

رابطه ارتفاع ساختمان‌های بلند با سلامت روان شهروندان

مطالعه موردی: مجتمع سعیدیه همدان

مهرداد کریمی مشاور^۱ - دانشیار معماری، گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
حسن سجادهزاده - دانشیار شهرسازی، گروه طراحی شهری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
حسین تروشه - دانشجوی کارشناسی ارشد طراحی شهری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۲۰

چکیده

طی دهه‌های اخیر، بلندمرتبه‌سازی به‌عنوان یک شیوه ساختمان‌سازی، بسیار مورد توجه قرار گرفت و جایگزین رشد افقی شهرها شد. اما به نظر می‌رسد که در طرح توسعه عمودی شهرها، به روان شهروندان در فضاهای شهری توجه کافی نشده است. ارتفاع، جزء ذاتی ساختمان‌های بلند و مهم‌ترین ویژگی فرم این ابنیه است که تأثیر چشمگیری در ارتباط با شهروندان و برآیند ادراکات و احساسات آنان دارد؛ بنابراین ضروری است که جوانب تأثیر ارتفاع به صورتی موشکافانه بررسی شود. یکی از مهم‌ترین جوانب، اثرات آنها بر سلامت روان شهروندان است. استرس و تنش‌های روانی دائماً سلامت روان انسان را تهدید می‌کنند و یکی از دلایل آنها، محیط نابسامان شهرها و سکونتگاه‌های ماست. این امر بر اهمیت بررسی محیط شهری برای کاهش تنش‌های موجود می‌افزاید. هدف این نوشتار، علاوه بر دستیابی به چگونگی اثرگذاری ارتفاع ساختمان‌های بلند بر سلامت روان شهروندان، روش‌های بهتری برای طراحی این ابنیه با رویکرد تأثیر بر سلامت روان است.

در پژوهش حاضر از رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای (Grounded Theory) استفاده شده است. پس از مصاحبه عمیق با شهروندان در محیط واقعی، متن پیاده شده مصاحبات، خلاصه و در سه مرحله باز، محوری و انتخابی، کدگذاری شد و نهایتاً به وسیله نرم‌افزار تحلیل داده‌های MAXQDA مدل زمینه‌ای آن استخراج گردید. یافته‌ها نشان داد که ارتفاع ساختمان‌های بلند به واسطه بروز مقولاتی چون محصوریت نامناسب، تبعات کالبدی بصری، خرداقلیم، محدودیت‌های چشم‌انداز، معضلات اجتماعی، اشراف، ناهمگنی در بافت شهری و آثار سوء زیست‌محیطی، فشار روانی ایجاد می‌کند و درگیری درازمدت شهروندان با واکنش‌های هیجانی ناشی از فشارهای روانی، باعث آسیب دیدن سلامت روان آنان می‌شود.

واژگان کلیدی: بلندمرتبه‌سازی، سلامت روان، استرس، نظریه زمینه‌ای، مجتمع مسکونی سعیدیه همدان.

۱. مقدمه

فضاهای شهری خوب سهمی ارزشمند در ارتقای سلامت روان شهروندان دارند و برعکس فضاهای شهری نامطلوب، منجر به تنزل آن می‌شوند. ویژگی‌های فرمی و ویژگی‌های رؤیت‌پذیری در شناخت بهتر ساختمان‌ها مؤثرند (Appleyard, 1969: 134). تأکید این پژوهش بر ویژگی فرم برای توجیه ارتفاع و ویژگی رؤیت‌پذیری در انتخاب نمونه است. ویژگی فرم، محدوده مرئی ساختمان است که شامل ارتفاع، تاج، نورپردازی، رنگ و پیچیدگی نماست (Lang, 1987). اما ارتفاع عاملی کلی‌تر و برآیند احساسات دریافتی از ساختمان، تأثیرگذارتر است. ساختمان‌های بلند به دلیل ارتفاع ذاتی، بیشتر در دید هستند (Karimimoshavar, 2010).

پژوهش‌هایی به منظور بررسی ارتباط ساختمان‌های بلند و فشارهای روانی انجام شده که غالباً بر کاربران ابنیه بلند متمرکز بوده و کمتر به شهروندان پرداخته‌اند. این مهم، موجب تمرکز پژوهش حاضر بر شهروندان برای حصول نتایج جدیدتر شد.

افرادی مانند اوهارا، تاکئی، عسگرزاده و هوانگ در زمینه فشار روانی ابنیه بلند در فضاهای شهری پژوهش‌هایی انجام دادند و به واژه «Oppressiveness» به معنی تقریبی «سرکوبگری» که در ارتباط با فشارهای روانی درک شده در فضاهای محصور با ابنیه بلند است، تأکید کردند (Asgarzadeh et al, 2014, 2012, 2010). به‌طور مثال عسگرزاده و همکارانش طی پژوهشی در سال ۲۰۱۴ به دنبال بررسی ارتباط بین درختان، آسمان و زمین با ادراک سرکوبگری و گشودگی فضایی، ۲۰ شرکت‌کننده را در دو محیط واقعی و آزمایشگاهی شبیه‌سازی شده با پرسشنامه مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که ادراک سرکوبگری با وجود درختان، مقدار آسمان و سطح زمین کاهش می‌یابد (Asgarzadeh et al, 2014). در پژوهش دیگری به وسیله ایشان در سال ۲۰۱۲ قصد بر این بود که با مطالعه سرکوبگری منظر خیابان، ابزاری ارائه شود که برنامه‌ریزان شهری بتوانند از آن برای اندازه‌گیری سرکوبگری استفاده کنند تا قابلیت زندگی و لذت را ارتقا دهند. پژوهش در اتاق آزمایش با ۴۰ شرکت‌کننده انجام شد. مقادیر و جواب‌ها، تحت تأثیر متغیرهای فاصله ناظر از ساختمان، زاویه دید و پوشش گیاهی مقابل ساختمان قرار گرفت و نهایتاً معادله‌ای حاصل شد که قابلیت اندازه‌گیری سرکوبگری را دارد (Asgarzadeh et al, 2012) که به شرح زیر است:

$$W = \sum \{(\Omega_B - \Omega_{TCB})\} \Gamma^3$$

W: سرکوبگری / Ω_{TCB} : زاویه جامد از درختان پوشش دهنده ساختمان

Ω_B : زاویه جامد از نمای ساختمان / Γ : فاصله ناظر از ساختمان

این مقاله درباره نحوه ارتباط ساختمان‌های بلندمرتبه (به‌عنوان جزئی از محیط شهری) و سلامت روان (یکی از ارکان سه‌گانه سلامت؛ جسمی، روانی و اجتماعی) است و به مطالعه نظرات شهروندان راجع به مجتمع بلندمرتبه سعیدیه در همدان می‌پردازد و هدف آن علاوه بر دستیابی به سازوکار این اثرگذاری،

کمکی است به تقویت بینش طراحان این ابنیه و توجه بیشتر بر ویژگی‌هایی از محیط ساخته شده از نظر شهروندان، که ناخواسته می‌توانند بر سلامت روانشان اثر بگذارند. بنابراین پرسش‌هایی مطرح شد که مقاله حاضر به دنبال پاسخ آنهاست؛ چه رابطه‌ای میان ارتفاع ساختمان‌های بلند و سلامت روان شهروندان وجود دارد؟ ارتفاع چگونه می‌تواند بر سلامت روان شهروندان تأثیر بگذارد؟

۲. ادبیات نظری پژوهش

۲.۱. ساختمان بلند

در فرهنگ معین، «بلندمرتبه» به معنای دارای جاه و مقام، بلند محل و بلند مکان است. در زمینه تعریفی پایه از ابنیه بلند، بین متخصصان و حتی عامه مردم اختلاف نظر وجود دارد (Motevasselli & Azizi, 2012). با این وجود تعاریف کم و بیش متفاوتی ارائه شده که در ادامه برخی از مهم‌ترین آنها بیان شده‌اند.

