

تبیین وجود و حدود اتاق بسته بیمارستانی مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان در کرمانشاه

محیا بختیاری منش*، آزاده خاکی قصر**

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱/۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۶/۲۰

چکیده

در درمان بالینی اتاق‌های بسته بیماران مبتلا به سرطان، استانداردهای کمی فراهم می‌شود اما به کیفیت اتاق‌های بسته به عنوان محیط کالبدی مد نظر بیماران که به افزایش امیدبخشی کمک می‌کنند، کمتر توجه می‌شود. در این راستا هدف از پژوهش حاضر تبیین وجود و حدود کیفیت اتاق بسته مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان است. روش تحقیق از نوع تحلیل محتوا و بر مطالعات کتابخانه‌ای، مشاهدات میدانی، مصاحبه و بازخوردهای ۳۱ بیمار (۷۸٪ اهل روستاهای و شهرستانهای کرمانشاه و ۲۲٪ اهل شهر کرمانشاه) از پرسشنامه‌های تصویری تا اشباع نظری در دو بیمارستان کرمانشاه استوار است. یافته‌ها حاکی از آن است که وجود جسمانی، روانی، معنوی، اخلاقی-حقوقی و اجتماعی-محلي در مطلوبیت اتاق‌های بسته مؤثرند و انتظار بیماران بومی بر وجه درون فرهنگی (محلی) با تأکید بر حفظ قلمرو و ایجاد حس تعلق برای استقرار در اتاق‌ها متمرکز است. در نزد جامعه آماری حدودی همچون "خودمانی بودن" ، "راحتی مشابه خانه" ، "ارتباط بیشتر با طبیعت" و "تعريف قلمروها بر اساس عرف محلی" مطرح است. همچنین "امیدبخش بودن" ، "مناسب برای حضور همراهان" و "تناسب با تعداد بیماران" از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. با توجه به مطالعه انجام شده به نظر می‌رسد هر چه بیماران مبتلا به سرطان به ویژگی‌های محلی-اجتماعی خود متصل تر باشند، بعد پنجم که ناظر بر وجه محلی اتاق بسته آنان است در طراحی چنین فضاهایی نیاز به تقویت بیشتری دارد. لذا برای مطلوبیت اتاق بسته در نزد بیماران بومی بایستی بر وجه محلی نیز بسیار توجه گردد. به بیان دیگر، در جوامع محلی تر، نقش مولفه پنجم پر رنگ تر می‌شود در حالیکه در جوامع کمتر محلی، شاید این مولفه بتواند در چهار وجه دیگر جذب شود. لذا لازم است اتاق‌های بسته بیماران بومی مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های استانی کشور، با کیفیت سکونتی مردم بومی آنان نسبت داشته باشد تا آنها کمتر احساس غریبی با محیط جدید که مکمل درمان و احیاگر می‌تواند باشد داشته باشند و امکان امیدبخشی و یا کاهش استرس در آنان بهبود یابد. در این راستا پیشنهاد بر آن است که طراحان با رجوع به فرهنگ زمینه، در تنظیم قلمروها و تقویت حس تعلق، محلی تر بیندیشند تا در تحقق نقش مکمل درمان بالینی اتاق‌های بسته گام‌های مؤثرتری بردارند.

واژگان کلیدی

بیماران بومی، سرطان، حس تعلق، قلمرو بیمار، اتاق بسته، بیمارستان محلی

مقدمه

درمان سرطان، شامل روش‌های دارویی و غیردارویی است. روش‌های دارویی تحت نظر پزشکان در بیمارستان‌ها روی می‌دهد که از نظر محققان علوم محیطی، کالبد فضاهای درمانی نیز در روند درمان تأثیر دارد (Dilani, 2009). از طرف دیگر روش‌های غیر دارویی یعنی توجه به عوامل فراتر از عوامل کالبدی در طراحی و زیبایی‌شناسی در محیط‌های بیمارستانی، می‌تواند باعث ارتقاء روحی بیماران و تسريع در روند بهبودی ایشان گردد (منتظرالحججه و اخلاصی، ۱۳۹۷: ۸۲). بر این اساس، کیفیت محیط بیمارستان‌ها در بیماران مبتلا به سرطان در حساسیت ویژه‌ای قرار دارد زیرا چنین بیمارانی با مفهوم دیگری از کیفیت زندگی مواجهند (Budis, 2003). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است (Isikhan, 2001). کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سرطان یک احساس کلی از تدرستی مبنی بر توانایی شرکت در فعالیت‌های معمول، تعامل با دیگران و سازگاری با رویدادهای ناراحت کننده شناختی، عاطفی، فیزیکی و ایجاد مفهومی از تجربه بیمار است (رحمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۵). ارزیابی آن جنبه مهمی در درمان بیماران مبتلا به سرطان است (Hinds, 2009). کیفیت زندگی را باید به عنوان پیامد اصلی برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفتی در پایان زندگی در نظر گرفت (Cui, 2014). به طور کلی در مدل کیفیت زندگی بیماران شش عامل وجود دارد: «محیط کالبدی، سلامت، امنیت، توسعه فردی، توسعه اجتماع محلی و خدمات» (Mitchell, 2000).

در مورد بیماران مبتلا به سرطان، دوره‌های شیمی درمانی و حضور مداوم و طولانی بیماران به خصوص در اتفاق‌های بستری، همچنین روحیه شکننده آنان در ارتباط با پذیرش کوتاه‌شدن عمر، سبب شده است که کیفیت بخشی به اتفاق‌های بستری این دسته از بیماران نگاه ویژه‌ای ضرورت داشته باشد (Priscilla, 2011).

