربوط به ملاقات‌کنندگان و همراهان بیمار برخورد کرد. بر این اساس بیمارستان امام خمینی (ره) یک بیمارستان با سیستم باز است.

۷. به علت ورود و خروج بالای مردم به محیط بیمارستان، از نظر فرهنگ ملاقات‌ها به هیچ وجه قابل قیاس با نمونه‌های خارجی نیست، که این خود محیط بیمارستان را در معرض انواع آلودگی قرار می‌دهد، این موضوع بخصوص در بخش‌های ایزوله حایز اهمیت است.

۸. بخش اعظم محوطه و مسیرهای اصلی محوطه بیمارستان، به عنوان توقفگاه و استراحت‌گاه دائم یا موقت مورد استفاده قرار می‌گیرد (تصویر ۲).

۹. به علت نبود پارکینگ عمومی و البته همراه‌سرا با ظرفیت مناسب، خیابان‌های اطراف بیمارستان محل اتراق، چادر زدن، غذا خوردن همراهان و خانواده‌های بیماران تبدیل شده است، به تعبیری حضور بیمارستان در فضای خیابان (اسکان در خیابان) نیز نفوذ کرده است.

آسیب‌ها و منشأ آنها در جدول ۴ آورده شده است. بر اساس اطلاعات فوق مفاهیم جدیدی از قبیل، محوطه به عنوان محل اسکان، ب محل ملاقات، فضای انتظار و محل استراحت کارکنان دیده شد. این مفاهیم که حاصل از نگاه به زندگی روزانه بیمارستان و روزمرگی آن است، از طرفی بسیاری از این مفاهیم مربوط به فرهنگ ایرانی است و در حیطه آسیب‌های اجتماعی محیطی قرار می‌گیرد. در نظر نگرفتن موضوع فرهنگ ایرانی در بیمارستان به دنبال خود آسیب‌های محیطی و اجتماعی ایجاد کرده است که خود مخل فرایند درمان و پروسه شفابخشی است.

با توجه به اهمیت این مفاهیم که بخش زیادی از آن در منظر بیمارستان مشهود است، سعی در تمرکز بر مفاهیم به وجود آورنده این آسیب‌ها و شناخت مفهوم درست‌تری از روند درمان و درمانگری در بیمارستان خواهیم داشت.

۲- بیمارستان امام خمینی (ره) بیمارستانی است که اغلب مراجعین آن بیماران شهرستانی هستند که به لحاظ مالی نیز در سطح پایینی قرار دارند.

۳- از لحاظ تاریخی و ساختار و موقعیت مکانی بیمارستان دارای نقاط قوت قابل توجهی است. به دلیل جنرال بودن بیمارستان در بخش‌های مهم دارای امکانات و تجهیزات مناسبی است. ضمن آنکه بیشتر مراجعین به توانمندی و مهارت پزشکان کاملاً معتقد بودند.

۴- از آنجا که نظام پزشکی در ایران فاقد قدرت هتلینگ مناسب است، نیروهای موجود بیمارستان قادر به پاسخ‌گویی مناسب به حجم ورودی بیماران نیستند. سیستم درمانی به شکلی سنتی همراه بیمار را به شکل نیروی غیرعلمی پرستاری پذیرفته است. چنانچه می‌توان گفت بیمارستان یک بیمارستان مشارکتی است.

۵. سیاست‌های برخورد با همراهان بیمار و ملاقات‌کنندگان

جدول ۳: نتایج به دست آمده از پرسشنامه اول، مأخذ نگارندگان.

سوالات	نتایج
محل زندگی	تهران ۱۲ درصد
	شهرستان ۸۱ درصد
مصاحبه شونده	همراه بیمار ۶۵ درصد
	ملاقات‌کننده ۲۳ درصد
	بیمار ۱۲ درصد
سن مصاحبه شونده	کودک (یک تا ۱۵ سال) ۵ درصد
	جوان (۱۵ تا ۲۵) ۱۸ درصد
	میان سال (۲۵ تا ۵۰) ۶۵ درصد
	پیر (۵۰ به بالا) ۱۲ درصد
میزان رضایت	درصد رضایت از تخصص پزشکان ۶۳ درصد
	درصد نارضایتی از خدمات ۸۸ درصد
مدت اقامت در محوطه	سه روز تا یک هفته ۱۲٫۵ درصد
	یک هفته تا دو هفته ۳۵ درصد
	یک هفته تا یک ماه ۲۲ درصد
	یک ماه و بیشتر ۸ درصد
علت مراجعه به بیمارستان	وضعیت مالی نا مناسب ۸۲ درصد
	مهارت و تخصص پزشکان ۶۲ درصد

جدول ۴: دسته‌بندی آسیب‌های موجود در محوطه بیمارستان امام خمینی (ره)، مأخذ: نگارندگان.