طبق گزارش شورای بلندمرتبه‌سازی و سکونتگاه شهری (2015)^۱ نیز هیچ تعریف مطلق از آنچه به منزله یک ساختمان بلند است، وجود ندارد؛ اما همین شورا سه دسته‌بندی کلی را برای شناخت آنها بیان می‌کند.

۱. نسبت ارتفاع به زمینه^۲: در رابطه با بافتی است که ساختمان در آن قرار دارد، به طور مثال یک ساختمان ۱۴ طبقه در شهری مانند شیکاگو بلند محسوب نمی‌شود اما در یک شهر اروپایی ممکن است بلند باشد.

۲. تناسب^۳: برخی ابنیه به اندازه‌ای باریک و بلند هستند که تداعی‌کننده یک ساختمان بلند هستند، به‌خصوص در برابر ابنیه کوتاه. در مقابل، ساختمان‌های حجیمی نیز وجود دارند که کاملاً بلند هستند، اما سطح قاعده و حجیم بودنشان از این که در زمره ساختمان‌های بلند دسته‌بندی شوند، جلوگیری می‌کند.

۳. فناوری‌های ساختمان بلند^۴: اگر ساختمان شامل فناوری‌هایی باشد که در نتیجه بلندی استفاده شده‌اند (به‌طور مثال، فناوری‌های جابه‌جایی عمودی خاص و سازه بادبندی خاص) آنگاه این ساختمان می‌تواند جزو ساختمان‌های بلند طبقه‌بندی شود.

از تعریفی که در کشور انگلستان برای ساختمان‌های بلند مطرح است، می‌توان مختصراً به مندرجات جدول شماره ۱ اشاره کرد. در کتاب استانداردهای برنامه‌ریزی و طراحی شهری آمریکا، ساختمان‌های ۵۰-۱۲ طبقه بلندمرتبه محسوب می‌شوند (American Planning Association, 2006: 191). در سوئیس، به ساختمانی که نسبت به ساختمان‌های اطراف خود مرتفع‌تر باشد، ساختمان بلند گویند. آخرین تعریف ارائه شده این که سند مکتوب مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهرداری همدان،

1 Council on Tall Buildings and Urban Habitat (CTBUH)

2 Height Relative to Context

3 Proportion

4 Tall Building Technologies

شهر	تعریف ساختمان بلند
(Newcastle City Council, 2002)	هر ساختمانی که خط افق را می‌شکند و یا به طور قابل توجهی بلندتر از بافت ساخته شده اطرافش است.
(Plymouth City Council, 2005)	هر بنایی که بلندتر از همسایگی خود است یا به طور قابل توجهی خط آسمان را تغییر می‌دهد.
(Leicester City Council, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • هر بنایی که از ارتفاع بناهای شاخص اطراف بلندتر باشد یا • هر بنایی که در خط آسمان شهر تأثیر گذارد یا • ارتفاع بیشتر از ۲۰ متر.

با این حال تعاریف ارائه شده به وسیله سازمان بهداشت جهانی و فرهنگ لاروس جامع‌تر هستند (Ganji, 2014). اساس کار این پژوهش بر تعریف سازمان بهداشت جهانی است. با نگاه ویژه به آن و پژوهش‌های کیس^۳ می‌توان گفت سلامت روان دارای دو جنبه منفی نگر و مثبت نگر است که عبارتند از (۱) نداشتن بیماری. (۲) برخورداری از بهزیستی روانی^۴. این موارد را می‌توان به عنوان «شروط» سلامت روان نیز در نظر گرفت. نداشتن بیماری روانی شرط لازم برای سلامت روانی است ولی کافی نیست و شرطی دیگر به نام بهزیستی روان‌شناختی هم باید مهیا باشد تا بتوان گفت فرد دارای سلامت روانی است. در صورتی که در مورد بیماری جسمانی این گونه نیست و صرفاً نداشتن بیماری جسمی شرط لازم و کافی است تا نشان دهیم از نظر جسمانی سالم هستیم. چنانچه هر یک از شروط به وسیله عاملی نقض شود، عامل مداخله‌گر می‌تواند مخل سلامت روان باشد. مسیر این پژوهش بر مطالعه جنبه منفی نگر سلامت روان استوار است.

به منظور بررسی این بخش بحث استرس پیگیری می‌شود. به این دلیل که استرس پدیده‌ای بنیادی است که مخرج مشترک بیماری‌ها و علائم روانی را تشکیل می‌دهد (Stora, 2010). از نظر سلیبه، درگیری بلندمدت با عوامل استرس‌زا، سلامت روانی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد (Ganji, 2014). همچنین ویتن (۲۰۱۲) و پایفر (۲۰۱۵) معتقدند که درگیری درازمدت با استرس، باعث بروز ناراحتی، بیماری جسمانی و روانی می‌شود. بنابراین استرس به نوعی زمینه‌ساز بیماری روانی است. استرس اختلالاتی در فرد ایجاد می‌کند که منجر به تأثیرات ناخوشایند بر سلامتی می‌شود. تحقیقات نشان داده که درصد بالایی از بیماری‌ها نتیجه حمله استرسی است. بی‌توجهی نسبت به استرس می‌تواند بر بهداشت جسم و روان فرد تأثیری نامطلوب بگذارد (Razmara, 2007).

استرس^۵، تنش^۶ و فشار روانی^۷ واژگانی هستند که معمولاً به جای هم استفاده می‌شوند. کلمه استرس تصور یک وضعیت وخیم و بحرانی را در ذهن ایجاد می‌کند. بی‌شک اتفاقات غیرعادی مانند مرگ عزیزان، طلاق، بلایای طبیعی و غیره شدیداً استرس‌زا هستند اما تنها بخش کوچکی از استرس‌اند. بسیاری از وقایع جزئی روزمره مانند محیط پیرامون، انتظار، گم کردن دسته چک و

ساختمان‌های بیش از ۶٫۵ طبقه را بلندمرتبه می‌داند (Deputy of Urban Planning and Architecture of Hamadan Municipality, 2007).

با توجه به مطالب فوق و با در نظر گرفتن بستر نمونه (اکثریت ساختمان‌های این شهر دو و سه طبقه هستند) و نیز تعریف شماره یک CTBUH و همچنین مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهرداری همدان، ساختمان بلند در این پژوهش به این‌گونه بلندتر از هفت طبقه‌ای که به طور قابل توجهی از ساختمان‌های اطراف خود بلندترند، اطلاق شد.

۲.۲. سلامت روان^۱

سلامت روانی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان هاست (Ganji, 2014). لازم است بدانیم که دو واژه «بهداشت روان» و «سلامت روان» با وجود معنای متفاوت، معمولاً به جای یکدیگر به کار می‌روند (Hershenson & Power, 1987). تعاریف متفاوت زیادی از سلامت روان وجود دارد. سلامت روان مفهومی گسترده و فراگیر است که گستره آن در هر رویکردی، به مفاهیم پایه‌ای که آن رویکرد بر آن استوار است، بستگی دارد (Hobbi, 2004). سازمان بهداشت جهانی^۲ که مهم‌ترین هدفش ارتقای وضع سلامت عمومی در جهان است، بر سلامت روان نیز نظارت دارد (Rahimi, 2010) و آن را چنین تعریف می‌کند:

سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامت جای دارد و سلامت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های روانی، جسمانی و اجتماعی؛ یعنی یک حالت رفاه و آسودگی روانی، جسمانی و اجتماعی و تنها به نبود بیماری، ناتوانی یا عقب‌ماندگی اطلاق نمی‌شود (World Health Organization, 2001). طبق این تعریف سه بُعد مهم برای سلامت وجود دارد: سلامت جسمی، روانی و اجتماعی. بنابراین می‌توان گفت سلامت یعنی: احساس رضایت روانی، جسمی و اجتماعی (Milanifar, 2013)؛ پس سلامت روانی معادل احساس رضایت روانی است (Kaplan & Sadock, 2007). فرهنگ روان‌شناسی لاروس در تعریف سلامت روان می‌گوید: «استعداد روان برای هماهنگ، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن، است» (Ganji, 2014).