اتفاق بستری نیاز به این بودن بیمار از خطرات جسمی را برای بیمار فراهم می‌آورد (گل، ۱۳۹۲: ۹۱). آسایش بخش بودن محیط به معنای تأمین شرایط جسمی مطلوب افراد در یک فضا از دیگر ضرورت‌های است (Williamson, 1992). در اتفاق بستری یک محیط تا حدودی شخصی به وجود می‌آید که به عنوان «فضای خصوصی» مانند یک فیلتر میان بیمار و دیگران عمل می‌کند (Chaudhury, 2006). فضای خصوصی بیمار شامل توجه به خلوت، محرومیت و توانایی کنترل نسبت خود با دیگری است (Melin, 1981). لذت‌بخش بودن و کاهش استرس از دیگر انتظارات از اتفاق بستری است (Velarde, 2007). فرستادن به بیماران برای آوردن برخی وسایل شخصی مانند گل‌دان‌ها به اتفاقشان، حس کنترل و تعلق خاطر در آن‌ها ایجاد می‌نماید و باعث کاهش استرس می‌شود (کرمی و همکاران، ۱۳۸۹). این مساله ناظر بر اهمیت موضوع توجه به کیفیت اتفاق‌های بستری از جمله زیرساختهای روند درمان به موازات عمل‌های جراحی و شیمی درمانی است. سن، جنس و فرهنگ، انتظارات متفاوتی از اتفاق‌های بستری ایجاد می‌کند بنابراین تحديد مطالعه موردی حاضر بر بازه سنی بزرگسالان و تحديد جغرافیایی و فرهنگی بر استان کرمانشاه انجام شده است. تحديد جامعه آماری نیز بر بیماران بومی مبتلا به سرطان در استان کرمانشاه است. پرسش تحقیق حاضر عبارت از آن است که وجود و حدود اتفاق بستری مطلوب از دید بیماران بومی مبتلا به سرطان در استان کرمانشاه چیست؟ پرسش حاضر اگرچه دغدغه بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان است، اما به صورت خاص از سوی معماران به عنوان پژوهشی بین‌رشته‌ای دنبال نشده است.

پیشینه پژوهش

از دوران باستان تاکنون روندی مبتنی بر شکل‌گیری بناهای درمانی با سوگیری به درمان کالبدی برای بیماران تجربه شد (خانی‌زاد، ۱۳۹۱: ۱۱). در حدود دویست سال اخیر، روند ساخت بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای مهندسی و پژوهشکی سرعت گرفت (شاملی و یکتا، ۱۳۹۰). در این میان طراحی داخلی به عنوان یک فاکتور بر جسته در برنامه‌ریزی محیطی بیمارستان مطرح شد (حاجت و ابن‌الشهیدی، ۱۳۹۰: ۳۳). این امر از آنجا نشات می‌گیرد که در دوران معاصر، از زمان شکل‌گیری علم روانشناسی محیط و تأثیر میان رشته‌ای آن در ارزیابی و سنجش کیفیت محیط در معماری، همواره بازخوردهای ساکنین و کاربران از فضاهای معماری مورد توجه پژوهشگران این حوزه بوده است. از جمله تئوری‌های مؤثر در این امر می‌توان به قابلیت احیاگری محیط اشاره کرد که از سوی تری هارتیگ (۲۰۰۳) مطرح شده است. این صاحب‌نظر حوزه روانشناسی محیط بیان می‌کند که محیط‌هایی که قابلیت بازیابی و ترمیم ذهنی افراد را فراهم می‌آورند و سبب کاهش استرس می‌گردند، محیط‌های احیاگر یا آرامش بخش هستند (Hartig and Staats, 2003). استفان کاپلن (Kaplan, 1995) نظریه تجدید قوای ذهنی را بیان کرد که ارتباط مستقیم با بحث احیاگری محیط‌ها را دارد (Kaplan, 1995). راجر اولریچ نظریه کاهش استرس در محیط را مطرح کرد و به تحقیقاتی در زمینه اثر طراحی داخلی بر سلامتی افراد پرداخت (Ulrich, 1984, 1991). محققان در حوزه روانشناسی محیط علاوه بر فضاهای معماری به صورت عمومی، تحقیقات متعددی در زمینه محیط‌های احیاگر در کاربری درمانی نیز ترتیب داده اند. در پی اهمیت کیفیت فضاهای داخلی

بیمارستان‌ها بر روان افراد تحقیقی از برایان لاوسن وجود دارد که وی بیماران را حساس به محیط خود در بیمارستان توصیف می‌کند و کیفیت محیط درمانی را مؤثر بر بهبود افراد می‌یابد (لاوسن، ۱۳۸۳).

