

مقاله پژوهشی

ارزیابی و بررسی نقش مؤلفه‌های کالبدی محیطی بر سلامت روان ساکنان مجتمع‌های مسکونی

وحیده رزم‌آهنگ^۱، هادی کشمیری^{۲*}

۱_ دانشجوی دکتری معماری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران.

Razmahang.v@gmail.com

۲_ دانشیار گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

Keshmirihadi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۳/۲۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱/۲۰]

چکیده

در سال‌های اخیر، زندگی در مجتمع‌های مسکونی را می‌توان یکی از مهم‌ترین تحولات در رابطه با سکونت برشمرد که به شکلی فراگیر تبدیل به فرم زیست و مسکن معاصر در شهرها شده است. در این راستا بحران‌های برآمده از آپارتمان‌نشینی مجموعه وسیعی از اختلالات روانی همچون: استرس، اضطراب، افسردگی و... را به وجود آورده است. پژوهش حاضر بر پایه ارزیابی و تحلیل میزان تأثیر مؤلفه‌های کالبدی محیطی بر سلامت روان انجام گرفته تا شاید نتایج آن راهگشایی برای طراحی فضاهای مسکونی سالم و رو به رشد باشد. قابل ذکر است جهت سنجش سلامت روان افراد، از پرسش‌نامه استاندارد GHQ-12 استفاده شده و برای بررسی المان‌های محیطی، مؤلفه‌های کالبدی محیطی مدنظر قرار گرفته است. همچنین یک پرسشنامه محقق ساخت بر مبنای مؤلفه‌های مؤثر کالبدی محیطی تهیه شده که ۳۴۰ نفر از ساکنین مجتمع‌های مسکونی مختلف شیراز به آن پاسخ داده‌اند و نیز جهت انجام تحلیل و پردازش اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که، محیط کالبدی مجتمع‌های مسکونی نقشی اساسی در کیفیت زندگی ساکنین و در نتیجه بیشترین تأثیر منفی بر سلامت روان ساکنان دارد؛ در نتیجه مشخص شده که رابطه قابل استنادی بین سلامت انسان و محیط کالبدی اطرافش وجود دارد و برای تأمین سلامت روان ساکنین باید مؤلفه‌های کالبدی محیطی مسکونی مدنظر قرار گرفته و برای ارتقاء و رفع نقص آن‌ها طراحان تلاش نمایند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، مجتمع مسکونی، محیط کالبدی، مسکن، مؤلفه‌های محیطی.

گسترش بی‌رویه و بدون برنامه شهرها، افزایش فاصله از محل کار و زندگی، افزایش تردد‌های شهری، عدم تشخیص نیازهای انسانی، آلودگی صوتی و بصری و هوا، نبود مسکن مناسب و باکیفیت، ازدحام و بروز تعارض‌های اجتماعی، از میان رفتن حس تعلق به محیط و سایر عوارض را می‌توان به‌عنوان شرایط نامساعد و کیفیت‌های نامناسب محیطی دانست که با ایجاد فشارهای روانی در افراد، اثرات جبران‌ناپذیری بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها می‌گذارد و باعث اختلال و وقفه در عملکرد افراد در قلمرو اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی می‌شود (امام‌قلی، ۱۳۹۳). همچنین باید توجه داشت که سلامتی انسان تحت تأثیر عوامل گوناگونی است و عوامل مؤثر مثبت و منفی گوناگونی برای آن ذکر شده است. شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با سلامتی و به عبارتی تعیین‌کننده‌های سلامت امری واجب است. دانشمندان عوامل متعددی چون امنیت شخصی و اجتماعی، تصویر بدنی، شخصیت، هوش، عواطف و احساسات، عوامل فیزیکی و ژنتیک، مشکل مسکن، محیط و روابط اجتماعی، معنویت و غیره که هر یک به‌تنهایی می‌توانند بر سلامت فرد تأثیرگذار باشند را برشمرده‌اند (حمیدیه و شهیدی، ۱۳۸۷). از سویی، یک فضای مسکونی باید بتواند شرایط لازم برای رشد فردی هر یک از افراد خانواده اعم از کوچک و بزرگ را فراهم نماید، یعنی یک فضای مسکونی باید هم از لحاظ کیفیت و هم از لحاظ رضایت مورد توجه قرار داشته باشد. در حقیقت در معماری اساسی‌ترین عامل کاربران هستند، از این دیدگاه معنای هر اثر معماری بدین موضوع وابسته است که این اثر تا چه اندازه آسایش، آرامش مردم را تأمین می‌نماید و در پاسخ به نیازهای آن‌ها کارآمد است. به عبارتی یک فضای مسکونی مفید باید بتواند شرایط لازم برای رشد و توسعه فردی کلیه افراد خانواده را زمینه‌سازی نماید (چرمایوف، ۱۳۷۱). مسکن چیزی بیش از یک سرپناه صرفاً فیزیکی است و کلیه خدمات و تسهیلات عمومی لازم برای بهزیستی انسان را در بر می‌گیرد و باید حق تصرف نسبتاً طولانی و مطمئن برای استفاده‌کننده آن مهیا باشد (شکرگزار، ۱۳۸۵). می‌توان بیان کرد که انسان با توجه به نیازها، ارزش‌ها و هدف‌های خود، تغییراتی در محیط ایجاد می‌نماید و به‌طور متقابل تحت تأثیر محیط دگرگون شده قرار می‌گیرد و از جهتی فن‌آوری‌های پیشرفته سبب می‌شوند تأثیر انسان بر محیط شدت و سرعت بیشتری پیدا کند. برخی این دگرگونی سریع محیط را مخرب و موجب وقفه در نظام زیست‌محیطی «انسان-محیط» قلمداد می‌کنند و بر این نکته تأکید دارند که هر نوع دگرگونی اساسی و عمیق در محیط طبیعی، باید با توجه به تأثیر بلند مدت آن بر انسان و پیش‌بینی نتایج مثبت و منفی آن انجام بگیرد. دگرگونی سریع محیط از ویژگی‌های بنیادی دوران اخیر است. روزانه شهرها و محله‌ها و بناهای جدید ساخته می‌شود. این مدل تغییر و دگرگونی «موقعیت‌های کالبدی» برخی الگوها و معیارهای رفتاری را تقویت و بعضی دیگر را تضعیف می‌کنند و به‌طور خلاصه جهت و ابعاد جدیدی به رفتار ساکنان خود تحمیل می‌نمایند یا برخی الگوهای رفتاری و نقش‌های اجتماعی جدیدی را به ساکنان خود می‌بخشند (مرتضوی، ۱۳۸۰). با توجه به این موضوع که تمامی رفتارهای انسان در فضاهای تعیین شده روی می‌دهد که بستر رفتار قلمداد می‌شوند، تنها در صورتی فضا مطلوب محسوب می‌گردد که در راستای ویژگی‌ها و خصوصیات رفتاری و نیازهای افراد استفاده‌کننده طراحی شده باشد. هر نوع دگرگونی اساسی و عمیق در محیط باید با توجه به تأثیر بلندمدت بر انسان و پیش‌بینی نتایج مثبت و منفی آن صورت پذیرد (امام‌قلی، ۱۳۹۳). اگر بپذیریم که کیفیت محیط ساخته شده در تأمین سلامت روانی نقش شایانی دارد، مسکن در این محیط کالبدی نقش بسیار چشمگیری در شاخصه‌های سلامت روان دارد؛ زیرا افراد بیشترین وقت خود را در مسکن و محیط سکونت می‌گذرانند (Evans, Wells, Chan & Saltzman, 2000). باید توجه داشته باشیم که معماری به‌عنوان یک هنر و همچنین ایجاد محیطی کالبدی می‌تواند یک عرصه جدید درمانی به حساب بیاید (گنجی، ۱۳۹۰). با توجه به مطالب بیان‌شده و با در نظر گرفتن تأثیر محیط پیرامون بر رفتار افراد، مؤلفه‌های کالبدی محیطی مجتمع‌های مسکونی تا حد قابل توجهی می‌توانند بر سلامت روانی ساکنان خود تأثیر داشته باشند و سلامت آنها را تحت تأثیر قرار دهند و آن را مختل نمایند. به همین منظور هدف از این پژوهش و ارزیابی حاضر، بررسی مؤلفه‌های کالبدی محیطی مؤثر بر سلامت روانی در حیطه مسکن می‌باشد تا شاید راهگشایی برای طراحی مسکن مناسب برای تأمین سلامت روانی افراد باشد.