با وجود این که سلامت روان مفهومی پراستفاده است، اما رسماً هنوز نمی‌توان از معیارهای مورد تأیید جهانی برای آن نام برد؛ بنابراین با قاطعیت نمی‌شود گفت کدام تعریف درست‌تر است؛ زیرا هر کدام بخشی از واقعیت را بیان می‌کند (Todor, 1996).

1 Mental Health

2 World Health Organization (WHO)

3 Keyes

4 Psychological Well-Being

5 Stress

6 Tension

7 Mental Pressure

غیره نیز استرس را هستند. پژوهش‌ها حاکی است که وقایع جزئی روزمره می‌توانند عوارض زبان باری بر سلامت جسمی و روانی ما داشته باشند (Greenberg, 2016; Weiten, 2012).

عموماً استرس ناشی از لزوم سازگاری روانی، جسمانی و هیجانی ما با تغییرات است؛ زیرا مستلزم صرف انرژی روانی اضافی است (Peiffer, 2015). هانس سلیه^۱ فیزیولوژیست کانادایی استرس را این گونه تعریف کرده: «استرس واکنش فیزیولوژیک بدن انسان در مقابل هر تغییر، تهدید و یا فشار بیرونی یا درونی است که تعادل روانی انسان را بر هم می‌زند» (Tabatabaiean & Tamannaie, 2012). به عبارت دیگر استرس پاسخ‌های ارگانیسم به هر نوع تقاضای سازگاری از آن است (Selye, 1976). تعریف سلیه، هر نوع تقاضای سازگاری از ارگانیسم را استرس آور می‌داند. بنابراین می‌شود گفت تقریباً همه محرک‌های بیرونی می‌توانند تولید استرس نمایند، چون همه آنها از ارگانیسم می‌خواهند که سازگار شود (Ganji, 2014).

واکنش‌های فرد به استرس در سه سطح بررسی می‌شوند: ۱. پاسخ‌های هیجانی. ۲. پاسخ‌های فیزیولوژیکی. ۳. پاسخ‌های رفتاری.

وقتی افراد تحت استرس قرار می‌گیرند، اغلب هیجانات ناخوشایند از خود بروز می‌دهند. پاسخ‌ها عبارتند از ناراحتی، نارضایتی، آزدگی، خشم، اعلام انزجار، غضب، بدبینی، دل‌شوره، اضطراب، ترس، دلخوری، غم و اندوه. استرس بیش از هر هیجان دیگری موجب اضطراب و ترس می‌شود (Peiffer, 2015; Weiten, 2012). شهروندان حین مصاحبه، بیشتر هیجانات و احساسات خود را بیان می‌کنند و معمولاً از پاسخ‌های رفتاری مانند پرخاشگری امتناع می‌کنند. پاسخ‌های فیزیولوژیک نظیر افزایش فشارخون و کندی تنفس نیز خارج از شرایط آزمایشگاهی قابل ارجاع و بررسی نیستند. بنابراین پژوهش حاضر، پاسخ‌های هیجانی را بررسی می‌کند.

۲.۳. ساختمان بلند و سلامت روان

انسان و محیط کالبدی، ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر و تأثیر متقابل برهم دارند (Rapoport, 1990). سازمان بهداشت جهانی برای حفظ و ارتقای سلامت روان انسان‌ها پرداختن به محیط را ضروری دانسته است (Gesler et al, 2004). یکی از ابعاد محیط که می‌تواند بر سلامت انسان‌ها اثرگذار باشد، محیط ساخته شده است. ساختمان‌ها بخشی از محیط ساخته شده‌اند که از نظر کوهن و همکارانش می‌توانند ایجاد استرس کرده و سلامت روان را تحت الشعاع قرار دهند (Cohen et al, 1986). در همین راستا، از جمله عوامل ضروری برای درک تأثیر ساختمان‌های بلند، شناخت تأثیر ابعاد روان‌شناسانه آنهاست. همچنین بررسی روان‌شناسانه احساسات ناشی از ساختمان بلند، در تأثیر ویژگی‌های فرم بر بیننده نقش مهمی ایفا می‌کند (Golabchi & Masterifarhani, 2013).

روان‌شناسان محیطی به گونه‌ای مستقیم و غیرمستقیم، تأثیرات

محیط کالبدی بر سلامتی انسان را بررسی کرده‌اند. از دیدگاه راسل و اسنودگراس کیفیت هیجانی-عاطفی محیط، مهم‌ترین بخش رابطه فرد با محیط است؛ زیرا همین کیفیت که عامل اصلی در تعیین احساسات مرتبط با یک موقعیت است، می‌تواند

بر سلامتی فرد اثر بگذارد (Russell & Snodgras, 1987). با این حال، بررسی کیفیات در حوزه محیط ساخته شده به دلیل ویژگی‌های کالبدی و سلیق انسانی، بسیار مشکل است؛ چراکه معیارهای انسان‌ها برای ارزیابی محیط یکسان نیستند، اما با تعیین متغیرهای کنترل‌کننده می‌توان تأثیر محیط ساخته شده بر انسان را بررسی کرد (Rayati, 2015). از جمله متغیرهای کنترل‌کننده متأثر از ارتفاع ساختمان‌های بلند که تا حدودی به ارتباطشان با روان انسان از جانب متخصصان مختلف اشاره شده، می‌توان به مقیاس و حد محصوریت، تراکم، آثار اقلیمی، مشکلات بصری و سرکوبگری اشاره کرد (Asgarzadeh et al, 2014, 2012, 2009; Evans, 2003; Evans & McCoy, 1998; Conway, 1977; Altman, 1981 Karimimoshavar, Mehrabian & Russell, 1974 Golabchi, 2010; Bemaniyan, 2011; Hall, 1990; Gehl, 2013 Bentley et al., 2015).

این افراد مستقیماً به سلامت روان متأثر از متغیرهای کنترل‌کننده بیان شده اشاره نکرده‌اند و صرفاً با بیان صفات و خصوصیات مرتبط با محیط، از بُعد روان‌شناسی به ارائه نظر پرداخته‌اند. بنابراین این ارتباط به روشنی قابل درک نیست و باید براساس روشی نظام‌مند به ماهیت این رابطه پی برد.

۳. روش‌شناسی

رویکرد مورد استفاده این پژوهش از نوع کیفی است. پس از مرور ادبیات بلندمرتبه‌سازی و سلامت روان، پژوهشگر متوجه شد که به ارائه مدل نظام‌مندی که بتواند چگونگی برهمکنش متغیرهای پژوهش را تبیین کند، قادر نیست. از طرفی "سلامت روان" بیش از آن که عینیت خارجی داشته باشد، مبتنی بر ذهنیت افراد است. بنابراین پس از بررسی‌های لازم در زمینه روش‌شناسی، رویکرد کیفی به روش نظریه زمینه‌ای اتخاذ شد. در ادامه مشخص می‌شود که ماهیت پیچیده پژوهش، سازگار با نوع روش است. ابزار اجرای این روش، مصاحبه عمیق با شهروندان است. در این پژوهش با نگاهی مختصر به ادبیات موضوع و پس از آن مصاحبه عمیق پیرامون ارتفاع ابنیه بلند نمونه پژوهش، با شهروندانی که روزانه در حال گذر از معبر محصور با آنها بودند، داده‌های لازم گردآوری و سپس به تبیین اثرگذاری ارتفاع بر سلامت روان شهروندان پرداخته شد.

۳.۱. محدوده مورد مطالعه

ساختمان‌های واقع در تقاطع‌های پرتدد، ساختمان‌های بلند واقع در مجاورت یک سلسله ابنیه کوتاه، مجاور فضاهای باز و یا واقع در حاشیه بزرگراه‌ها بهتر دیده می‌شوند (Lang, 1987). در گام نخست طبق این شرایط محدوده‌های مستعد در شهر همدان شناسایی شدند. سپس در گام دوم طبق شروط زیر،

مجتمع مسکونی سعیدیه ضمن دارا بودن شرایط فوق انتخاب شد.