طی دو دهه گذشته «کیفیت زندگی» از موضوعات تحقیقات بالینی به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد بررسی قرار گرفته است (Gill and Feinstein, 1994). مک اندره بیان می‌کند تماشای مناظر طبیعی فشار روانی را کاهش می‌دهد، احساسات و حالات خلقی مثبت را بر می‌انگیزد و می‌تواند بهبودی بیمار را سرعت بخشد (مک اندره، ۱۳۸۷). همچنین اولریچ بیان می‌کند وقتی افراد در معرض تماشای محیط طبیعی قرار می‌گیرند، نسبت به آنکه به تماشای عناصر شهری می‌پردازند، بهبودی سریعتری را تجربه می‌کنند (Ulrich, 1991). اولریچ و وردبر به مطالعه تأثیر وجود پنجره در بهبودی بیماران پرداختند و دریافتند که نزدیکی بیمار به پنجره و تماشای مناظر بیرون در بهبودی او مؤثر است (Verderber, 1984) و (Ulrich, 1984) بخش مهمی از رضایت به دست آمده از طبیعت توسط بیماران به واسطه حضور در طبیعت نیست بلکه بیشتر دیدنی است (Velarde, 2007): تاجر و مستقیمی (۱۳۹۵: ۲۸۳). همچنین بر اهمیت کاهش استرس در راستای ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران بر اساس تئوری‌های کاپلان و اولریچ تحقیقاتی انجام پذیرفته است که از نتایج آنها می‌توان چنین بیان کرد: «حضور باغ‌های شفا پخش نقش مطلوبی بر کاهش فشار خون، کاهش ضربان قلب، کاهش استرس، کاهش افسردگی و غیره دارد و عواملی همچون انسجام، پیچیدگی، خوانایی و راز را ابزارهای اصلی برای کاهش استرس مؤثر است.» (طاهری و شبانی، ۱۳۹۵). همچنین بر مبنای تئوری اولریچ، کاهش استرس در اتفاق‌های بستری مورد تحقیق محققان معاصر واقع شده است و نتیجه آن بوده است که تعداد عناصر موجود در اتفاق بیمارستان از طریق درک میزان حمایت اجتماعی که ایجاد می‌کند، فشار روانی مورد انتظار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Andrade and Delvin, 2015). تکنیک حواس پرتی مثبت که اعمال آن باعث القای حس مثبت، جلب حواس بدون ایجاد خستگی و استرس در فرد می‌شود و در نهایت باعث کاهش یا در بهترین حالت از بین بدن افکار نگران کننده در بیمار می‌شود که جدای از بحث حرکات مثبت برخی عناصر محیط در کاهش استرس بیمار و افزایش سرعت بهبودی وی نقش مهمی دارند (Marberry, 1995).

نور طبیعی به خصوص نور صبح نیز به عنوان عاملی برای ایجاد یک محیط لذت‌بخش و یکی از منابع مهم بهبود احساسات در طول دوره درمان است (Edwards and Torcellini, 2002). تفاوت بین نور مصنوعی و طبیعی در درمان بیماران قابل توجه است (Boivin, 2007). بحث دیگری که در اتفاق‌های بستری با توجه به اهمیت حواس پنجگانه در درک فضا و همچنین تئوری حواس پرتی مثبت در روان‌شناسی مطرح است که به تلاشی در جهت درگیر کردن حواس پنجگانه و به دور کردن فضای ذهنی بیمار از اضطراب در اتفاق‌های بستری بازمی‌گردد (طاهری و شبانی، ۱۳۹۵: ۲۳۴). در فضای درمانی به علت ثابت بودن مکان استقرار بیمار بهره‌گیری از ادراکات «حس بینایی» از بالاترین درجه انتخاب برخوردار است (Marberry, 1995). از دیگر وجوده، نسبت داشتن فضای اتفاق با عالیق فرهنگی و مذهبی است (حاجت و ابن الشهیدی، ۱۳۹۰: ۴۰). در پژوهش مرتبط دیگر، به بررسی مفهوم خلوت به عنوان یکی از اصلی‌ترین نیازهای انسان در محیط‌های درمانی پرداخته شده است: «خلوت در فضاهای درمانی تابع شرایط فرهنگی، نوع و شدت بیماری، روحیات فردی، طول مدت زمان بستری، روش ارائه خدمات و فعالیت‌های کادر پزشکی است. در این راستا توصیه‌هایی در خصوص مساله معماری ارائه دادند: انعطاف پذیری، توانایی کنترل بر فضای شخصی، تسلط بیمار بر محیط پیرامونی خود، توجه به محدوده مشترک میان بیماران، لزوم جایگاهی برای همراهان و تفکیک جنسیتی بیماران از آوردهای پژوهش است.» اوحدی و همکاران (۱۳۹۵) و منتظرالحجه و اخلاصی (۱۳۹۷) به ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح اثربخشی و رضایتمندی بیماران از فضاهای درمانی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که از نگاه بیماران تأثیرگذارترین عوامل کالبدی بر کاهش استرس و افزایش رضایتمندی بیماران، استفاده از رنگ‌های مناسب، فراهم ساختن سرگرمی‌های مثبت و برخورداری از تهویه مناسب و هوای تازه در بیمارستان است.