۱-۲- سوالات و فرضیه‌های پژوهش

۱. چه رابطه‌ای میان سلامت روان ساکنین مجتمع‌های مسکونی و عوامل کالبدی محیطی وجود دارد؟
۲. کیفیت‌های محیطی مسکن چگونه باعث ارتقای وضعیت سلامت ساکنان در آن خواهد شد؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

در رابطه با عوامل مؤثر بر سلامت روان تاکنون پژوهش‌های متعددی انجام شده در جدول شماره (۱) به صورت اجمالی به توضیح متغیرهای مؤثر محیطی بر سلامت روان از دیدگاه تعدادی از محققین پرداخته شده است.

جدول ۱. پیشینه پژوهش‌های انجام شده در رابطه با موضوع و بیان نتایج آن‌ها

پژوهشگران	متغیر مورد بررسی	نقش عوامل محیطی گوناگون بر سلامت روان
Baum & Singer (1982)	دوری و عدم دسترسی مستقیم به طبیعت	سکونت در ساختمان‌های مسکونی بلندمرتبه، باعث انزوای اجتماعی در افراد به‌ویژه در کودکان می‌شود و در بسیاری موارد این موضوع، سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد
Kuo, Sullivan, Coley & Brunson (1998)	کیفیت بهداشتی آپارتمان‌ها	نیمی از ساکنان آپارتمان‌ها از سالم بودن و بهداشتی بودن محیط زندگی‌شان ناراضی هستند
Perrins-Margalis, Rugletic, Schepis, Stepanski & Walsh (2000)	ارتفاع ساختمان‌ها	افرادی که در ساختمان‌های بلند شاغل هستند، اکثراً در دوران کاریشان نشانه‌هایی چون سردرد، حالت تهوع، سرگیجه، خستگی روانی و جسمی، تپش قلب و دلهره داشتند.
Evans, Wells & Moch (2003); Kuo et al (2009)	استفاده از اجزای طبیعی	استفاده از اجزای طبیعی در محیط مسکونی باعث کاهش استرس محیطی و آرامش ساکنان آن‌ها می‌شود.
Wells, Evans & Yang (2010)	ایجاد کاربری‌های متنوع در اطراف محل زندگی	افرادی که محل زندگی‌شان در کنار پارک‌ها و فضاهای باز با پوشش مناسب درختان باشد از نظر فیزیکی فعال‌تر و طول عمر بیشتری دارند.
Min & Lee (2006)	دسترسی به فضاهای باز و پارک‌ها	کودکان ساکن در ساختمان‌های بلندمرتبه به فضاهای باز و پارک‌ها علاقه وافری دارند و آرامش بیشتری تجربه می‌کنند
Moore (1981)	تراکم مادی (چند خوابه بودن آپارتمان)	هر چه تعداد اتاق‌های خواب یک آپارتمان بیشتر باشد، یا به اندازه تعداد افراد خانوار باشد، میزان آسیب‌های مختلف بین اعضای آن خانواده نیز کاهش می‌یابد
Nasar & Julian (1995)	ارتباطات همسایگی	وسعت و نوع ارتباطات همسایگی تأثیرات مثبت بر بیماری‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی افراد دارد
Huang (2006)	طراحی فضاهای مختلف در محیط	جای‌گذاری فضای مناسب نشستن و طراحی فضای سبز بهینه، تأثیر مثبتی بر ساکنین مجموعه‌ها دارد
Marcus & Barnes (1995)	حضور در فضای باغ-بیمارستان	رهایی از استرس، آرامش ذهن و تفکر بهتر از جمله مزایای عمده برای کاربران باغ-بیمارستان مثل بیماران، کارمندان و مراجعه‌کنندگان است
Lee, Kim & Lee (2010)	طراحی اصولی پلان واحدها	اصلاح پلان‌ها و پیش‌بینی فضاهای جمعی در لابی‌های هر طبقه باعث کاهش سطح بیماری‌های روان‌شناختی، شور و شوق و رضایت از زندگی خواهد شد.

Wood, Frank & Giles-Corti (2010)	وجود مناظر و دید مطلوب	دید مناسب باعث کاهش استرس، افسردگی و افزایش تمرکز و شادی نسبت به ساختمان‌هایی که دید مناسبی ندارند می‌شود.
Leventhal and Brooks-Gunn (2003)	تغییر فضای زندگی	مهاجرت از محله و مسکن بهتر به مسکن ضعیف‌تر، می‌تواند ایجاد اضطراب کند
میرغلامی، قره‌بلگو و نوزمانی (۱۳۹۶)	تأثیر تراکم بر سلامت روانی	ساکنین آپارتمان‌ها با گونه‌های تراکمی مختلف سلامتی روانی متفاوتی دارند

امروزه سلامتی، به‌عنوان یکی از مخاطرات جدی، در بخش‌های سکونتی کشورهای در حال توسعه اهمیت زیادی دارد. تحلیل‌های سازمان‌های بین‌المللی، نشان‌دهنده محوریت فاکتور سلامتی به‌عنوان یک شاخص اصلی در سنجش توسعه پایدار می‌باشد. با استناد به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان «سلامتی تنها در نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست» (گنجی، ۱۳۹۰). 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 گفته نمی‌شود (World Health Organization, 2001). سلامت روانی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها می‌باشد (گنجی، ۱۳۹۰). در حقیقت یکی از ابعاد اصلی سلامت، در سلامت عمومی سلامتی روان است. این بعد از سلامت عمومی علاوه بر آنکه به نبود اختلالات و فشارهای روانی توجه دارد، به شرایطی اطلاق می‌شود که افراد بتوانند استعدادهای خود را تحقق ببخشند و با استعدادهای معمول زندگی سازگار شوند و به شکل بهره‌ورانه اقدامات مفیدی برای زندگی انجام بدهند (آقایاری هیر، عباس‌زاده و گراوند، ۱۳۹۵). براساس این تعریف، سلامت دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است و هر گونه آسیب وارده به هر یک از این محورهای سه‌گانه می‌تواند منجر به برهم خوردن تعادل فرد و در نتیجه تهدید سلامت وی شود. هر کدام از ابعاد سه‌گانه سلامت به نوعی با موضوع مسکن نیز در ارتباط و معرف واژه‌هایی چون مسکن سالم، سلامت مسکن و یا بهداشت مسکن در حوزه معماری هستند. در این تعریف‌ها منظور از مسکن سالم، خانه‌های است که بتواند تأمین‌کننده هر سه بعد سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برای ساکنانش باشد. یکی از ابعاد محیط که می‌تواند بر سلامت انسان‌ها اثرگذار باشد، محیط ساخته شده است (حکیمیان، ۱۳۹۱). قابل ذکر است که مقوله مسکن بعد از خوراک و پوشاک یکی از بنیادی‌ترین نیازهای انسان است که برای بقای فرد و جامعه اهمیت چشمگیری دارد (ملکی، ۱۳۹۰). در سال‌های اخیر انسان‌ها به دلایل مختلف مجبور به زندگی در مجموعه‌های چند خانواری شده‌اند، اما نه تنها از مزایای زندگی جمعی برخوردار نیستند، بلکه این موضوع عاملی برای خدشه‌دار شدن زندگی فردی شده و همچنین باعث بروز نابسامانی‌هایی در زندگی ساکنین شده است؛ بنابراین باید تعادلی بین سلامت و محیط مسکونی برقرار کرد (قاسمی اصفهانی، ۱۳۸۳). باید پذیرفت که هیچ ساختمان یا فضایی نمی‌تواند نیاز همه‌ی افراد را به‌طور کامل برآورده نماید. دامنه‌ی وسیع‌تر فرصت‌ها و همچنین تعامل بیشتر با یک محیط می‌تواند آن را برای تأمین نیازهای مردمی که از آن استفاده می‌کنند، مناسب‌تر کند و بنابراین توانایی یک محیط را برای مواجهه با نیازهای مختلف افزایش بدهد (مدنی‌پور، ۱۳۷۹)؛ اما مسکن کلیه خدمات و تسهیلات عمومی لازم برای بهزیستی انسان را در بر می‌گیرد. علاوه بر این مسکن در مفهوم محیطی‌اش، همانند ابزاری در نظر گرفته شده که باید معیارهای اساسی لازم برای ایجاد پیوند بین «زندگی خانواده» و «محیط» را دارا باشد (منبر، ۱۳۶۵).