• **ابنیه هفت طبقه و بیشتر؛** در صورتی که از محدوده اطراف خود به طور چشمگیری بلندتر (رویت پذیر) باشند.

• **متراکم بودن؛** با توجه به این که طبق مطالعات قبلی نمی توان اثر ساختمان های مدادی یا به عبارتی ساختمان های بلند منفرد را بر سلامت روان به درستی سنجید یا در واقع غیرممکن است.



تصویر شماره ۱۵: موقعیت مجتمع سعیدیه در بافت اطراف

۳.۲. زمان انجام پژوهش

صحنه‌هایی که در آنها درختان و چشم‌انداز کمتر باشند و ساختمان‌ها غالبند، به لحاظ این پژوهش با ارزش‌تر هستند، چون تأثیر ساختمان‌ها مدنظر است، پس باید تا حد امکان عناصر گیاهی کمتری در چشم‌انداز وجود داشته باشد. بنابراین با توجه به نقش درختان بر روان انسان (Asgarzadeh et al, 2014, 2012 &)، بازه زمانی اواخر پاییز تا نیمه نخست دی‌ماه که برگ‌ها کاملاً ریخته، گیاهان و درختان رنگ خود را از دست داده‌اند، هنوز برفی بر زمین ننشسته و نمای کلی ساختمان‌ها آماده قضاوت است، به‌عنوان زمان مناسب انجام پژوهش انتخاب شد. بنابراین مصاحبه طی چهار روز از دی‌ماه از ساعت ۱۱ تا ۱۶ تحت شرایط مطلوب آب‌وهوایی و کاملاً آفتابی در طول خیابان متین، مجاور مجتمع سعیدیه انجام شد.

۳.۳. تدوین سئوالات مصاحبه

سئوالاتی که برای مصاحبه تهیه شد باید کاملاً بی‌طرفانه و فاقد جهت‌دهی می‌بود تا مشارکت‌کننده با ذهنی آزاد نمونه را توصیف می‌کرد. سئوالات از این قرارند:

۱. فکر می‌کنید اگر ساختمان‌های مجتمع سعیدیه کوتاه‌تر بود مثلاً در حد دو یا سه طبقه بهتر بود یا خیر؟
۲. حس و حال این خیابان (متین) را با خیابان محمدیه که ساختمان‌هایش کوتاه و نهایتاً سه طبقه هستند، مقایسه کنید.
۳. تا به حال پیش آمده که وقتی از کنار مجتمع سعیدیه رد می‌شوید با خودتان فکر کنید ای کاش نبود یا کوتاه‌تر بود؟
- ۴.

۳.۴. گزینش مشارکت‌کنندگان

برای شروع مصاحبه، شهروندان می‌بایست حداقل شرایط را دارا

می‌بودند. آنها شامل تمام افرادی بودند که:

«بیاده در حرکت بودند (زیرا نسبت به سواره دقت بیشتری به فضا داشتند)؛ اشتیاق خوبی داشتند؛ فارغ و آزاد بودند؛ جرئت و قدرت بیان خوبی داشتند؛ حداقل هفته‌ای چندین بار از معبر مورد نظر به منظور فعالیت روزانه رد می‌شدند یا ساکن آن محدوده بودند و در عین حال آشنایی کافی با آنجا داشتند و نهایتاً ساکن خود مجتمع نبودند (به دلیل موضع‌گیری بر مبنای حس تعلق)».

مشارکت‌کنندگان در این مصاحبه شامل ۲۴ نفر از شهروندان (متشکل از ۱۳ مرد و ۱۱ زن) در بازه سنی ۶۵-۱۷ سال بود. منطق نمونه‌گیری یا انتخاب مشارکت‌کنندگان، بر پایه نمونه‌گیری هدفمند از نوع متوالی و از دسته نظری استوار است؛ بدین صورت که نمونه‌گیری تا جایی ادامه یابد که به حد کفایت (اشباع) رسیده و بتوانیم تولید نظریه کنیم. قابل توجه این که با نظرات هشت نفر از آقایان و هشت نفر از خانم‌ها - مجموعاً ۱۶ نفر ترکیبی - پژوهشگر به احساس اشباع رسید که به منظور کسب اطمینان بیشتر از رسیدن به حالت اشباع و تأیید این عقیده، تا پایان شرایط خوب آب‌وهوایی روز پایانی، مصاحبه ادامه یافت و با اضافه شدن هشت مصاحبه تکمیلی (هرچند نهایتاً تغییری در داده‌ها ایجاد نشد)، مجموعاً به ۲۴ نفر رسید.

۳.۵. آماده‌سازی برای تحلیل

مصاحبات و نظرات تمامی مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شده و پس از بازبینی، به صورت متن پیاده‌سازی شد. با مطالعه چند باره و دقیق، موارد اضافی مانند خاطرات شخصی، گزافه‌گویی‌ها و غیره، حذف و متن مصاحبات خلاصه و آماده مرحله کدگذاری شد.

جدول شماره ۲: خلاصه روش مقاله

ابزار تحلیل داده	نوع نمونه‌گیری	نمونه‌گیری	نوع داده	ابزار تحقیق	روش	رویکرد
MAXQDQ	متوالی یا متواتر از دسته نظری	هدفمند	نظرات افراد	مصاحبه	نظریه‌زمینه‌ای (Grounded Theory)	کیفی

۴. یافته‌ها

مفاهیم چه میزان فراوانی از نظر مردم داشته‌اند. نمونه‌هایی از کدگذاری باز در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است. هدف از مرحله محوری، برقراری رابطه بین مفاهیم و مقولات تولید شده در مرحله کدگذاری باز است. اساس فرایند ارتباط‌دهی در کدگذاری محوری، در تمرکز و تعیین یک مقوله به‌عنوان مقوله محوری و سپس قرار دادن مفاهیم ذیل مقوله اصلی است. در این مرحله به منظور تسهیل در فرآیند تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کیفی مکسکودا استفاده شد. در این قسمت، از خروجی‌های نرم‌افزار MAXQDA کلیدواژه‌ها یا مفاهیمی که تأکید بیشتری بر آنها شده بود (به این معنی که از فراوانی بیشتری نسبت به سایر مفاهیم برخوردارند) برای الهام‌بخشی در به‌دست آوردن مقولات اصلی استفاده شد. در ادامه با قرارگیری مفاهیم نزدیک و همجنس در یک طبقه، مقوله محوری آن استخراج شد که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است.

در این مرحله از متن خلاصه شده مصاحبات، عباراتی که به‌گونه‌ای با ارتفاع، مسائل روانی و واکنش‌های احساسی افراد مرتبط بودند، استخراج شد. تحلیل داده‌های این پژوهش طبق روش نظام‌مند نظریه‌ای استراس و کوربین (۱۹۹۰) در سه گام اصلی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شده که مبتنی بر مقایسه مداوم است. در جریان کدگذاری باز، به خرد کردن، تجزیه و تحلیل، مقایسه، برجسب زدن و مفهوم‌سازی از داده‌ها (وقایع، اقدامات، نظرات و تعاملات) پرداخته می‌شود. منظور از مفهوم‌سازی این است که به هر قسمت از تعاملات، نظرات و ایده‌هایی که در متن وجود دارد، نامی داده می‌شود که نتایج کدگذاری باز مربوط به نمونه موردی این پژوهش در ترکیب با طبقه‌بندی حاصل از کدگذاری محوری در جدول شماره ۴ آورده شده که مشخص می‌کند هر کدام از این