تحقیقان بر این باورند که در رسیدن به وجوده اتفاق‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان، که از ویژگی‌های عمومی اتفاق‌های بستری تبعیت می‌نماید باستی دغدغه‌های چنین بیمارانی در جنبه‌های مختلف جسمی، روانی، اخلاقی و معنوی در نظر گرفته شود (Smeltzer et al., 2008؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۳). هر یک از این عوامل می‌توانند با توجه به ویژگی‌های محیط بستری سبب بهبود وضعیت آنان گردد و بی‌توجهی به این دغدغه‌ها می‌توانند منجر به مشکلات از جمله کاهش کیفیت زندگی اینگونه بیماران گردد (Bahrami, 2016؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۳). از دغدغه‌های روانی بیماران مبتلا به سرطان، حضور راحت همراهان آنها در اتفاق بستری است زیرا: «اعضای خانواده و خویشاوندان نزدیک با کمک و حمایت خود نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا می‌کنند.» (فتحیکان و همکاران: ۱۳۸۳). مطالعات نشان می‌دهد که سرطان بر روی وضعیت روانی بیمار و مراقبت کننده از وی نیز تأثیر می‌گذارد (Edwards & Ung, 2002). از آنجایی که خانواده

به عنوان واحد اصلی اجتماع با توجه به نفوذی که بر روی اعضای خود دارد، از قدیم مورد توجه حرفه پرستاری بوده است، لذا مراقبت پرستاری باید خانواده بیمار را هم دربرگیرد (Kuuppelomäki, 2002).

از دغدغه‌های جسمی بیماران مبتلا به سرطان در اتاق بستری، دلوپسی‌های آنان در کنترل اینمی در سرایت‌های عفونی است (معتمدی و چاره‌جو، ۱۳۹۳). از دیگر دغدغه‌ها، تقویت عاطفی آنان است که بر پیشگیری و درمان تنفس‌های عاطفی استوار است (Andrykowski, 2008). برای بسیاری از بیماران و خانواده آنان در سال آخر زندگی، «مسائل معنوی» از اهمیت خاصی برخوردار است و بسیاری از مراقبین حرفای از مهارت کافی و زمان لازم جهت توجه به این نیازها برخوردار نیستند (Murray, 2004: 40؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۶). همچنین ممکن است اتاق بستری قابلیت تحقیق پذیری چنین فضایی را به لحاظ روانی فراهم ننماید. در تحقیقات فقه پزشکی، درون‌مایه مذهبی در ارتباط با اینگونه بیماران دارای سه طبقه باورهای دینی، ارتباط با خداوند و نیاز به عبادت مطرح شده است (حاتمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۲). یکی از مهمترین نیازهای معنوی چنین بیمارانی در مرحله آخر زندگی، تقویت عزت نفس است زیرا: «بیماران دیگر قادر به انجام امور روزمره خود نیستند و چون دیگران باید به آنها کمک کنند، احساس کمبود و سرخوردگی فراوان دارند. از سویی توجه بیش از حد دیگران به آنها نیز موجب احساس ترحم می‌شود.» (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۷). از دیگر دغدغه‌های معنوی در چنین بیمارانی امید است زیرا سرطان، عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود (محمدی شاهبلاغی و عباس زاده، ۱۳۷۷: ۲۸). در زمینه کیفیتمندی اتاق‌های بستری نمونه‌هایی وجود دارند که در بیمارستان‌های مختص سرطان تجربه می‌شوند (تصاویر ۱)

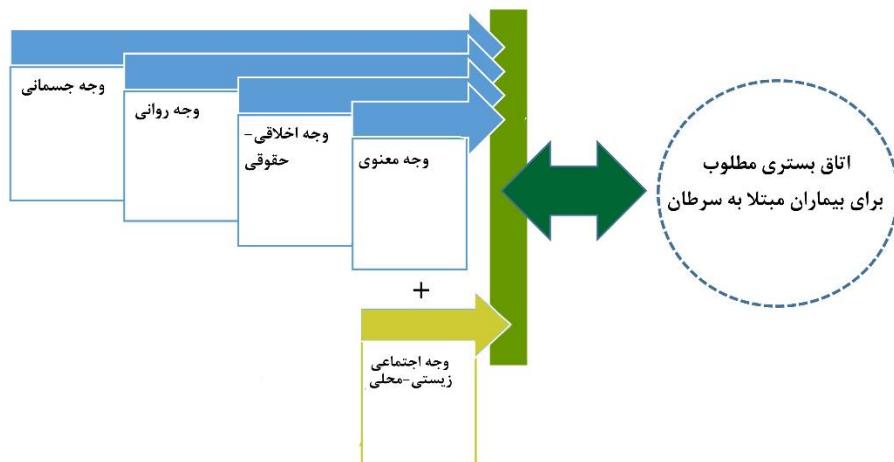


تصاویر ۱- اتاق‌های بستری به روز و متناسب با فرهنگ زیستی - محلی برای بیماران مبتلا به سرطان،

منبع: Ohio state university cancer center, UCSF baker cancer hospital, Minnesota masonic children's hospital

تحقیقات بر عوامل بازدارنده ارتباط بیمار محور در محیط‌های درمانی بیماران مبتلا به سرطان تأکید داشته‌اند و نشان می‌دهند عواملی همچون ناهمانگی حجم کار و زمان، فرهنگ سازمانی بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار، روتین‌محوری به جای بیمارمحوری، فقدان نظارت مطلوب بر این ارتباط، مواجه بیماران با مساله سرطان، مشکلات روان شناختی و عاطفی این مواجه و درمانهای تهاجمی و حس آسیب پذیری آنها سبب کاهش کیفیت فضای بستری و روند درمان می‌گردد (رسولی و همکاران، ۱۳۹۲). تاجر و مستقیمی (۱۳۹۵) بر جایگاه طبیعت در فضای داخلی و خارجی محیط‌های درمانی بیماران سرطانی در راستای افزایش کیفیت زندگی آنها پرداختند و نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که تصاویر مناظر طبیعی و گیاهان مصنوعی در اتاق‌های بستری و مشاهده گیاهان طبیعی در خارج از اتاق‌های بستری سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. پیشنهاد آنان بر ایجاد مکانی تخصصی برای بیماران مبتلا به سرطان است که در آن به طور مستقیم و بی‌واسطه امکان ایجاد ارتباط با محیط طبیعی را داشته باشد که آن را در قالب وجود حیاط‌های مرکزی بیان می‌کنند که علاوه بر قدم زدن، امکان بهره‌گیری از صدائی طبیعت نیز برای بیماران فراهم باشد.