مجموع‌های مسکونی به‌عنوان اساسی‌ترین کاربری شهری محسوب می‌شوند که می‌تواند تأثیرات بسیاری بر رفتار ساکنان و روابط آن‌ها داشته باشند، افزایش روزافزون جمعیت و به دنبال آن، نیاز بیشتر به مسکن، نیاز به انبوه‌سازی در قالب مجتمع‌های مسکونی را به وجود آورده است (شکرگزار، ۱۳۸۵).

ویژگی مسکن	نتایج پژوهش / محقق
نوع مسکن	تأثیر طراحی داخلی و سبزی‌نگی در محیط‌های مسکونی آپارتمانی بر سلامت دختران جوان (Safarinia, 2010) افسردگی کمتر در ساکنین خانه‌ها به نسبت آپارتمان‌ها (Richman, 1978)
کیفیت کلی ساختمان	افراد ساکن در خانه‌های تک خانواری از نظر سلامت روان در وضعیت بهتری نسبت به ساکنین دیگر انواع مسکن قرار دارند (Edwards & Torcellini, 2002).
کیفیت سازه. چگونگی تعمیر و نگهداری	وضعیت اجتماعی اقتصادی همچون شرایط تصدی مسکن (وضعیت مالکیت و اجاره) و نیز کیفیت همسایگی (Evans et al., 2003) اضطراب از خطرات سازه ساختمان، نگرانی و نبود کنترل نسبت به ورودی‌ها، شیوه‌های مدیریتی و ترس از جرائم در ارتباط کیفیت کلی مسکن (Brown & Jacobes, 2011)
طبقه ساختمان	بررسی تأثیر عوامل مستقیم (ازدحام، آلودگی صوتی، کیفیت هوا و نور) و عوامل غیرمستقیم (تراکم بالا در محیط‌های مسکونی) مربوط به محیط ساخته شده بر سلامت روان (Evans, Wells, Chan & Saltzman, 2000) بررسی میزان افسردگی در ساختمان‌های بلندمرتبه و خانه‌های چند خانواری مورد بررسی قرار گرفته که نشان دهنده میزان افسردگی بیشتر در این ساختمان‌ها به واسطه انزوای اجتماعی بود. مور در بررسی تفاوت‌های سکونت در خانه و آپارتمان تأثیرات منفی تقابل‌های اجتماعی در ساختمان‌های یک طبقه به خاطر روابط اجتماعی کمتر، میزان شادمانی کمتری را تجربه می‌کنند (Moore, 1981) تأثیرات منفی ساختمان‌های بلندمرتبه ممکن است به خاطر انزوای اجتماعی و یا نبود دسترسی مناسب و کافی به فضای بازی کودکان (Bonney, 2007)

ساختمان‌ها بخشی از محیط ساخته شده می‌باشند که از نظر کوهن و همکارانش می‌توانند ایجاد استرس نمایند و سلامت روان ساکنین را تحت الشعاع قرار دهند (Cohen, Evans, Stokols & Krantz, 1986). رابطه انسان و محیط رابطه‌ای دوطرفه است و هر دو به نوعی بر هم تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌پذیرند. جمله‌ای از «وینستون چرچیل» نقل شده که: ما ساختمان‌ها را شکل می‌دهیم و بعداً ساختمان‌ها ما را شکل می‌دهند». همچنین کریستوفر الکساندر معتقد است: «الگوی رویدادهایی را که بر زندگی در بناها و شهرها غالب است، نمی‌توان از فضاهایی که در آن رخ می‌دهند، جدا کرد» (الکساندر، ۱۳۸۶). روان‌شناسان محیطی به گونه‌ای مستقیم و غیرمستقیم، تأثیرات محیط کالبدی بر سلامتی انسان را بررسی کرده‌اند. در حقیقت محیط ساخته شده و به‌طور کلی فضای کالبدی-محیطی، مجموعه‌ای سازمان داده شده از قابلیت‌ها هستند. توانش اشیای مادی آن دسته از خصوصیات کالبدی است که می‌تواند به گونه‌ای خاص توسط انسان و یا حیوان مورد استفاده قرار بگیرد. به تعبیری دیگر سطوح مختلف محیط تأمین‌کننده رفتارهای مختلف برای موجود زنده (انسان و حیوان) می‌باشد. آدمی سطوح محیط کالبدی را برای این دگرگون می‌سازد تا بتواند توانش محیط را بر نیازهای خویش انطباق بدهد (مطلبی، ۱۳۸۰). اگر معماری را شکل دادن هدفمند به مکان و محیط زندگی انسان تعریف کرده باشند، متوجه شده‌اند که دو عامل «زندگی» و «شکل» در بطن آن است. اثر معماری همانند ظرف است و معمار در پی ساختن این ظرف و آنچه در این ظرف می‌آید «زندگی انسان» است. پس انسان هم سازنده ظرف است و هم خود به‌صورت مظلوف در آن قرار می‌گیرد و شکل می‌پذیرد. محیط و رفتار آن‌قدر در هم تنیده‌اند که به‌سختی می‌توان آن‌ها را از هم جدا کرد. «ایروین آلتمن» می‌گوید: «رفتار را نمی‌توان مستقل از رابطه درونی آن با محیط درک کرد، رفتار را باید در بستری محیطی تعریف نمود» (آلتمن، ۱۳۸۲). انسان و محیط کالبدی، ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر و تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند (راپاپورت، ۱۳۹۱). همان‌طور که می‌دانیم مهم‌ترین ابعاد محیطی مؤثر بر سلامت در حیطه مسکن تحت سه مقوله عوامل کالبدی، اجتماعی و زیستی بررسی می‌شوند که در این پژوهش مؤلفه‌های کالبدی محیطی تأثیرگذار بر سلامت روان به شرح ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۲- تراکم

تراکم عبارت است از تعداد یا مساحت (هر عنصر مورد بررسی) در یک فضا (سطح تراکم)، تراکم آن عنصر در آن فضا یا سطح نامیده می‌شود (مشهودی، ۱۳۸۹). اثرات تراکم ساختمانی بر ابعاد کالبدی محسوس‌تر است، به طوری که معیارهایی همچون سطح اشغال، ارتفاع، نسبت توده و فضا به نوعی تعیین‌کننده میزان تراکم ساختمانی هستند و از آنجاکه کیفیت و طراحی محیط فیزیکی می‌تواند موجب و یا بازدارنده بیماری یا آسیب جسمی یا روانی باشد تراکم ساختمان فاکتور بسیار مهمی است که در فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی ساختمان‌ها تعیین می‌گردد (Cummins & Jackson, 2001). در تحلیل محیط‌های مسکونی، تعیین تراکم به عنوان نقطه شروع، اساس تصمیم‌گیری در طراحی را تشکیل می‌دهد. هرگونه رفتاری در محیط‌های مسکونی از طریق تراکم مورد تحلیل قرار می‌گیرد، زیرا فاکتورهای مختلفی کیفیت‌های رفتاری در محیط‌های مشترک را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. در این راستا بررسی و تشخیص شرایط به وجود آمده در این گونه محیط‌ها لازم به نظر می‌رسد. حتی در بررسی‌هایی که از تراکم استفاده نمی‌شود، از معیارهای مهم تراکم، مانند میزان فضای باز، شرایط اقتصادی ساکنان، گونه‌های مسکونی، سیستم‌های محصوریت فضای باز و نظایر آن برای تحلیل محیط استفاده می‌شود (پوردیهیمی، ۱۳۹۱).