جدول شماره ۲: دو نمونه از متن پیاده شده مصاحبات و کدگذاری باز آنها

کلمات کلیدی جهت کدگذاری باز	متن خلاصه شده مصاحبه	ردیف
مقیاس غیرانسانی، نارضایتی از ارتفاع، یخبندان، اقلیم نامناسب، ارتفاع بیش‌ازحد، مقدار نور ناکافی، فقدان حس امنیت، خاطرات بد، ناکارآمدی، اختلاف دمای زیاد سایه و آفتاب، ترس، فقدان منظره مناسب، نارضایتی از خرد اقلیم، ترس، حس آزارگری و کلافگی، احساس فشار و سنگینی، فاصله نامناسب از معبر، ترجیح کوتاه مرتبه، ناراحت کننده، نارضایتی، فقدان نور، مانع منظره مناسب، محصوریت نامناسب، خفگی و تنگی نفس.	الآن که خیلی بلنده، اینجا که برف میاد تا بعد از عید هم برفش آب نمیشه و یخبندان فقط هم به خاطر ارتفاع زیادشونه که نور کافی نمیداد، خدا به داد عابران پیاده برسه، همین الان هم ببینید چقدر تفاوت بین سایه و آفتاب هست. این اواخر هم با این وضع زلزله می‌ترسیم که بریزه سرمان باوجود مصالح ضعیفی که استفاده میشه. در کل هم از نبود نور و منظره و این که زمستان برف پیاده روی میزنه و عابران زمین میخورن ناراضی‌ام بعدم طرف بخواد از جای ماشین رد بشه جرئت نمیکنه میگه ماشین میزنه. اصلاً کلافه میشم وقت رد شدن از اینجا، چطور بگم فشار بهم میاد و ترجیح میدم از سمت دیگه خیابان با فاصله رد شم. کلاً جاهایی که ساختماناش کوتاهه بهتره، دید و منظره خوبی داره، قیمتشم بیشتره، ولی این قسمت سعیدیه که منظره رو از بین برده خیلی ناراحت‌کننده‌اس. هر وقت که بحث نور میشه، میگم کاش یک ذره کوتاه‌تر بود لااقل یه آفتاب می‌زد اینجا، یا میرم پای پنجره همیشه میگم کاش نبود لااقل آدم کوه و منظره رو می‌دید. وقتی هم که از کنارشون رد میشم احساس تنگی نفس و خفقان و خفگی بهم دست می‌ده، حتی احساس کوچکی و حقارت می‌کنم.	۱
انزجار، آلودگی بصری، ناسازگاری با نظم بافت، کاهش مقدار آسمان، ناراحتی، تراکم زیاد ساختمانی، نمایانی بیش از حد، فاصله نامناسب، محصوریت نامناسب، حذف منظر، کاهش مقدار نور، بار روانی منفی، افق دید محدود، حس و حال بد، سرگیجه، ارتفاع بیش‌ازحد، نمایانی بسیار، غیرانسانی، آلودگی صوتی، کلافه‌کنندگی، طاقت فرسا، تراکم بیش‌ازحد، ازدحام و شلوغی، در مضیقه گذاشتن، غم‌افزا، نارضایتی، زندان مانند، جانکاه، حس سرکوب، ترسناک، حس غربت، آلودگی صوتی، ترس، خفه، دل‌تنگ، حس غریب.	صدرصد بهتر بود، بافت شهری و زیبایی بافت شهری رو از بین برده، آسمون به‌زور دیده میشه، تا چشم کار می‌کنه برج بلند اینجاست. این معبر ۱۸ متریه و فکر نمی‌کنم بالای هفت طبقه مجاز باشه. تنها از بابت این که اولین مجتمع همدان بوده قابل احترام هستش. منظره ما رو گرفته، آسمون رو گرفته، نور خورشید رو گرفته، انرژی مثبت رو گرفته و بار روانی (فشار روانی) منفی ایجاد کرده، افق دید رو محدود می‌کنه. نگاه به ارتفاعشون خیلی حس بدی می‌ده، حالت سرگیجه به من و مادرم منتقل می‌کنه انقدر که بلنده. سروصدا و آلودگی صوتی که موقع ساخت این آپارتمان‌ها تولید میشه مارو کلافه کرده چون دائماً داریم صدا تحمل می‌کنیم. این تعداد زیاد ساختمون و تراکم جمعیتی که به وجود میاد باعث میشه زندگی سخت‌تر و خسته‌کننده‌تر بشه. راستش بافت اینجا شده عین زندان، زندان آلکاتراز، انقدر بی‌رحمانه بلند ساخته شده، اصلاً جالب نیست. ترسناک هستن و اصلاً حس خوبی ندارن انگار که یک جای غربته، حس آدم فضایی داره، حس غریبی هستش. همیشه میگم کاش اینا اینجا نبودن به خاطر آلودگی صوتی، ترسناکی، غریبگی، خفگی.	۲

جدول شماره ۴: جدول مقولات محوری و مفاهیم نزدیک

مقولات	مفاهیم	فراوانی
محسوریت نامناسب	دلتنگی (ناشی از تنگی فضا)	11
	حس کمبود فضایی	5
	محسوریت نامناسب	14
	احساس تنگی فضا (زندانی)	9
	احساس خفگی و دلگیری	20
	فاصله کم از یکدیگر	2
	فاصله نامناسب از معبر	2
	کاهش مقدار آسمان	9
	افق دید محدود	1
	فراوانی کلی مقوله	
ایجاد خرد اقلیم	مقدار نور ناکافی	24
	ضرورت روانی وجود آفتاب	4
	فقدان گرمای کافی	1
	سایه اندازی طولانی	11
	کلافگی از سایه و یخبندان	8
	خرد اقلیم نامناسب	7
	اختلاف دمای زیاد سایه و آفتاب	2
فراوانی کلی مقوله		57
تبعات کالبدی بصری	مقیاس غیر انسانی	32
	اغتشاش بصری (الودگی بصری)	11
	توده‌ای شدن و ضلیمیت	3
	یکنواختی	4
	نمایانی بیش از حد	4
	حذف جاذبه‌های بصری	1
فراوانی کلی مقوله		55
محدودیت‌های چشم انداز	حذف کریدور دید	23
	محرومیت از طبیعت	5
	عدم امکان دید مناسب	1
	کاهش دید و منظر	1
	فراوانی کلی مقوله	
واکنش‌های هیجانی احساسی	نارضایتی	28
	کلافگی	5
	ناراحتی و غم‌افزایی	11
	ترس و دلهره	16
	فقدان حس امنیت	9
	احساس آزار و اذیت	24
	حالت سرگیجه و توهم	1
	فراوانی کلی مقوله	
شکل‌گیری فشار روانی	ادراک فشار یا بار روانی	21
	احساس ظلم و تعدی	1
	احساس سنگینی بر قلب	4
	سرکوب احساس و اشتیاق	6
فراوانی کلی مقوله		32
ناهمگنی در بافت شهری	ایجاد تراکم زیاد ساختمانی	10
	ناسازگاری با بافت	9
	ازدحام و شلوغی در بافت	5
	نقض قوانین شهری	1
	فراوانی کلی مقوله	
آثار سوء زیست محیطی	حذف طبیعت بکر	1
	الودگی صوتی	2
	ممانعت از امواج رادیویی	1
	حس الودگی هوا	2
	ممانعت از تهویه طبیعی	2
	وضع نامناسب هوایی	2
	تقویت بادهای نامطلوب	1
	کاستن از فضای سبز محله	1
	فراوانی کلی مقوله	
ایجاد معضلات اجتماعی	تضییع حقوق همسایگی	7
	سلب آسایش و راحتی	8
	عدم حس تعلق (حس غربت)	7
فراوانی کلی مقوله		22
اشرافیت	اخلال در حریم شخصی	5
	کاهش کنترل و تسلط بر محیط	17
	فراوانی کلی مقوله	