علت	آسیب
ناشی از نبود مدیریت واحد و نگاه کل‌نگر به مجتمع بیمارستانی	آسیب‌های کارکردی
ناشی از نبود قوانین شفاف در حوزه محیط‌های بیمارستانی و مرجع واحد و نبود تجهیزات پیشرفته	آسیب‌های زیست محیطی
ناشی از عدم نگاه کل‌نگر به مجموعه، عدم بومی‌گرایی در بیمارستان‌سازی نوین	آسیب‌های کالبدی
ناشی از عدم شناخت مفهوم بیمارستان و شفا در ساخت بیمارستان با هویت و فرهنگ ایرانی و منظر بیمارستانی	آسیب‌های اجتماعی و محیطی

حضانت، حفاظت، زراعت و مراقبت را نیز دربر می‌گیرد (پروتی، ۱۳۷۳: ۳۱۲). هایدگر فیلسوف آلمانی بر این عقیده است که انسانی که سکنی می‌گزیند، زمین را ایمن می‌دارد و آن را آباد می‌کند (مصطفوی، ۱۳۹۴). با این تعبیرات، مکان بیمارستان به نوعی دارای فضای زندگی است، با این نگاه می‌توان تعریف زیر را برای بیمارستان ارائه داد:

بیمارستان مکانی است که در آن، مرگ و تولد، شیون و شادی، آغاز و پایان، درد و درمان همگی در کنار هم اتفاق می‌افتد، چرا که یکی روی دیگری است. بیمار هنگامی که به چنین فضایی قدم می‌گذارد، به دنبال بارقه‌هایی از امید و روشنی می‌گردد. به دنبال دیدن فضایی که در آن، انسان در جنب و جوش زندگی باشد و نه در رکود درد و سکوت مرگ. اینجا مکان بازگشت دوباره‌اش به زندگی است.

مسائل و ابعاد اجتماعی - فرهنگی بیمارستان امام خمینی (ره)

بیمارستان به عنوان محل سکونت

دستیابی به نتایج فوق مفهوم سکونت در بیمارستان امام را هویدا کرد؛ از بیمارانی که تا ماه‌ها بر تخت بیمارستان‌ها بستری هستند تا همراهان بیماران و حتی پزشکان که تا سه روز هم در صورت نیاز در محیط بیمارستان سکونت دارند (جدول ۵). انسان بیشتر عمر خود را در فضاهای مکان‌مند به سر می‌برد؛ خانه، محل کار، محل عبادت، این فضاها محل سکونت‌اند یعنی باید آدمی را از گزند هر آنچه سلامت جسم و جانش را تهدید می‌کند، در امان دارند. سکونت‌گزیدن مستلزم ساختن نیز است که علاوه بر معنای ظاهری آن، که بنا کردن است، معنی تربیت،



تصویر ۲: محوطه بیمارستان به عنوان محل تجمع ملاقات‌کنندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد. عکس: مریم زاهدی، ۱۳۹۵.



تصویر ۱: محوطه بیمارستان که به عنوان محل اسکان همراهان بیماران مورد استفاده قرار گرفته است. عکس: مریم زاهدی، ۱۳۹۵.

دسته بندی	نوع حضور	مفهوم اسکان	حضور در محوطه	توضیحات
پزشکان	شیفت کاری شب/روز	دارد	کم	- پزشکان محل اسکان به عنوان هتل دارند. - از محوطه گاهی برای استراحت و قرار ملاقات استفاده می کنند. - اولویت برای آنها تجهیزات در بیمارستان است.
پرستاران	شیفت کاری شب یا روز	ندارد	خیلی کم	- وقت کافی ندارند. - با بیماران صمیمی نمی شوند.
بیماران	بستری/ غیر بستری	دارد/ ندارد	کم	- محیط بیمارستان را دوست ندارند. - مسائل اقتصادی و مالی علت انتخاب بیمارستان - معتقدند پزشکان حاذق در بیمارستان وجود دارد.
همراهان بیمار	دائم / موقت	دارد/ ندارد	خیلی زیاد	- حدود ۸۱ درصد شهرستانی - مردان بیشترین حاضران در محوطه - نارضیاتی بالا از امکانات محوطه و بیمارستان
ملاقات کنندگان	موقت	ندارد	زیاد	- عدم رضایت از فضا

در برقراری نسبت‌ها بین کسانی که مکان حول آنها شکل گرفته است، همراه بیمار و ملاقات کننده به دنبال بیمار در مکان حضور دارند و پرستار و بخش اداری به دنبال پزشک شکل گرفته اند. شکل ۱، نمایش ارتباط بین کاربران حاضر در بیمارستان است که در تمام روزهای کاری به شکلی مکرر وجود دارد. قابل توجه است که این روابط قابل تفکیک از هم نیست وجود یکی دلیل دیگری است.