۲-۲- خوانایی و تنوع بصری

می‌توان به این موضوع توجه کرد که نقش تنوع بصری در ادراک محیطی کمتر از سایر عوامل است اما جزء عواملی است که فقدان کلی آن در بلندمدت ایجاد مشکل می‌کند. در تحقیقی در دانشگاه برکلی کالیفرنیا، نشان داده شد که ویژگی‌های کالبدی مانند فاصله میان خانه‌ها، حیاط‌های جلویی، تنوع سبک خانه‌ها، در مقایسه با تنوع بصری، تأثیر بیشتری بر درک مثبت از محیط خواهند داشت، اما باید به خاطر داشت که تکرار نماهای مشابه، در طول زمان احساس یکنواختی بصری به وجود می‌آورند و تنوع در طراحی بلوک‌ها آرامش ذهنی را به دنبال دارد (Chuang, 2001).

۳-۲- اختلاط و تنوع کاربری

اختلاط به معنای یکپارچه کردن جریان زندگی و کار و تفریح تلقی می‌شود و اختلاط کاربری و فرم، تجلی خارجی یکپارچگی جریان زندگی و تفریح و کار است. سرزندگی، مفهومی است که پارامترهای ذکر شده را در برمی‌گیرد. سرزنده‌ترین فضاها فضاهایی هستند که کاربری مسکونی با اداری و تجاری، تلفیق و ترکیب شده باشد. باید توجه داشت که جریان داشتن فعالیت پیاده در سرزندگی فضاهای شهری نقش بسزایی دارد (خسروآبادی، ۱۳۸۸). فضاهایی با اختلاط کاربری، فرصت‌هایی را برای تعامل انسانی و تفریح و لذت بردن از محیط فراهم می‌سازند. اختلاط کاربری‌ها اساساً یک شکل از توسعه شهری مبتنی بر تمرکز کاربری‌های مختلف در یک منطقه مشخص است و رویکرد جدیدی در چیدمان و ارتباط مکانی کاربری‌ها می‌باشد. همچنین تلفیق و توسعه کاربری‌هایی گوناگون همچون تجاری، در محله‌ها در رابطه با محیط‌های مسکونی موجب افزایش تمایل ساکنین به استفاده از فضاهای باز مسکونی و شکل گرفتن تعامل اجتماعی می‌گردد که این موضوع موجب برقراری روابط اجتماعی همسایگان خواهد شد (جوادی، طالعی و کریمی، ۱۳۹۲).

۴-۲- چیدمان بلوک‌ها در مجتمع مسکونی

نقش و تأثیر الگوی چیدمان بلوک‌های مجتمع‌های مسکونی بر سلامت روان ساکنین اجتناب‌ناپذیر است. تأثیر عوامل گوناگون طراحی بر آسایش ساکنین و همچنین رضایت افراد، نقشی تعیین‌کننده دارد. از میان عوامل مختلف، الگوی چیدمان ساختمان‌ها به عنوان یکی از مؤلفه‌های بسیار تأثیرگذار بر جریان باد و استفاده از نور خورشید در فضاهای مسکونی محسوب می‌شود که می‌تواند به عنوان یکی از عوامل سلامتی نیز لحاظ شود (مدنی‌پور، ۱۳۷۹). همچنین پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض نور خورشید

بسیاری از سندرم‌های روانی را تعدیل می‌کند. در همین راستا چیدمان اصولی بلوک‌های مسکونی می‌تواند فضا را برای بهره‌گیری بیشتر از نور روز بازتر کرده و سایه‌اندازی ساختمان‌ها را نیز تعدیل می‌کند (مرتضوی، ۱۳۸۰).

۲-۵- کیفیت فضای داخلی ساختمان

بدون شک رابطه‌ای تنگاتنگ میان محیط داخلی ساختمان و سلامتی انسان می‌باشد. سندروم ساختمان بیمار (SBS) اصطلاحی است که برای بیان شرایطی استفاده می‌شود که در آن شرایط، ساکنین ساختمان نداشتن آسایش و یا حتی مشکلات حادی را در رابطه با سلامتی خود تجربه می‌کنند. معمولاً سندروم ساختمان بیمار از پارامترهای مختلفی به وجود می‌آید. از جمله این عوامل می‌توان به آلودگی هوای داخل ساختمان، عدم وجود نور طبیعی، تهویه نامناسب، ضعف عایق‌بندی صوتی و ... اشاره کرد. بعضی از علائم SBS ممکن است آشکار بوده و به راحتی درمان بشوند و برخی دیگر ممکن است در طولانی مدت به صورت بیماری‌های مزمن خود را آشکار نمایند. برای مثال کمبود نور خورشید می‌تواند منجر به بیماری‌هایی به علت کمبود دریافت ویتامین D در بدن شود. باید گفت اهمیت نور در فضاهای داخلی مجتمع‌های مسکونی، بسیار قابل توجه است و با توجه به تأثیرپذیری جسم و روان انسان از نور توجه به این مقوله همیشه مدنظر طراحان بوده است (لائو، ۱۳۸۴). در حقیقت نور خوب می‌تواند کیفیت فضا را ارتقا دهد و از جهتی تأمین‌کننده آرامش ساکنین نیز باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده آن است که نور یکی از مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد است. در واقع با بهره‌گیری مناسب از نور طبیعی روز می‌توان کیفیت روشنایی فضا، سطح سلامت جسمی، روحی و در نتیجه کارایی افراد و افزایش سطح کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد؛ اما باید دقت داشت همچنین ورود سیل‌آسای نور به فضاها می‌تواند نتیجه عکس در برداشته و برهم زنده آسایش می‌گردد (حبی، ۱۳۸۳).

۲-۶- فاصله و ارتفاع ساختمان‌ها

ارتفاع، جزء ذاتی ساختمان‌های بلند و مهم‌ترین ویژگی فرمی این ابنیه است که تأثیر چشمگیری در رابطه با شهروندان و تحلیل ادراکات و احساسات آن‌ها دارد. یکی از مهم‌ترین بخش‌های تأثیر ارتفاع، آثار آن بر سلامت روان شهروندان است. عامل ارتفاع به عنوان یکی از عوامل کالبدی ساختمان‌های بلند و در واقع شاخص‌ترین آن‌ها و به عنوان یک محرک استرس‌زا، می‌تواند ایجاد استرس در افراد نماید و در نهایت آسیب‌دیدگی سلامت فرد را در پی داشته باشد (طالبی و کلاتری، ۱۳۸۳). تأثیر ارتفاع ساختمان‌ها در ایجاد حس محصوریت فضایی بسیار قابل توجه است احساس محصور بودن اساساً بر رابطه فاصله چشم ناظر از ارتفاع بدنه محصورکننده فضا استوار است (توسلی، ۱۳۷۶). ساختمان‌های بلند مردم را از خیابان‌ها و یکدیگر جدا می‌کنند و به میزان زیادی شانس ایجاد ملاقات بین افراد را که لازمه سرزندگی یک شهر و سرمایه اجتماعی می‌باشند کم می‌کنند. زندگی کردن در ساختمان‌های بلند، جهانی محدود را به وجود می‌آورد. این ساختمان‌ها تمام دنیای افراد می‌شوند مخصوصاً آن‌هایی که دارای رستوران، مرکز خرید، باشگاه ورزشی و دیگر امکانات نیز هستند و می‌توان گفت این موضوع به صورت تدریجی سلامت ساکنین را متأثر می‌کند (پوردیپیمی، ۱۳۹۱).