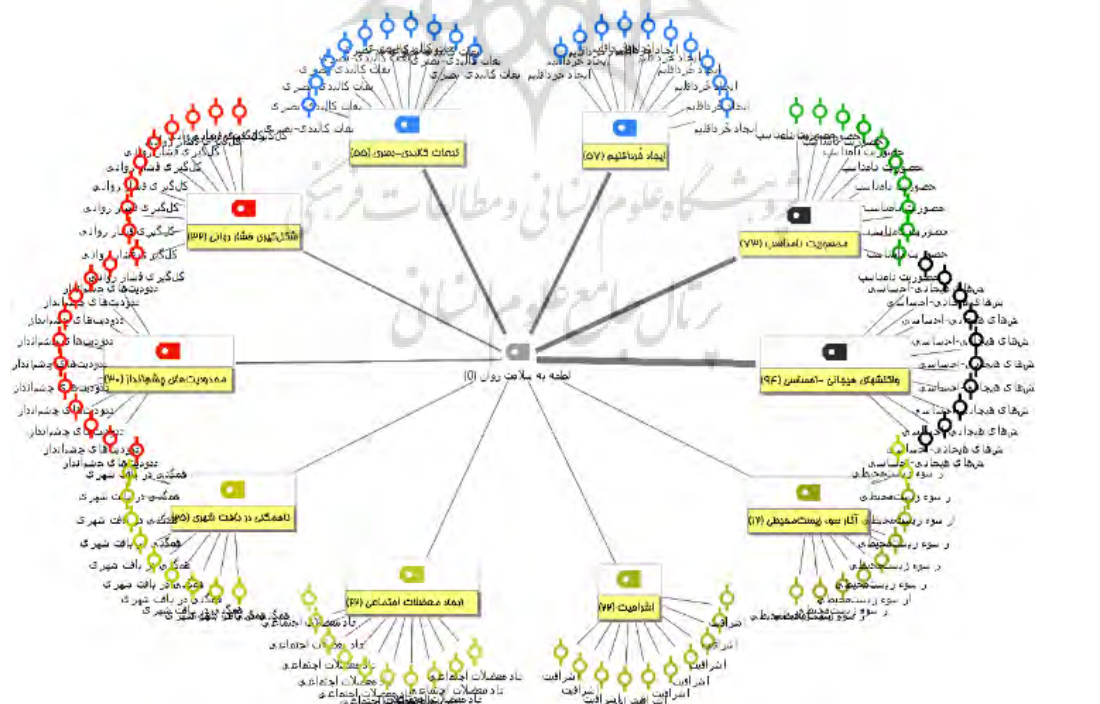
به منظور اعتمادپذیری^۱ یا باورپذیری^۲ دسته بندی نهایی، مفاهیم حاصل از کدگذاری باز و کدهای نهایی مستخرج از نرم افزار مکس کیودا در اختیار سه نفر متخصص شامل دو نفر طراح شهری و یک نفر معمار قرار گرفت. سپس سه آلترناتیو ارائه شده به وسیله ایشان با یکدیگر مقایسه شد که نهایتاً آلترناتیو معمار به دلیل نداشتن پیشینه ذهنی نسبت به مفاهیم و در نتیجه ارائه دسته بندی خلاقانه تر، به عنوان آلترناتیو بهینه انتخاب شد. مرحله اصلی نظریه پردازی، کدگذاری انتخابی است که براساس نتایج دو مرحله قبلی کدگذاری، به تولید نظریه می پردازد. در این سطح سعی شد با کنار هم قرار دادن مقولات، ارتباطی نظام مند میان آنها ایجاد شود که در پایان، این روابط و فراوانی هر مقوله در قالب نمودار شماره ۱ آورده شده است. در ادامه به دسته بندی مقولات محوری به دست آمده در قالب چهار مقوله کلی پرداخته

شد تا نوع و رابطه بین آنها مشخص گردد. انواع مقولات عبارتند از مقولات شرایطی، مقولات تعاملی، مقولات پیامدی و نهایتاً مقوله هسته (Strauss & Corbin, 1990). با توجه به مقولات استخراج شده می توان گفت که "آسیب دیدن سلامت روان" مقوله ای است که می تواند تمامی مقولات دیگر و برآیند نظرات شهروندان نسبت به ارتفاع ابنیه بلند را پوشش دهد. نتیجه در جدول شماره ۵ قابل مشاهده است.

مقولات پیامدی، پیامد مقولات تعاملی هستند که خود مقولات تعاملی نیز به واسطه تعدادی مقولات شرایطی به وجود می آیند. مقولات شرایطی نیز از عامل یا علتی سرچشمه می گیرند. نمودار شماره ۱ به عنوان خروجی نرم افزار MAXQDA فراوانی مقولات را به ترتیب از زیاد به کم با طیف خط ضخیم تا نازک نشان می دهد.

جدول شماره ۵: کدگذاری انتخابی: تعیین نوع مقولات و مقوله هسته

مقوله هسته	نوع مقوله	مقولات محوری
آسیب دیدن سلامت روان	شرایطی	محسوریت نامناسب
	شرایطی	ایجاد خرداقلیم
	شرایطی	تبعات کالبدی-بصری
	شرایطی	محدودیت های چشم انداز
	شرایطی	ناهمگنی دریافت شهری
	شرایطی	آثار سوء زیست محیطی
	شرایطی	ایجاد معضلات اجتماعی
	شرایطی	اشرافیت
	تعاملی	شکل گیری فشار روانی
پیامدی	واکنش های هیجانی-احساسی	

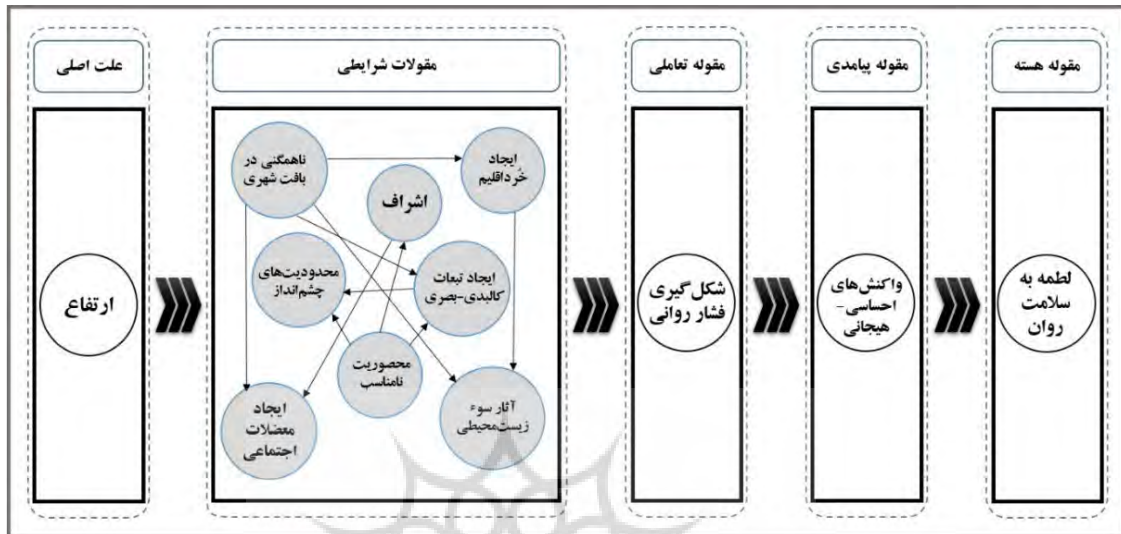


نمودار شماره ۱: مدل مقولات نهایی و فراوانی هر مقوله

- 1 Trustworthiness
- 2 Credibility

در بخش آخر یافته‌ها، به تولید نظریه زمینه‌ای پرداخته شد. آن‌چنان‌که بر اساس مقوله هسته (یعنی آسیب دیدن سلامت روان) که خود بر گرفته از سایر مقولات است، می‌توان گفت، مقوله "واکنش‌های هیجانی-احساسی" خود پیامد مقوله تعاملی "شکل‌گیری فشار روانی" است. این مقوله تعاملی خود از هشت مقوله شرایطی "محسوریت نامناسب"، "ایجاد خرداقلیم" و "تبعات کالبدی-بصری"، "محدودیت‌های چشم‌انداز"، "ناهمگنی

در بافت شهری"، "آثار سوء زیست‌محیطی"، "اشرافیت" و "ایجاد معضلات اجتماعی" منتج شده و نهایتاً مقولات شرایطی نیز از علت اصلی که "ارتفاع" است، نشأت گرفته‌اند. ارتفاع، عاملی است که نهایتاً تأثیرش بر سلامت روان به واسطه مقولات دیگر مدنظر است. نمودار شماره ۳، روابط علت و معلولی میان مقولات و علت اصلی را به روشنی بیان می‌کند.