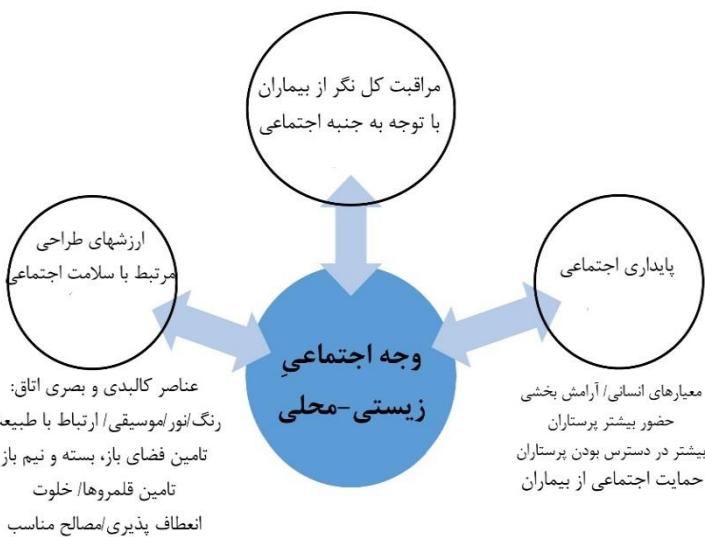
در جمع‌بندی آرای صاحب‌نظران تا به اینجا می‌توان چنین اظهار نمود که اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان، بایستی نسبت به دغدغه‌های جسمی، روانی، اخلاقی-حقوقی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پاسخده باشد. از طرفی بحث‌های معطوف به وجه اجتماعی زیستی - محلی نیز آمده است که می‌تواند به چهار وجه بالا افروزد گردد. در ادامه، مدل مفهومی کلی وجود متصور برای اتاق بستری مطلوب با استناد به جمع‌بندی آرای صاحب‌نظران ارایه می‌گردد (تصویر ۲)



تصویر ۲- مدل مفهومی کلی: چارچوب نظری برای وجوه مطلوبیت اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان بر اساس مطالعات

از آنجا که تحقیق حاضر بر مطلوبیت اتاق بستری از نگاه بیماران بومی تکیه دارد، لازم است که وجه پنجم که اتصال محلی و اجتماعی بیشتری نسبت به زمینه ایجاد می‌کند در منابع مورد مطالعه دقیق تری قرار گیرد. وجه اجتماعی زیستی- محلی، ریشه در مفهوم پایداری اجتماعی برای بیماران دارد. در این راستا تحقیقات متعددی صورت گرفته است. استفاده از کاپولونگو و همکاران (۲۰۱۶) پایداری اجتماعی در امکانات مراقبت‌های بهداشتی را ابزاری برای ارزیابی و بهبود جنبه‌های اجتماعی در محیط‌های مراقبت بیان می‌کنند. خروجی تحقیق آنها ابزاری است که بر مبنای معیارهای همچون معیارهای انسانی، آسایش و عدم مشوش نمودن، بر پایداری اجتماعی محیط‌های درمانی تأثیرگذار است (Capolongo et al., 2016). جمالی و همکاران (۲۰۲۰) از این وجه تحت عنوان پیامدهای درون فرهنگی در بیمارستان‌ها با تأکید بر اتاق‌های بستری یاد می‌کنند و تصریح می‌نمایند که تا به حال بیشتر بر وجه عملکردی توجه شده است در حالیکه لازم است وجود دیگری در مقیاس‌های وسیع تر اجتماعی در ارزش‌های طراحی مربوط به سلامت از بعد اجتماعی آن مد نظر قرار گیرند (Jamali et al., 2020). اندرید و همکاران (۲۰۱۷) به پژوهش نظریه اولریچ درباره طراحی حمایتی در محیط‌های درمانی، مطرح می‌نمایند که پشتیبانی و حمایت اجتماعی از بیماران در اتاق‌های بستری، سبب کنترل استرس در آنها می‌شود که کمک کننده است (Andrade et al., 2017). اندریش و همکاران (۲۰۱۲) تحقیقی که بر مبنای ایجاد تغییرات در بخش اتاق‌های بستری سرطان است انجام می‌دهند و بازخوردهای بیماران، خانواده‌های آنان و کادر درمان را نسبت به این امر می‌سنجند. آنها به این نتیجه می‌رسند که با ایجاد پارامترهایی برای القای بهتر حس رنگارانگ زندگی و مراقبتی کل نگر از بیماران که معطوف به زندگی با تمامی جنبه‌های آن به ویژه جنبه‌های اجتماعی است، بیماران رضایت بیشتری از فضای درمانی خود دارند (Andritsch et al., 2013). از سوی دیگر بیان می‌شود که حضور بیشتر پرستاران در کنار بیماران در اتاق‌های بستری، علاوه بر بحث‌های مربوط به درمان‌های بالینی، بیانگر نوعی توجه ویژه اجتماعی به بیماران مبتلا به سرطان است و آنها را از این بابت دلگرم‌تر می‌نماید (Mahdavi et al., 2020).