پروسه شفابخشی کامل شامل شفای معنوی، ذهنی، عاطفی، اجتماعی و درنهایت شفای جسمی تعریف شده است (ملازم حسینی، ۱۳۸۵: ۹۵) بخش عمده پروسه فوق در بستر فرهنگ و قومیت است که مفهوم درست خود را باز می یابد. باید دانست که فرهنگ مربوط به امروز یک قوم یا سرزمین نیست، بلکه در بستر زمانی و تاریخ شکل می گیرد. از نظر استوارس انسان موجودی است فرهنگی و ماهیت انسان در بستر فرهنگ شکل می گیرد؛ لذا جهت رهیافت به ماهیت بشر، باید فرهنگ و قومیت را مطالعه کرد. چگونه می توان شفای عاطفی، معنوی و اجتماعی ایجاد کرد، در حالی که فرهنگ را باز نشناخته باشیم. بنابراین دست یافتن به پروسه شفا زمانی شکل می گیرد که بتوانیم جایگاه هریک از اجزای این کل اعم از پزشک و

مفاهیم موجود در نمونه موردی نشان از وجود همراه بیمار در کنار حدود ۸۰ درصد بیماران دارد، اگرچه ناشی از فرهنگ ایرانی است، اما خود پدیدآورنده مفهوم سکونت در گوشه و کنار محوطه و حتی خیابان‌های اطراف شده است. به بیانی سکونت انسان به معنای هر آن چیزی است که انسان و در حقیقت نفس او با آن تعلق و آرامش می یابد (طاهری، ۱۳۹۲: ۲۵).

یافتن نسبت‌های موجود در مکان بیمارستان

برخورد با یک پدیده مانند یک ساختمان یا یک بیمارستان، نه به عنوان یک شیء رها شده بلکه به صورت پدیداری در جهان می تواند ما را به سمت ایده‌ای نوین رهنمون می سازد. ارتباط هر پدیده با جهان اطراف، ارتباط درونی و بیرونی اش با خودش و زمین، راه‌گشای نگرشی نو به پدیده‌هاست. بیمارستان یک پدیده در شهر و فضایی مکان مند است که بازخوانایی روزمره‌گی اش^۲ به کشف ارتباط ساختارها و اجزاء آن کمک می کند. با این ارتباطات است که می توان با مخاطبانش سخن گوید و در رویارویی پدیده با مخاطب جهاننش و مفهومش را باز نماید. و در نتیجه انسان مخاطب در این فضا به سکنی و آرامش می رسد. این خود پدیده را پویا و خلاق کرده همچنان زنده نگاه می دارد.

است، اگر طبیبی سه نفر از پیروان اهریمن را درمان می‌کرد و آنها می‌مردند تا آخر عمر نباید به درمان بپردازد» (نجم‌آبادی، ۱۳۴۱: ۴۲۴).

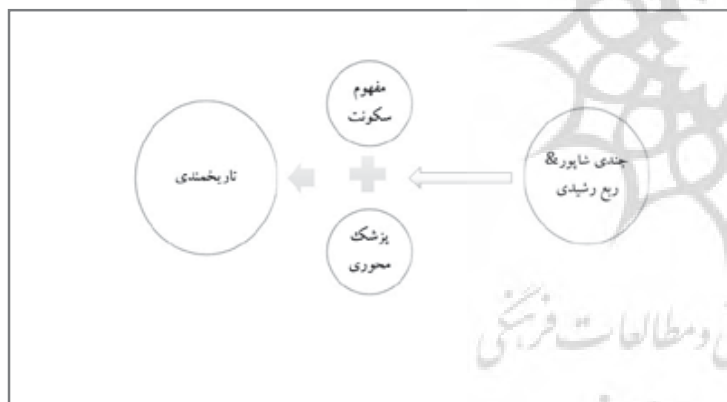
در اینجا مفهوم شفا، حکیم محور است؛ این امر هم نو است هم کهنه، چرا که با نگرش به تاریخ پزشکی ایران بار دیگر این مفهوم دیده می‌شود. این بستر تاریخی و فرهنگی چندان عمیق است که همچنان بسیاری از افراد به پزشکی مکمل روی می‌آورند (شکل ۲).