نمودار شماره ۲: مدل زمینه‌ای چگونگی اثرگذاری ارتفاع بر سلامت روان در مجتمع سعیدیه

۵. نتیجه‌گیری

نتایج را می‌توان در دو حالت بیان کرد:

۱- در حالت نخست مقایسه یافته‌های پژوهش با آنچه در خلال ادبیات موضوع از دیدگاه متخصصان داخلی و خارجی به‌عنوان عوامل کنترل‌کننده، معرفی شد (قیاس برون مقوله‌ای)، برای تعیین نتایج نوآورانه پژوهش حاضر نسبت به سوابق و ادبیات موضوع.

۲- در حالت دوم بررسی و مقایسه نتایج و یافته‌های پژوهش با یکدیگر (قیاس درون مقوله‌ای) تا براساس نوع و رابطه آنها با متغیر اصلی پژوهش و نحوه اثرگذاری هر یک، اولویت‌بندی شوند.

در حالت کلی این نتیجه حاصل شد که اثرگذاری ارتفاع ساختمان‌های بلند بر وضعیت روانی شهروندان، مستقیماً برقرار نیست، بلکه به‌واسطه مقولات شرایطی که می‌توان آنها را معرف‌های بالقوه ارتفاع ابنیه بلند نامید، برقرار می‌گردد.

حالت نخست: قیاس برون مقوله‌ای یا مقایسه با یافته‌ها براساس ادبیات موضوع

با نگاهی اجمالی به مبانی نظری تحقیق براساس نظر متخصصان و نظریه‌پردازان، از عواملی به‌عنوان متغیرهای کنترل‌کننده برای بررسی تأثیر ارتفاع ساختمان‌های بلند بر فشار روانی نام برده شد که عبارتند از: "مقیاس"، "حد نامطلوب محسوریت"، "آثار اقلیمی"، "تراکم زیاد ساختمانی"، "مشکلات بصری" و "حس سرکوبگری".

یافته‌های این پژوهش ضمن تأیید موارد یاد شده، به موارد جدیدی از دید شهروندان اشاره می‌کند که همگی با ارتفاع مرتبطند. این موارد عبارتند از "محسوریت نامناسب"، "ایجاد خرداقلیم"، "تبعات کالبدی-بصری"، "ایجاد معضلات اجتماعی"، "آثار سوء زیست‌محیطی"، "محدودیت‌های چشم‌انداز"، "ناهمگنی در بافت شهری"، "اشرافیت"، "واکنش‌های هیجانی-احساسی" و "شکل‌گیری فشار روانی" که مجموعاً ۵۵ مفهوم را در بر می‌گیرند و در جدول شماره ۴ به تفکیک عنوان شده‌اند.

جدول شماره ۶: مقایسه یافته‌های این پژوهش با یافته‌های براساس ادبیات موضوع

یافته‌های این پژوهش براساس رویکرد کیفی	یافته‌ها براساس ادبیات موضوع
تبعات کالبدی-بصری	اندازه و ابعاد
محسوریت نامناسب	حد مطلوب محسوریت
ایجاد خرداقلیم	حس سرکوبگری
ناهمگنی در بافت شهری	تراکم زیاد ساختمانی
محدودیت‌های چشم‌انداز	مشکلات بصری
اشرافیت	اثرات اقلیمی نامطلوب
ایجاد معضلات اجتماعی	
واکنش‌های هیجانی-احساسی	
شکل‌گیری فشار روانی	

یافته‌ها براساس ادبیات موضوع، در توضیح و تشریح ارتباط ارتفاع و سلامت روان، ابرپوشیده و کم‌وکیف آن را به خوبی تبیین نکرده‌اند، اما با توجه به این که یافته‌های این پژوهش، برگرفته از محتوای لایه‌های درونی ذهن شهروندان است، در سلسله مراتبی از روابط علت و معلولی، چگونگی تأثیر ارتفاع بر سلامت روان شهروندان را به خوبی تشریح و تفسیر می‌کند.

حالت دوم: قیاس درون مقوله‌ای یا مقایسه مقولات با یکدیگر
با نگاهی به یافته‌های پژوهش و فراوانی آنها نتایج زیر حاصل می‌شود:

۱- به نظر می‌رسد که مقوله "محصوریت نامناسب" با فراوانی ۷۳ در بین مجموعه مقولات شریطی، بیشتر مدنظر شهروندان بوده و نقش عمده‌ای در بروز مقوله تعاملی و به تبع آن مقوله پیامدی داشته است. در موارد بعدی به ترتیب مقوله "ایجاد خرداقلیم" با فراوانی ۵۷، "تبعات کالبدی-بصری" با فراوانی ۵۵، "محدودیت‌های چشم‌انداز" با فراوانی ۳۰، "ناهمگنی در بافت شهری" با فراوانی ۲۵، "اشرافیت" و "ایجاد معضلات اجتماعی" مشترکاً با فراوانی ۲۲ و نهایتاً "آثار سوء زیست‌محیطی" با فراوانی ۱۲ مورد توجه شهروندان بوده‌اند.

۲- همان‌طور که مشخص شد، اثری که "ارتفاع" به واسطه مقولات شریطی بر شهروندان می‌گذارد، "ادراک فشار روانی" به‌عنوان مقوله تعاملی است. در پی ادراک فشار روانی در افراد، واکنش‌های هیجانی-احساسی از آنها بروز می‌دهد. بروز این واکنش‌ها و احساسات امری عادی است ولی اگر این احساسات برای مدت زیادی باقی بماند یا اگر آنها شروع به مداخله در زندگی روزانه افراد بکنند، می‌توانند به‌صورت مشکلات سلامت روانی بروز کنند و آسیب دیدن سلامت روان که مقوله هسته نام‌گذاری شد، محقق می‌شود؛ از همین رو مدت زمان درگیری با محرک فشارزا اهمیت دارد.

۳- به نظر می‌رسد که رابطه معنادار و عمیقی بین سلامت روان انسان و ارتفاع ساختمان‌های بلند وجود دارد. با توجه به مبانی نظری سلامت روان و استرس (فشار روانی) مشترکاً از دیدگاه سلیه، ویتن و پایفر، مشخص شد که درگیری درازمدت با محرک استرس‌زا منجر به بروز بیماری روانی می‌شود. این در حالی است که بیمار شدن، شرط نخست از دو شرط لازم سلامت روان را رد می‌کند (شرط نخست، نداشتن بیماری؛ شرط دوم، بهزیستی روان‌شناختی). پس هر عاملی که بتواند یکی از دو شرط را رد کند، می‌تواند به سلامت روان فرد نیز لطمه وارد کند. در این پژوهش به اثبات رسید که عامل ارتفاع به‌عنوان یکی از عوامل کالبدی ساختمان‌های بلند و در واقع شاخص‌ترین آنها و به‌عنوان یک محرک استرس‌زا، به‌واسطه مقولات شریطی نام‌برده، می‌تواند موجب استرس گردد و در نهایت آسیب‌دیدگی سلامت روان فرد را در پی داشته باشد. بنابراین به طور خلاصه باید گفت که عامل ارتفاع در ساختمان‌های بلند می‌تواند موجب آسیب دیدن سلامت روان شهروندان گردد.

با توجه به این که از دید شهروندان، مقوله محصوریت نامناسب بیشتر مورد تأکید قرار گرفت، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که

گاهی شاید نیاز باشد که اندازه و ارتفاع ساختمان‌های با طبقات زیاد، تا ۵۰ یا حتی ۸۰ درصد کاهش باید تا محیط منجرکننده نبوده و عوارض روانی در پی نداشته باشد یا اگر فرضاً زمینی با تعداد واحدهای معین برای ساخت‌وساز در نظر گرفته شود که نتوان آنها را به صورت ویلایی یا در طبقات کمتر طراحی و اجرا کرد، خوش‌بینانه‌ترین حالت این است که روی آوردن به ارتفاع، توأم با ایجاد فاصله مناسب و کافی بین بلوک‌ها باشد تا در حد توان از تشکیل این احساس محصوریت ناراحت‌کننده کاسته شود و رضایت شهروندان را به دنبال داشته باشد.