وانگ و پاکرتا (۲۰۱۸) در تحقیقی که بازخوردهای بیماران مبتلا به سرطان، همراهان آنها و همچنین کادر درمان مد نظر بود درباره فضاهای نیم باز و نیم باز و بسته و همچنین خلوت در اتاق‌های بستری با تأکید بر وجه اجتماعی این امر پرسش نمودند. در نتیجه آن، فضاهای نیم باز مورد توجه پرستاران بود در حالیکه هر سه نوع فضای باز، بسته و نیم باز متعلق به اتاق بستری به طور مساوی مورد توجه بیماران و خانواده‌های آنان بود. همچنین بیمارانی که دوره‌های مختلف طولانی بستری شده بودند و همچنین بیماران زن، تمایل بیشتری به اتاق‌های خصوصی داشتند. این دو محقق بیان می‌کنند که نیاز به خلوت، ارتباط اجتماعی و در دسترس بودن پرستاران از خواسته‌های مهم بیماران مبتلا به سرطان در اتاق‌های بستری است (Wang and Pukszta, 2018). جمشیدی و همکاران (۲۰۱۹) نیز به بررسی تأثیر محیط بیمارستانی بر روند درمان بیماران، همراهان و کادر درمان پرداختند. در این راه فرم، مصالح کف، تجهیزات پزشکی، طبیعت، نور و موسیقی را مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهبود سلامت بیماران یافته‌اند (Jamshidi et al., 2019). بر اساس جزیاتی که درباره وجه اجتماعی زیستی- محلی در مطالعات دهه اخیر از نگاه صاحبنظران از نظر گذشت می‌توان مدل مفهومی زیر را برای زیر- وجود مختلف مؤثر در توسعه وجه پنجم تصور نمود (تصویر ۳).



تصویر ۳- مدل مفهومی جزئی: چارچوب نظری برای زیر-وجه توسعه وجه اجتماعی زیستی- محلی بر اساس مطالعات

بر منای مدل مفهومی جزئی که به دست آمد، اگر با نگاهی کمتر متوجه زمینه با توجه به زیروجه‌های بیان شده به موضوع بنگریم، می‌توان برخی ویژگی‌های وجه پنجم را همپوشان با برخی از چهار وجهی که قبل از بیان شده است تلقی نمود. داشتن همپوشانی وجه پنجم با دیگر وجوده به معنای عدم اعتبار وجه پنجم نیست اما باقیستی در نظر داشت اگر همپوشانی‌ها زیادتر از حد باشند، استقلال وجه پنجم کم خواهد شد. اما به نظر می‌رسد که این وجه شخصیت خاص خود را داراست زیرا مساله مهم آن است که در نگاه وابستگی طراحی به زمینه اجتماعی- محلی در طراحی محیط‌های درمانی، وجه اجتماعی زیستی- محلی، یعنی وجه پنجم باستی فارغ از چهار وجه دیگر، اهمیت داشته باشد. در این بخش از تحقیق درباره موضوعیت وجه پنجم، تصمیم‌گیری نهایی نمی‌شود و با این منطق که در هیچ یک از چهار وجهی که قبل از آنها اشاره شده است، وجه اجتماعی- محلی اتاق بستری مورد تمرکز نبوده است می‌توان فعلاً به این وجه به صورت مستقل قائل بود و تصمیم گیری برای تدقیق این امر را در ادامه تحقیق به بخش تحلیل‌های مطالعات میدانی موکول کرد. به این ترتیب، علاوه بر چهار وجهی که به طور کلی برای مطلوبیت اتاق‌های بستری بیان شد، با حساسیت ویژه نسبت به مدخل وجه اجتماعی در اتاق بستری، می‌توان در جستجوی یافتن کدهایی بود که بیماران مطرح می‌نمایند و با تطبیق آنها در ارتباط با یافته‌های کتابخانه‌ای در مدل مفهومی زیر-وجه توسعه اجتماعی زیستی- محلی بر اساس آنها، پرسش تحقیق را تا رسیدن به پاسخ دنیال نمود.