۲-۷- محل قرارگیری مسکن

سایت قرارگیری مسکن تأثیر چشمگیری در سلامت ساکنین آن دارد. یک مسکن مناسب باید از نظر موقعیت ساختمان، وضعیت آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و جمع‌آوری زباله قابل قبول باشد و مشخصات ساختمان از نقطه نظر نور، تهویه، حرارت و رطوبت و سر و صدا آن‌چنان باشد که سلامت جسمی و روحی ساکنین را تأمین کند. قرارگیری مسکن در مکان ناسالم بر مسائل روانی و اجتماعی مانند افسردگی، استرس و ناهنجاری‌های رفتاری تأثیرگذار است (میلانی‌فر، ۱۳۷۶). باید توجه داشت که محل قرارگیری مسکن

اهمیت زیادی در حفظ سلامت افراد دارد و باید در منطقه‌ای باشد که باد، دود، بخار، بوهای مختلف و گازهای مناطق صنعتی به طرف مسکن رانده نشود. دور از مراکز تجاری پرزدحام، ایستگاه راه‌آهن، فرودگاه و مراکز تولید صدا باشد (ایلدراآبادی، ۱۳۹۶). از جمله آسیب‌های سایت محیط مسکونی بر سلامت می‌توان به مواردی چون بیماری‌های قلبی، افسردگی و عدم فعالیت‌های بدنی اشاره نمود. همچنین بسیاری از اختلالات روانی در سنین بالاتر در اثر مجاورت مسکن با محیط آلوده اقتصادی می‌باشد (حبی، ۱۳۸۳).

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مؤلفه‌های کالبدی محیطی مؤثر بر سلامت روان ساکنان مجتمع‌های مسکونی، نگارش شده و به روش کمی و کیفی انجام پذیرفته است. برای دستیابی به این هدف، پژوهش در مراحل گوناگون انجام شده، در مرحله اول از طریق مطالعات کتابخانه‌ای به معرفی مفاهیم اولیه تحقیق پرداخته شده و ادبیات موضوع تحقیق، از منابع مختلف انگلیسی و فارسی استخراج شده که این ادبیات، زمینه‌ای برای تدوین پرسشنامه محقق ساخت با توجه به مرور ادبیات پژوهش گردید و همچنین برای سنجش و بررسی سلامت روان افراد پرسش‌نامه GHQ-12 گلدبرگ به کار برده شده است. در مرحله بعد هر دو پرسشنامه در بین جامعه هدف که ساکنین مجتمع‌های مسکونی در مناطق مختلف شیراز و با دسته‌بندی سنی بین ۱۵ تا ۶۰ سال بودند توزیع شد. انتخاب نمونه در این پژوهش به صورت تصادفی از ساکنین مجتمع‌های مسکونی مختلف سطح شهر شیراز، انتخاب شده است. این تحقیق با انتخاب و گزینش حداقل ۳۴۰ نفر از جامعه آماری مورد تحقیق انجام شده است، اما به دلیل جلوگیری از ریزش تعداد افراد پاسخگو و همچنین بهتر تکمیل کردن اطلاعات مورد نیاز، تعداد ۳۸۰ پرسش‌نامه و لینک الکترونیکی توزیع شده که پس از جمع‌آوری پاسخ‌ها و حذف پرسش‌نامه‌های باطله، ۳۴۰ پرسش‌نامه سالم در دسترس قرار گرفت. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از سؤالات پرسشنامه‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و مقایسه‌ای مورد استفاده قرار گرفته است. در مرحله بعدی از آزمون کولوموگروف و اسمیرنف برای تعیین و سنجش نرمال بودن متغیرها و همچنین برای پاسخ به فرضیه‌های تحقیق آزمون همبستگی و رگرسیون به کار برده شده است. در مرحله آخر داده‌های تحلیلی حاصل از سؤالات پرسشنامه‌ها با تکیه بر آمارهای توصیفی و استنباطی و یافته‌های تحقیق از نرم‌افزار SPSS استخراج و در نهایت نتایج کلی تحقیق جمع‌بندی و ارزیابی گردیده است.

۴- یافته‌ها

۴-۱- بررسی روایی و پایایی پرسشنامه

در حقیقت مفهوم روایی یا اعتبار به این سؤال پاسخ می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد ویژگی مورد نظر را می‌سنجد. بدین منظور در گام اول برای تعیین روایی پرسشنامه در این تحقیق از روایی نمادی یا صوری که زیر بخشی از روایی محتوایی است، استفاده شده و منظور از آن به کارگیری نظرات متخصصین امر که همان استادان و متخصصین مرتبط با موضوع پژوهش هستند می‌باشد. همچنین به منظور اطمینان از نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه، اقدام به بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه شده است. منظور از قابلیت اعتماد یک وسیله اندازه‌گیری، آن است که اگر ویژگی مورد سنجش با همان وسیله (همان ابزار اندازه‌گیری)، تحت شرایط مشابه، به طور مکرر اندازه‌گیری گردد، نتایج به دست آمده تا چه حد مشابه، دقیق و قابل اعتماد می‌باشند که در این راستا پرسشنامه محقق ساخت در چندین مرحله تجزیه و صحت سنجی شده تا در حد قابل قبولی قابل استناد باشد. سپس برای تعیین روایی سؤالات پرسشنامه محقق ساخت که برای سنجش متغیرهای اصلی مورد استفاده قرار گرفته از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای استفاده شده است (جدول ۳).

جدول ۳. طیف لیبرت

کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۵	۴	۳	۲	۱

گفتنی است برای محاسبه پایایی پرسشنامه پژوهش، از آزمون آلفای کرونباخ که یکی از معتبرترین و متداول‌ترین آزمون‌ها در زمینه سنجش پایایی پرسشنامه است، استفاده شده است. میزان ضریب آلفای کرونباخ در جدول ۴ پایایی پرسش‌نامه‌های تحقیق بر اساس ضریب آلفای کرونباخ نشان داده شده که با توجه به مناسب بودن ضرایب آلفا، اعتبار پرسش‌نامه تأیید می‌شود. پایایی شاخص سلامت عمومی، به‌عنوان متغیر وابسته در تحقیق حاضر ۰/۸۸ و بعد کالبدی محیطی ۰/۷۹ است که با استناد به دسته‌بندی‌های علمی مورد تأیید، سازگاری شاخصه‌های سلامت برای این تحقیق در محدوده قابل قبول تا خوب قرار گرفته است. لذا ضریب آلفای به‌دست‌آمده در دو متغیر بررسی شده، نشان‌دهنده قابل قبول بودن پایایی پرسشنامه پژوهش است.