قبل از احداث یک ساختمان بلند باید توجه داشت که بهترین راه‌حل برای برطرف نمودن جنبه‌های نامطلوب فضای شهری و برخورداری فضا از کیفیت مناسب، فاصله گرفتن آنها از معابر به قدر کافی و انتقال بناهای بلند به مراحل عقب‌تری از فضاهای شهری است، ضمن این که ساختمان‌های بلند از فواصل دورتر از کیفیت زیباشناسانه بهتری برخوردارند و این امر سیمای بصری مطلوبی را نیز برای فضا ایجاد می‌نماید.

با توجه به نقش زمان در آسیب‌پذیری سلامت روان و این که یک ساختمان چیزی نیست که در صورت بروز واکنش‌های هیجانی منفی زودرس بتوان برای حذف آن اقدام کرد، بنابراین می‌بایست در چشم‌اندازهای طراحی این ابنیه به عوارض روانی احتمالی آنها در طول زمان توجه ویژه داشت و با نگرشی زمینه‌محور به تعیین حد ارتفاعی ابنیه نوساز در بافت شهری پرداخته شود.

References:

- Altman, I. (1981). *The Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory and Crowding*. Irvington.
- American Planning Association (2006). *Planning and urban design standards*, John wiley & sons.
- Appleyard, Donald (1969). "Why Buildings are known", *Environment and Behavior*, 2(3), 131-156.
- Asgarzadeh, M., Koga, T., Hirate, K., Farvid, M. & Lusk, A. (2014). "Investigating oppressiveness and spaciousness in relation to building, trees, sky and ground surface", *Landscape and Urban Planning*, 131, 36 – 41.
- Asgarzadeh, M., Koga, T., Yoshizawa, N., Munakata, J. & Hirate, K. (2009). "A transdisciplinary approach to oppressive cityscapes and the role of greenery as key factors in sustainable urban development", *IEEE International Conference on Science and Technology for Humanity*, 1042-1047.
- Asgarzadeh, M., Koga, T., Yoshizawa, N., Munakata, J. & Hirate, K. (2010). "Investigating

Education.

- Hall, E. T. (1990). *The Hidden Dimension*, 1th edition, Anchor.
- Hershenson, D. B. & Power, P. W. (1987). *Mental Health Counseling: Theory and Practice*, Allyn & Bacon.
- Hobbi, M. B. (2004). *Mental Health in a Broader Perspective*, *Journal of Methodology in the Humanities*, 41, 122-106. [in Persian]
- Hwang, T.; Yoshizawa, N.; Munakata, J. & Hirate, K. (2007). "A study on the oppressive feeling caused by the buildings in urban space", *Transactions of the Architectural Institute of Japan*, 616, 25-30.
- Kaplan, H. & Sadock, B. J. (2007) *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences- Clinical Psychiatry*, 10th edition, LWW.
- Karimimoshavar, M. (2010). *The Relationship between High-Rise Buildings and Urban Landscape*, *Bagh Nazar*, 13, 99-89. [in Persian]
- Karimimoshavar, M. (2011) *The Role of tall building in Urban Landscape*, Doctoral dissertation on Architecture, University of Tehran. [in Persian]
- Keyes, C.L. (2002). "The Mental Health Continuum: from languishing to flourishing in life", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Lang, J. (1987). *Creating Architectural Theory: The Role of the Behavioral Sciences in Environmental Design*, 1th Edition, Van Nostrand Reinhold.
- Leicester city council (2007). *Tall Buildings Supplementary Planning Document*, Leicester.
- Mehrabian, A. & Russell, J. (1974). *An Approach to Environmental Psychology*, MIT Press.
- Milanifar, B. (2013). *Mental Health*, 13th edition, Qomes. [in Persian]
- Motevasselli, M. M. & Azizi, M. M. (2012). *Evaluation of Types of High-Rise Residential Buildings in Impact on Landscape*, *Journal of Urban Management*, 30, 112-91. [in Persian]
- Newcastle City Council (2002). *Supplementary Planning Document: Tall Buildings Guidance for Newcastle upon Tyne*, Newcastle.
- Peiffer, V. (2015). *Methods of reducing stress: Principles of Stress Management*, HarperCollins.
- green urbanism; building oppressiveness", *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 9(2), 555-562.
- Asgarzadeh, M., Lusk, A., Koga, T., & Hirate, K. (2012). "Measuring oppressiveness of streetscapes", *Landscape and Urban Planning*, 107, 1-11.
- Bemaniyan, M. R. (2011). *Tall Buildings and the City: An Analysis of the Cultural and Social Impacts of Tall Buildings on Large Cities*, 1th edition, Shahr. [in Persian]
- Bentley, A., Alcock, A., Morin, P., McGlynn, S. & Smith, G. A. (2015). *Responsive Environments*, 1th edition, Routledge.
- Cohen, S.; Evans, G.W.; Stokols, D. & Krantz, D.S. (1986). *Behavior, Health, and Environmental Stress*, Plenum.
- Conway, Donald J. (1977). "Human Response to Tall Building", *Community Development Series*, 3, Hutchinson & Ross.
- CTBUH (2015). *Council on Tall Buildings and Urban Habitat, Height Criteria*, Chicago.
- Deputy of Urban Planning and Architecture of Hamadan Municipality (2007). *Terms and conditions of high-rise buildings in Hamadan, Hamadan*. [in Persian]
- 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.
- Evans, G.W. & McCoy, J. (1998). "When buildings don't work: The role of architecture in human health", *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85-94.
- Ganji, H. (2014). *Mental Health*, 16th Edition, Arsabaran. [in Persian]
- Gehl, J. (2013). *Cities for people*. Washington, Dc: Island Press.
- Gesler, W.; Bell, M.; Curtis, S.; Hubbard, P. & Francis, S. (2004). "Therapy by design: evaluating the UK hospital building program", *Journal of Health & Place*, 10, 117-128.
- Golabchi, M. & Masterifarhani, N. (2013). *Conceptual design of tall buildings*, 1th edition, Tehran University. [in Persian]
- Greenberg, J. S. (2016). *Comprehensive Stress Management*, 14th edition, McGraw-Hill

- Rahimi, G. (2010). World Health Organization (WHO), Journal of Paramedical Faculty of Islamic Republic of Iran Army, 1, 4-1. [in Persian]
- Rapoport, A. (1990). The Meaning of the Built Environment: A Nonverbal Communication Approach, University of Arizona.
- Rayati, A. (2015). Investigating the Psychology of Urban Environments and Spaces in Architecture from the Humanistic Perspective, Perspective National Conference 1404 and Technological Achievements in Engineering Sciences, Shiraz. [in Persian]
- Razmara, H. (2007). What Is Stress, 1th edition, Sepanj. [in Persian]
- Russell, J. A. & Snodgras, J. (1987). Emotion and the Environment, In D. Stokolos & I. Altman (Eds), Handbook of environmental Psychology. John Wiley & Sons.
- Selye, H. (1976). Stress in Health and Disease, Reading (Mass): Butterworth-Heinemann.
- Stora, J. B. (2010). Le Stress, 8e edition, Universitaires de France.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, 2th edition, SAGE.
- Tabatabaeian, M. & Tamannaie, M. (2012). The Role of Built Environments on Mental Health, Armanshahr Journal of Architecture and Urban Development, 11, 109-101. [in Persian]
- Takei, M. & Ohara, M. (1978). "Experimental study on measurement of the sense of oppression by a building: (Part-3) Consideration of the distance to a building and relation between color effect of exterior wall and the sense of oppression", Transactions of the Architectural Institute of Japan, 71-80.
- Todor, Keith (1996). Mental Health Promotion Paradigms and Practice, Routled.
- Weiten, w. (2012). Psychology: Themes and Variations, 9th edition, Cengage Learning.
- World Health Organization (2001). "The World Health Report: Mental Health; New Understanding, New Hope", Geneva.