در اینجا به جای آنکه از بیمار پیرسیم برای بهبود به چه نیاز دارد (نگاه جزء به کل) از پزشک پیرسیم برای درمان چه نیاز دارد (نگاه کل به جزء). رابطه پزشک و بیمار یک رابطه دوسویه در مکان است. اما آنچه حایز اهمیت است قدرت و سمت و سوی آن درجایی است که پزشک حضور دارد، بیمار با همراهانش می‌آید، بستری می‌شود، درمان می‌شود و می‌رود، در حالی که پزشک همچنان در مکان حضور دارد، این پزشک است که شفا در دست اوست، ساکن دائمی بیمارستان است و عمری را در آن سر می‌کند.

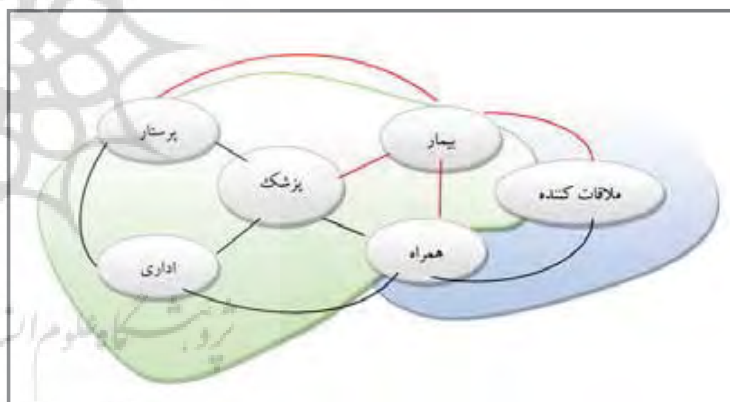
همراهانش، همچنین بیمار و همراهانش را بیابیم و آن را در فرایندی چرخه‌ای قرار دهیم و نه یک رابطه خطی و یک‌سویه.

نسبت پزشک با بیمارستان، نگاهی کل به جزء با نگاه موشکافانه به تاریخ بیمارستان در ایران دو نمونه برجسته همچون ربع رشیدی و جندی شاپور، که هر دو آنها توسط حکیم بنا شده، مدیریت و رونق گرفته و محافظت می‌شده‌اند مورد اشاره قرار گرفت. این با بیمارستانی که در صدر مسیحیت با خرافه و محور مذهبی شکل گرفته بود کاملاً متمایز است. اگرچه نکته مهم کلیسا-بیمارستان هم شکل‌گیری آن در بستر فرهنگ مسیحیت است.

در این بررسی هر دو مفهوم سکونت و حکیم به عنوان محور مکان در تاریخ بیمارستانی ایران آشکارا دیده می‌شود و مسئله حایز اهمیت آن است که این نگاه یک نگرش کل به جزء است. به تعبیر زیر در کتاب تاریخ طب دقت کنید: «طبیب درمان‌کننده روح و جسم لازم است که امتحانات لازمه را با کمال مهارت انجام دهد. همان طور که در طب دوران هخامنشی در وندیداد آمده



شکل ۲: مفهوم سکونت در تاریخ بیمارستان ایران، مأخذ: نگارندگان.



شکل ۱: ارتباط بین کاربران بیمارستان، مأخذ: نگارندگان.

مفهوم اسکان چنانچه قرار باشد در روند درمان شرکت داشته باشد، باید نمایش زندگی در بیمارستان باشد. همچنین برخلاف ایده بیمار محور که در نتیجه تئوری‌های غربی امروزه بر آن تاکید می‌شود، محور قرار داشتن پزشک حکیم در تاریخ گذشته ما و حاکم بودن در روزمرگی روابط بیمارستان امروز نیز هویداست. اما این محوریت نه به مفهوم محور کردن شخص پزشک است، بلکه به معنای محوریت مرکز درمان و مفاهیم درمان است. ضمن اینکه محوریت پزشک در پیشینه تاریخی ما با مفهوم حکمت در آمیخته است.

نتیجه‌گیری | با نگاهی به نظریه‌های نوین در باب شفابخشی، چه از نظر رویکرد تاریخی و چه از نظر ایده‌های جدید، شکل گرفتن بستر آزمون انسان به مثابه موجودی قابل اندازه‌گیری است که سعی در کنترل و کشف همه جوانب روحی و روانی انسان با تعریف آزمایشات روانی و محیطی در بستر طرح‌های علمی دارد. همچنین نگاه به چنین بیمارستانی از طریق اندازه‌گیری واکنش‌های انسانی با مبنا قراردادن علوم مختلف است که این خودش انسان و کنش‌های او را به اجزاء منفک از هم تبدیل می‌کند و از نگاه کل‌نگر خارج می‌کند.