جدول ۴. ضرایب آلفای کرونباخ برای متغیرهای مورد پژوهش

ردیف	موضوع سؤالات	ضریب آلفا
۱	بعد کالبدی محیطی	۰/۷۹
۲	شاخص سلامت روان	۰/۸۸۲

در راستای تحلیل یافته‌ها و برای اطمینان از نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده تا بدین‌وسیله سطح معنادار بودن متغیرهای تحقیق مورد ارزیابی قرار بگیرد. بر طبق آمارهای علمی در این سنجش، اگر سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ باشد نرمال است. نتیجه اینکه سطح معنی‌داری در تمام مؤلفه‌ها نرمال هستند و قابل استناد می‌باشند (جدول ۵).

جدول ۵. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	آماره K-S	معنی‌داری	وضعیت توزیع
۱ سلامت روان ساکنان	۰/۹۱۸	۰/۳۷۴	نرمال
۲ بعد کالبدی	۰/۵۶۹	۰/۹۰۲	نرمال
۲-۱ اختلاط و تنوع کاربری	۰/۴۷۶	۰/۴۶۸	نرمال
۲-۲ ارتفاع ساختمان‌ها و بلوک‌ها	۱/۲۹۸	۰/۱۶	نرمال
۲-۳ کیفیت فضای داخلی واحدها	۰/۵۲۹	۰/۶۰۷	نرمال
۲-۴ نحوه چیدمان بلوک‌ها	۱/۱۳۹	۰/۱۶۱	نرمال
۲-۵ محل قرارگیری مسکن	۰/۷۹۵	۰/۵۴۶	نرمال
۲-۶ تراکم ساختمانی	۱/۸۳	۰/۲۱۶	نرمال
۲-۷ خوانایی و تنوع بصری	۰/۷۰۹	۰/۰۷۸	نرمال

در ادامه مؤلفه‌های کالبدی محیطی مربوط به سلامت روان و متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است و سپس فرضیه‌های تحقیق با به کار بردن آمارهای استنباطی با بررسی وجود داشتن یا وجود نداشتن ارتباط معنادار و قابل استناد بین متغیرهای مستقل و وابسته و میزان همبستگی آن‌ها با یکدیگر، به‌وسیله آزمون همبستگی پیرسون مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. همچنین در جدول ۶ می‌توان

تحلیل کرد که مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سلامت و متغیرهای کالبدی محیطی به ترتیب برابر با $0/138$ می‌باشد که بزرگ‌تر از صفر است و در نتیجه دارای رابطه‌ای مستقیم و معناداری هستند. احتمال مربوط به سطح معنی‌داری میان متغیرهای ذکر شده به ترتیب برابر $0/013$ است که از $0/05$ کمتر است. نتیجه می‌گیریم وجود رابطه معنادار و قابل استنادی بین دو متغیر کالبدی محیطی و سلامت روان وجود دارد.

جدول ۶. آزمون همبستگی پیرسون تحلیل رابطه سلامت روان و مؤلفه‌های کالبدی محیطی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری	نتیجه
بعد کالبدی محیطی	سلامت روانی	$<0/138$	$0/05 > 0/013$	رابطه معنادار

همچنین برای سنجش اندازه تأثیر متغیرها بر ارزش مدل رگرسیونی و اثربخشی مؤلفه‌های کالبدی محیطی در مجتمع‌های مسکونی شهر شیراز بر سلامت روان افراد ساکن در آن‌ها را با به کار بردن جدول واریانس رگرسیونی انجام می‌دهیم اما باید قبل از تحلیل مدل رگرسیونی به بیان ضریب تعیین و آماره داربین واتسون پردازیم، به دلیل آنکه ضریب تعیین اصلاح شده (R^2) معادل $0/146$ شده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که اندازه آن در حد قابل قبول است، از سمتی آماره داربین واتسون معادل $1/841$ شده که این یافته در بازه قابل تحلیل $1/5$ تا $2/5$ قرار گرفته است، در نتیجه مدل نهایی جهت انجام برآزش رگرسیونی مناسب و مورد تأیید است؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصل از جدول ۷، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که مؤلفه‌های کالبدی محیطی در مجتمع‌های مسکونی تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان دارند.

جدول ۷. بررسی صحت رگرسیون، بر اساس تأثیر مؤلفه‌های محیطی در مجتمع‌های مسکونی بر سلامت روان

مدل	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	آماره F	معناداری	R	R ²	آماره داربین واتسون
رگرسیون	۳	$108/206$	$366/076$	$20/186$	$0/0001$	$0/386$	$0/146$	$1/5 < 1/841 < 2/5$
باقیمانده	۳۴۹	$619/016$	$19/13$					
کل	۳۵۲	$727/222$						

در ادامه سنجش‌ها و مقایسه‌ها، با توجه به نتایج جدول ۸ سطح معناداری ضریب رگرسیون که در تمامی موارد تحلیل بالاتر از $0/05$ است، می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که با توجه به اعداد به‌دست‌آمده، مؤلفه‌های کالبدی محیطی تحلیل شده در مجتمع‌های مسکونی نقش مؤثری در مقوله سلامت روان دارند و هیچ کدام از این متغیرهای محیطی، بدون تأثیر بر سلامت روان ساکنین نبوده و هر کدام اگر به صورت اصولی اجرایی نشوند می‌توانند سلامت روانی را به مخاطره بیندازند.

جدول ۸. ضرایب رگرسیونی تأثیر مؤلفه‌های محیطی در مجتمع‌های مسکونی بر سلامت روان

ضریب رگرسیون	ضریب رگرسیون استاندارد	ضریب انحراف معیار	آماره t	sig
ثابت	$4/814$	$1/944$	$12/162$	$0/0001 > 0/05$
کالبدی	$0/146$	$0/044$	$3/064$	$0/0001 > 0/05$
محیطی	$0/184$	$0/048$	$3/084$	$0/0001 > 0/05$

همچنین با استفاده از برازش مدل مفهومی به تعیین میزان تأثیر هر یک از ابعاد مؤلفه‌ها بر سلامت روان پرداخته شده است. باید در نظر داشت که معیارهای اصلی برازش شامل P-value, Df chi-square, RMSEA, GFI, AGFI در جدول ۸ نشان داده شده است. همان‌طور که قابل رؤیت و بررسی است، اعداد به‌دست آمده برای هر یک از معیارهای پژوهش در محدوده مجاز قرار گرفته است و بنابراین می‌توان چنین ارزیابی کرد که مدل در نظر گرفته شده در این جامعه آماری قابل پذیرش و مورد استناد می‌باشد.

جدول ۹. تحلیل مؤلفه‌های برازش

معیارها	مقدار مجاز	اعداد	نتیجه
P – Value	P – Value < 0/05	0/0001	پذیرش مدل AI
RMSEA	0/05 < RMSEA < 0/08	0/035	مدل بررسی شده در این جامعه آماری قابل استناد و توجیه پذیر است.
AGFI	بالاتر از 0/86	0/96	
CFI	بالاتر از 0/9	0/92	
NFI	بالاتر از 0/9	0/9	