روش تحقیق

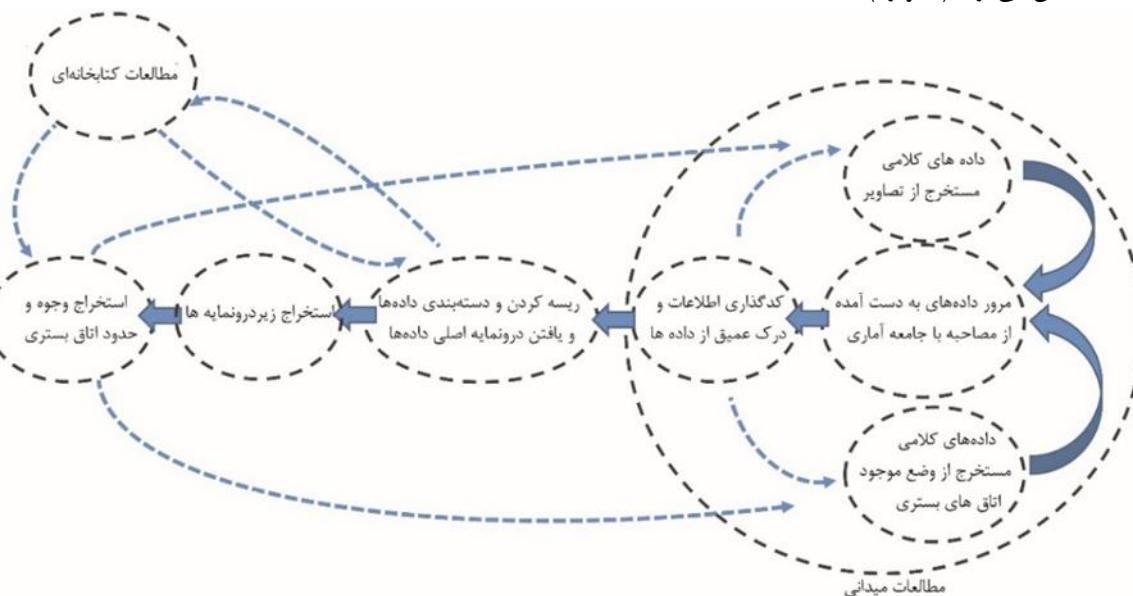
روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ محتوا، از نوع روش تحلیل محتوا کار توصیفی- تحلیلی با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و پیمایش میدانی است. پرسش از جایگاه معماری اتاق بستری و فهم ویژگی‌های کیفی آن، این امر را دارای التزام می‌کند که در تحقیق حاضر، در حوزه نظری، آرای صاحب‌نظران در این ارتباط جمع آوری و تحلیل گردد. از سوی دیگر، تحلیل محتوا بر اساس تلقی و انتظارات بیماران مبتلا به سلطان از مفهوم اتاق بستری مطلوب انجام شود. در این مسیر، با رجوع به منابع کتابخانه‌ای درباره اهداف و سوال پژوهش، به جمع بندی از محورهای اساسی مطلوبیت اتاق بستری پرداخته شد که در بخش پیشین از نظر گذشت. جمع بندی مورد نظر، یک مدل مفهومی کلی و یک مدل مفهومی جزئی را پیش روی نگارندگان ایجاد نمود که بر اساس آنها مطالعات میدانی آغاز شد. به بیان دیگر، با پیشینه ذهنی دو مدل مفهومی، سمت و سوی سوالات میدانی تا حدودی مشخص شد و تحقیق به دنیال آن بود که آیا مولفه‌های بیان شده در دو مدل

مفهومی مستخرج شده از آرای صاحب‌نظران، دغدغه بیماران نیز هستند؟ چه مواردی افزون بر آنها از سوی بیماران بیان خواهد شد؟

همانطور که بیان شد بخش میدانی، معطوف به دیدگاه بیماران است که داده‌های آن از طریق رجوع به بیماران به واسطه استفاده از تصاویر، با تدبیر مرتب کردن هدایت شده توسط بیماران، بررسی و دسته بندی می‌شوند. لذا، از نوعی رویکرد نشانه شناسانه مبتنی بر سوژه‌هایی که در عکس‌های اتاق‌های بستری به چشم مخاطبان می‌خورد، بهره گرفته خواهد شد. این رویکرد که در حوزه روانشناسی نیز به کار می‌رود دارای مزایا و معایبی است. در مزایا باید به این نکته اشاره کرد، با دیدن سوژه‌های متعین در عکسها توسط بیماران، احتمالاً برخی مفاهیم پنهان یا کمتر در اولویت ذهنی بیماران در معرض آشکارگی قرار می‌گیرند. اما از معایب این روش، آن است که برخی معیارهای اتاق بستری، با توجه

به محتوای عکسها، بیش تر از حد لازم مورد توجه قرار خواهد گرفت. لذا با اتكای صرف به تصاویر، ممکن است بین مصاحبه‌کنندگان و بیماران، نکات عمیق‌تر و بیشتری رد و بدل نشود. بنابراین برای جلوگیری از وجه منفی تداخل این عامل مداخله‌گر، تصمیم بر این است که قبل از دیدن تصاویر توسط بیماران، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته نیز انجام شوند و پس از آن، تصاویر در اختیار بیماران قرار بگیرد تا از جهت‌دهی به ذهن بیماران تا حد ممکن جلوگیری شود.

به این ترتیب، علاوه بر داده‌های مرتب کردن تصاویر توسط بیماران، شاخص‌ها و معیارهای مطلوبیت اتفاق بستری از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران، و توصیفات آنها از تجارت شخصی خود از اتفاق‌های بستری در طول درمان کدگذاری می‌گردد. در نهایت کدهای به دست آمده به واسطه یافتن ویژگی‌ها و ابعاد آنها در دسته‌های اصلی نامگذاری شده و مقولات، قالب وجوه کلی را خواهد ساخت. لازم به ذکر است در تمامی مراحل کدگذاری، برداشت تحلیلی و تفسیری از داده‌ها مد نظر است. پس از تحلیل محتوای اطلاعات به دست آمده از بخش میدانی و مقارنه آنها با مدل‌های مفهومی کلی و جزئی در مطالعات نظری، وجود افتراق و اشتراک برای تحقیق روشن خواهد شد. در نهایت با رفت و برگشتهای متعدد به حوزه نظر و میدان نتایج مورد تدقیق قرار خواهد گرفت. در ادامه، دیاگرامی برای تعامل دو بخش میدانی و کتابخانه‌ای بیان می‌گردد (تصویر ۴)