درست‌تر باز خوانی شود، منسجم‌تر و بر آمده از مبدأ مکان و فرهنگ هر سرزمین باشد، به مفهوم شفا نزدیک‌تر بوده و بیمارستان باغی برای زندگی می‌شود که در آن، روند درمان صورت می‌گیرد.

بنابر آنچه گذشت، شفابخشی یا مفهوم شفا، نه بر کاشتن گیاهان خاص یا گیاه درمانی یا مصادیق دیگر درمان با عناصر طبیعی است، بلکه شفا دارای رویکردی فرهنگی-تاریخی است که روابط در فضا را شکل داده است. بسیاری از این روابط برگرفته از فرهنگ بومی هر مکان است. هر چه این روابط عمیق‌تر و

پی‌نوشت

۲. روزمرگی به معنی خوانش روابط موجود در مکان و آنچه هرروزه در یک فضا فارغ از پیش‌داوری و یا تفکر آرمانی رخ می‌دهد
 ۳. عبارت پزشکی مکمل، هر شکل از پزشکی را شامل می‌شود که بیرون از روند اصلی پزشکی حاکم غربی، که امروزه اکثر پزشکان اجرا می‌کنند، باشد.

۱. برخی از آمار و اطلاعات که در متن پایان نامه به کار رفته، برگرفته از کتابی با عنوان گزارش طرح ساماندهی بیمارستان امام خمینی (ره) است که به صورت سه جلد در مهرماه ۱۳۹۴، توسط گروه معماری چهار ارائه شده است.

فهرست منابع

- نجم آبادی، محمود. (۱۳۴۱). *تاریخ طب ایران*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- یانگ، جولیان. (۱۳۹۵). *فلسفه هنر های دیگر*. ترجمه: امیر مازیار. تهران: گام نو.
- Jiang, S. (2014). Therapeutic lands capes and healing gardens: A review of chinese eliteratur in relation to the studies in western countries. *Frontiers of Architectural Research*, 141-153.
- Frumkin, H. (2000). *Environmental Health: From Global to Local*. San Francisco: Jossey Bass.
- LaFargue, L. (2004). *A Post Occupancy evaluation of the st. Michael health care center*. Texarkana.
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-423.
- Ulrich, R. (2002). *Health Benefits of Gardens in Hospitals. Plants for People International Exhibition*. Floriada.
- Van Zuylen, G. (1994). *Paradise on earth: the Gardens of western europe*. New York: Harry N. Abrams, Inc.f
- Wilson, E. (1986). *Biophilia*. Cambridge: Harvard university press.

- ادیبی، علی اصغر و اکبرزاده، مینا. (۱۳۹۲). باغ‌های شفابخش رویکرد باغ ایرانی به سلامتی. *مجله منظر*، ۵ (۲۴): ۲۱-۱۸.
- پروتسی، جیمز. (۱۳۷۳). *الوهیت و های دیگر (شاعر، متفکر و خدا)*. ترجمه: محمدرضا جوزی. تهران: حکمت.
- جلیلیان، شهرام. (۱۳۹۱). *تاریخ جندی شاپور*. قم: واصل لاهیجی.
- حسینی، مسعود. (۱۳۹۵). *زیبایی‌شناسی های دیگر*. تهران: ققنوس.
- رحمانیان، احمد. (۱۳۹۱). *تاریخ استتیک به روایت مارتین های دیگر*. *مجله کیمیای هنر*، ۲۳: ۳۵-۵۰.
- زاهدی، مریم. (۱۳۹۵). *طراحی باغ‌های شفابخش در محیط‌های بیمارستانی -درمانی*. مورد مطالعه: بیمارستان امام خمینی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. قزوین: دانشگاه بین‌المللی امام خمینی.
- طاهری، جعفر. (۱۳۹۲). *بازاندیشی مفهوم سکونت در معماری*. *دو فصل‌نامه معماری ایرانی*، ۲۲-۵.
- کی‌نژاد، محمدعلی و بلالی اسکویی، آزیتا. (۱۳۹۰). *بازآفرینی ربع رشیدی براساس متون تاریخی*. تهران: مؤسسه تألیف، ترجمه و نشر آثار هنری.
- ملازم حسینی، مهناز. (۱۳۸۵). *منظر شفابخش*. پایان‌نامه ارشد معماری منظر. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- مصطفوی، شمس‌الملوک. (۱۳۹۴). *جنبش پدیدارشناسی*. *مجله اطلاعات حکمت و معرفت*، ۱۰ (۵): ۱۸-۱۲.