۵- بحث و نتیجه‌گیری

باید قبول کنیم با توجه به اینکه عموم کاربران نقطه اصلی در طراحی معماری محسوب می‌شوند و همه‌چیز حول محور آن‌ها قرار می‌گیرد، یکی از مهم‌ترین موضوعات زیستی یعنی تأمین سلامت روان آن‌ها بسیار قابل توجه است. از سویی همان‌طور که می‌دانیم از دیدگاه پژوهشگران نوع و روند طراحی ساختمان‌ها دارای این پتانسیل بالقوه می‌باشد که ایجاد تنش و اختلال رفتاری کند و در نتیجه بر سلامت روان اثرگذار باشد. در این راستا بر اساس نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش می‌توان اظهار داشت که مؤلفه‌های کالبدی محیطی ضریب تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان ساکنان داشته و اکثریت ساکنین مجتمع‌های مسکونی به این مؤلفه‌ها و تأثیرگذاری آن‌ها توجه دارند. از آنجا که تمامی افکار و اعمال انسان در محیط کالبدی اجرایی می‌شود، بنابراین می‌توان بیان کرد که اولین و بارزترین عاملی که افراد در محیط‌های مسکونی با آن مواجه هستند محیط کالبدی است که تأثیر چشمگیری بر رفتار و سلامتی آنان می‌گذارد و همچنین بیشترین نارضایتی عموم ساکنین نیز در بعد کالبدی و در بخش‌هایی همچون ارتفاع ساختمان‌ها، متراکم بودن بلوک‌های مسکونی، نبود فضایی برای ملاقات با همسایگان و نشستن در فضای باز و معضلاتی مانند چیدمان غیراصولی بلوک‌ها، اختلال بصری و... بیان شده است؛ بنابراین می‌توان بدین‌گونه بیان نمود که مؤثرترین مؤلفه‌های کالبدی محیطی بر سلامت روان ساکنان، همان مواردی هستند که موجب نارضایتی اکثر افراد ساکن شده‌اند. در واقع باید بپذیریم که ما با یک روند ساده ادراکی از سوی ساکنین مجتمع‌های مسکونی مواجه هستیم که در آن هر چه توجه و ادراک فرد از وجود داشتن معضلات و خطرهای فیزیکی و کالبدی محیط کمتر باشد، سطح سلامت عمومی آن‌ها بالاتر خواهد رفت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در راستای ارزیابی بعد کالبدی محیط حدود ۷۵ درصد پاسخ‌دهندگان، تراکم ساختمان‌ها را نامطلوب برآورد کرده‌اند و بیش از ۶۵ درصد حس نامطلوب خود را از ارتفاع ساختمان‌ها اظهار کرده‌اند که این عوامل بیشترین درصد نارضایتی را در بین پاسخ‌ها به خود اختصاص داده است که می‌تواند قابل استناد و توجه باشد. همچنین نبود فضایی برای ملاقات با همسایگان، نشستن و نظاره کردن بازی کودکان و مشکلاتی در خصوص دسترسی و ترافیک (بیش از ۵۰ درصد) گزارش شده است؛ بنابراین می‌توان این‌گونه استنتاج نمود که مؤثرترین عوامل محیطی بر سلامت روان ساکنان، همان‌ها هستند که موجب نارضایتی افراد شده‌اند. در حقیقت یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ارتقای کیفیت فیزیکی و کالبدی محیط‌های مسکونی با بالا بردن سطح رضایت افراد از محل زندگی می‌تواند امکان بهبود کیفیت روابط اجتماعی میان ساکنان را فراهم کند و در نهایت بر سلامتی آن‌ها تأثیرگذار باشد.

در آخر می‌توان این موضوع را مطرح کرد که عوامل متعددی در ایجاد سلامت و رفاه انسان مؤثر هستند؛ محیط کالبدی و معماری محیط، در کنار سایر عوامل، سهمی مؤثر را در این مقوله دارا هستند. همان‌طور که مطلع هستیم در کشورمان در طی سال‌های اخیر، روند ساختمان‌سازی به دلیل چالش‌های متعدد اقتصادی در رابطه با مقوله مسکن، موجب افت کیفیت شدید چه در طراحی و چه در

مرحله اجرا شده است و این موضوع و پیامدهای ناشی از آن موجب روی دادن بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی برای ساکنین مجتمع‌های مسکونی شده و کیفیت زندگی در کلان‌شهرهای امروزی را تحت تأثیر قرار داده است. در توضیح و تبیین نتیجه به دست آمده از این پژوهش همچنین می‌توان گفت با تغییرات ساده و کم هزینه در محیط کالبدی مثل تعریف مسیرهای پیاده‌روی در میان بلوک‌های مجتمع‌های مسکونی و کاستن از تراکم آن‌ها و ایجاد تنوع بصری می‌توان سلامت و آسایش روانی افراد را ارتقا بخشید. بعد از انجام این تغییرات فضایی و محیطی تازه می‌توان انتظار داشت که در چنین محیطی ساکنان ارتقای سلامت را تجربه کنند و در نتیجه، زمینه ایجاد جامعه سالم و افرادی با سلامت روانی قابل قبول تحقق یابد. امید است در آینده‌ای نه چندان دور، شاهد ارائه دستاوردهای نوینی در صنعت ساختمان برای طراحی اصولی‌تر واحدهای مسکونی، بر مبنای تأمین و ارتقای همه جانبه سلامت باشیم به شکلی که نه تنها ساختمان‌ها سلامت افراد را تهدید کنند بلکه این ساختمان‌ها، خود نیز خاصیت درمانگری داشته و محیط آرامش بخشی را به افراد ساکن در آن‌ها هدیه بدهند.

۶- تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری بی دریغ استاد گرامی جناب دکتر کشمیری که در مسیر این پژوهش مرا راهنمایی نمودند تشکر می‌کنم.

۷- منابع

- ۱- امامقلی، ع. (۱۳۹۳). تأثیر معماری بر سلامت، ایده‌ای برای (معماری درمانی). فصلنامه علوم رفتاری، ۶(۲۰)، ۲۳-۳۷.
- ۲- ایدلرآبادی، ا. (۱۳۹۶). در سنامه پرستاری بهداشت جامعه. چاپ پنجم. نشر جامعه نگر. تهران.
- ۳- آقایاری هیر، ت.، عباس‌زاده، م.، و گراوند، ف. (۱۳۹۵). مطالعات سلامت روانی و عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر آن. برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۷(۲۷)، ۱۴۵-۱۸۷.
- ۴- آلمن، ا. (۱۳۸۲). محیط و رفتار اجتماعی، خلوت، فضای شخصی، قلمرو و ازدحام. ترجمه نمازیان، ع. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تهران.
- ۵- پوردیهیمی، ش. (۱۳۹۱). شهر مسکن و مجموعه‌ها. چاپ اول. نشر آرمان‌شهر. تهران.
- ۶- توسلی، م. (۱۳۷۶). اصول و روش‌های طراحی شهری و فضاها‌های مسکونی در ایران. نشر مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران. تهران.
- ۷- جوادی، ق.، طالعی، م.، و کریمی، م. (۱۳۹۲). ارزیابی کاربرد شاخص‌های تعیین تنوع در اختلاط کاربری‌های شهری. مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، ۵(۱۶)، ۲۵-۲۸.
- ۸- چرمایف، س. ا. (۱۳۷۱). عرصه‌های زندگی خصوصی و زندگی جمعی (به جانب یک معماری انسانی). ترجمه مزینی، م. موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران. تهران.
- ۹- حبی، م. ب. (۱۳۸۳). سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر. مجله حوزه و دانشگاه، ۱۰، ۱۰۶-۱۲۲.
- ۱۰- حکیمیان، پ. (۱۳۹۱). بعد طراحی شهری سلامت. صفة، ۵۶، ۸۷-۱۰۰.
- ۱۱- حمدیه، م.، و شهیدی، ش. (۱۳۸۷). اصول و مبانی بهداشت روانی. انتشارات سمت. تهران.
- ۱۲- خسروآبادی، ر. (۱۳۸۸). تحلیل فضای شهری (ویرایش اول). برگرفته از سایت <https://sarpeleh.blogspot.com/1389/07/15/post-13>
- ۱۳- راپاپورت، آ. (۱۳۹۱). معنی محیط ساخته شده رویکردی در ارتباط غیرکلامی. ترجمه حبیب، ف. چاپ دوم با ویرایش جدید. انتشارات سازمان فناوری اطلاعات و ارتباطات شهرداری تهران. تهران.

- ۱۴- شکرگزار، ا. (۱۳۸۵). توسعه مسکن شهری در ایران. انتشارات حق شناس. رشت.
- ۱۵- طالبی، ژ. و کلانتری، ا. (۱۳۸۳). راهنمای طراحی معماری ساختمان‌های بلند مسکونی. مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن. تهران.
- ۱۶- قاسمی اصفهانی، م. (۱۳۸۳). هویت بخشی به بافت‌های مسکونی. انتشارات روزنه. تهران.
- ۱۷- الکساندر، ک. (۱۳۸۶). معماری و راز جاودانگی، راه بی‌زمان ساختن. ترجمه قیومی بیدهندی، م. ویراست دوم. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تهران.
- ۱۸- گنجی، ح. (۱۳۹۰). بهداشت روانی. چاپ دوازدهم. انتشارات ارسباران. تهران.
- ۱۹- لاثو، ک. (۱۳۸۴). فنگ‌شویی برای امروز. ترجمه قراچه داغی، م. چاپ دوم. انتشارات آسیم. تهران.
- ۲۰- مخبر، ع. (۱۳۶۵). ابعاد اجتماعی مسکن (هدف‌ها- معیارها- شاخص‌های اجتماعی و مشارکت‌های مردمی). انتشارات دفتر تحقیقات و معیارهای فنی. تهران.
- ۲۱- مدنی‌پور، ع. (۱۳۷۹). طراحی فضاهای شهری: نگرشی بر فرآیندهای اجتماعی- مکانی. ترجمه مرتضایی، ع. نشر شرکت پردازش و برنامه‌ریزی شهری. تهران.
- ۲۲- مرتضوی، ش. (۱۳۸۰). روانشناسی محیط. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تهران.
- ۲۳- مشهودی، س. (۱۳۸۹). تراکم ساختمانی و جمعیتی در شهرها. چاپ اول. انتشارات مزیانی. تهران.
- ۲۴- مطلبی، ق. (۱۳۸۰). روانشناسی محیطی دانشی نو در خدمت معماری و طراحی شهری. نشریه هنرهای زیبا، ۱۰، ۵۲-۶۷.
- ۲۵- ملکی، س. (۱۳۹۰). تحلیلی بر مجموعه‌های مسکونی در شهر تهران. انتشارات شهرداری تهران. تهران.
- ۲۶- میرغلامی، م.، قره‌بلگو، م.، و نوزمانی، ن. (۱۳۹۶). ارزیابی تاثیر ابعاد اجتماعی و کالبدی محیط محله بر سلامت روانی و حس سلامتی ساکنین (مورد پژوهی محله شدیه تبریز). هنرهای زیبا (معماری و شهرسازی)، ۲۲(۲)، ۶۳-۷۴.
- ۲۷- میلانی‌فر، ب. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. چاپ پنجم. انتشارات قومس. تهران.
- 28- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International journal of environment and pollution*, 30(3-4), 411-429.
- 29- Brown, M. J., & Jacobs, D. E. (2011). Residential light and risk for depression and falls: results from the LARES study of eight European cities. *Public Health Reports*, 126(1_suppl), 131-140.
- 30- Baum, A., Singer, J. E. (1982). Advances in environmental psychology, 4, *Environment and health*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- 31- Chuang, T. C. L. (2001). *Understanding residential density: The relationship between policy, measurement, and perception* (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology).
- 32- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D., & Krantz, D. S. (1986). Stress processes and the costs of coping Behavior, Health, and Environmental Stress (pp. 1-23).
- 33- Cummins, S. K., & Jackson, R. J. (2001). The built environment and children's health. *Pediatric Clinics of North America*, 48(5), 1241-1252.
- 34- Edwards, L., & Torcellini, P. (2002). Literature review of the effects of natural light on building occupants.
- 35- Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of social issues*, 59(3), 475-500.
- 36- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H. Y. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 526.
- 37- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H. Y. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 526.
- 38- Huang, S. C. L. (2006). A study of outdoor interactional spaces in high-rise housing. *Landscape and urban planning*, 78(3), 193-204.
- 39- Kuo, F. E., Sullivan, W. C., Coley, R. L., & Brunson, L. (2009). Fertile ground for community: Inner-city neighborhood common spaces. *American journal of community psychology*, 26(6), 823-851.
- 40- Lee, Y., Kim, K., & Lee, S. (2010). Study on building plan for enhancing the social health of public apartments. *Building and environment*, 45(7), 1551-1564.

- 41- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2003). Moving to opportunity: an experimental study of neighborhood effects on mental health. *American journal of public health*, 93(9), 1576-1582.
- 42- Marcus, C. C., & Barnes, M. (1995). *Gardens in healthcare facilities: Uses, therapeutic benefits, and design recommendations*. Martinez, CA: Center for Health Design.
- 43- Min, B., & Lee, J. (2006). Children's neighborhood place as a psychological and behavioral domain. *Journal of environmental psychology*, 26(1), 51-71.
- 44- Moore, E. O. (1981). A Prison Environment. *Journal of Environmental Systems*, 11(1), 17-34.
- 45- Nasar, J. L., & Julian, D. A. (1995). The psychological sense of community in the neighborhood. *Journal of the American planning Association*, 61(2), 178-184.
- 46- Perrins-Margalis, N. M., Rugletic, J., Schepis, N. M., Stepanski, H. R., & Walsh, M. A. (2000). The immediate effects of a group-based horticulture experience on the quality of life of persons with chronic mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 15-32.
- 47- Richman, N. (1978). Depression in mothers of young children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71(7), 489-493.
- 48- Safarina, M. (2010). Impact of housing environment on health and happiness of young girls. *Psychological Research*, 1(1), 60-73.
- 49- Wells, N.M., Evans, G.W., & Yang, Y. (2010). Environments and Health: Planning Decisions as Public-Health Decisions, *Journal of Architectural and Planning Research*, 27 (2), 124-143.
- 50- Wood, L., Frank, L. D., & Giles-Corti, B. (2010). Sense of community and its relationship with walking and neighborhood design. *Social science & medicine*, 70(9), 1381-1390
- 51- World Health Organization Investing in Mental Health. (2001). Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health Gene. 2003-2008, Retrieved from www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf.

Evaluation and investigation of the role of the physical component of the environment for the mental health of residents of residential complexes

Razmahang, vahideh¹ Keshmiri, hadi^{2*}

1. PhD student in Architecture, Tehran, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Razmahang.v@gmail.com

2. Associate Professor, Architecture Department, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

(Corresponding Author)

Keshmirihadi@yahoo.com

Abstract

In recent years, living in residential complexes can be considered one of the most important developments in housing, which has become a form of contemporary living and housing in cities. Also, with the excessive growth of residential complexes and their physical development, we sometimes see a decline in the quality of residential spaces, which has caused various problems in the lives of the residents of these complexes. In this regard, the crises arising from apartment living have created a wide range of mental disorders, such as stress, anxiety, depression, etc. The current research is based on the evaluation and analysis of the impact of the physical components of the environment on mental health; so that the results may open the way for the design of healthy and growing residential spaces. In order to measure people's mental health and examine the environmental elements, the GHQ-12 standard questionnaire was used, and the environment's physical components were taken into consideration. Also, a researcher-made questionnaire was prepared based on the environment's influential physical components. This questionnaire was answered by 340 residents of different residential complexes in Shiraz, and SPSS software was used to analyze and process the information. The findings of the present research show that the physical environment of residential complexes has a fundamental role in life quality and consequently has the greatest negative impact on the mental health of the residents. As a result, it has been determined that there is a reliable relationship between human health and the surrounding physical environment. Also, it concluded that to ensure the mental health of residents, the physical components of residential environments should be taken into consideration and designers should try to improve and fix their defects.

Keywords: Mental health, Residential complex, Physical environment, Housing, Environmental components.



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

(CC BY 4.0)