تصویر ۴- تعامل دو بخش میدانی و کتابخانه‌ای در تحقیق حاضر، مأخذ: نگارندگان

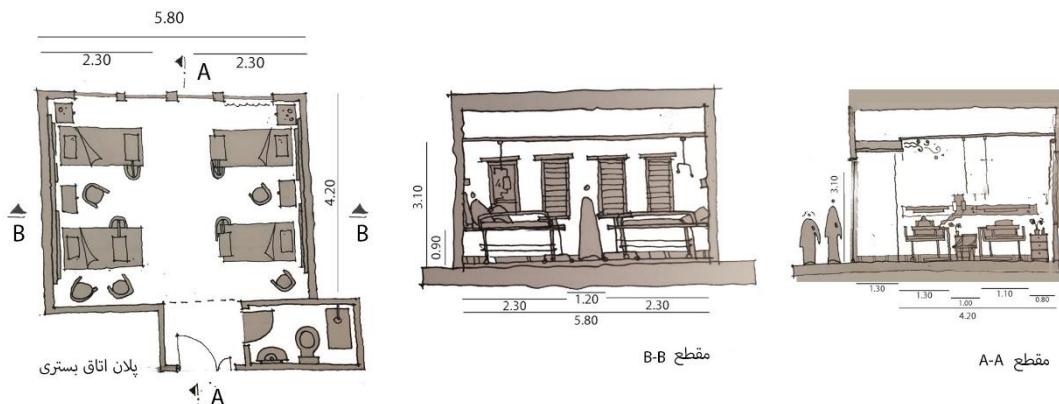
مطالعات میدانی

بخش میدانی تحقیق، با حضور در اتفاق‌های بستری بخش انکولوژی بیمارستان‌های امام رضا^(۴) و شهید طالقانی شهر کرمانشاه به مدت حدود سه سال از شهریور ۱۳۹۲ تا مهر ۱۳۹۵ انجام شد. بخش میدانی، شامل سه زیربخش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران، در میان گذاشتن پرسشنامه تصویری با بیماران و تطبیق کدهای استخراج شده با مدل‌های مفهومی مستخرج از مطالعات نظری است که در تصویر ۵، به صورتی شماتیک ارایه شده است.

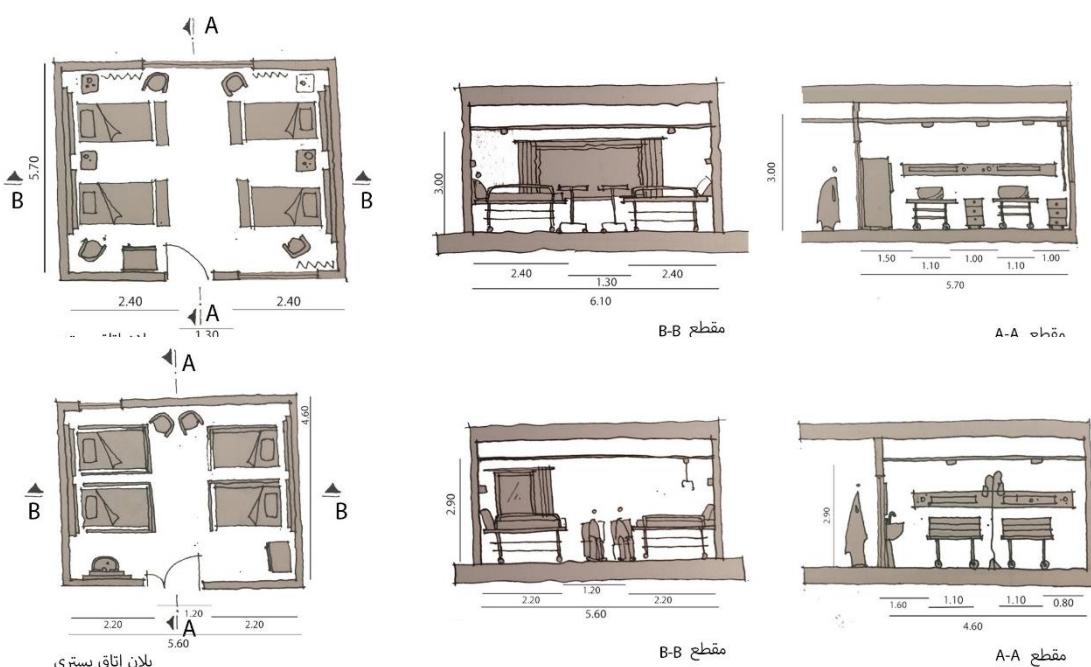


تصویر ۵- فرایند تحقیق میدانی شامل سه بخش مصاحبه نیمه ساختاریافته، پرسشنامه تصویری و مقایسه تطبیقی نتایج دو یافته با دو مدل مفهومی کلی و جزئی برآمده از مطالعات نظری

در توصیف اتاق های بستری مورد مطالعه که هر یک گنجایش ۴ فرد بیمار را داشتند، موارد زیر قابل بیان هستند: هر یک از اتاق های بستری بیمارستان امام رضا^(۶) دارای مساحت حدود ۲۴ مترمربع بودند (تصویر ۶) مساحت اتاق های بستری در بیمارستان طالقانی در تصاویر ۷ و ۸ حدود ۳۴ مترمربع و حدود ۲۵ متر مربع است. ارتفاع اتاق ها در هر دو بیمارستان نیز بین ۲/۹۰ متر تا ۳/۱۰ متر متغیر است (تصاویر ۶-۸)



تصویر ۶- نقشه های اتاق بستری بیمارستان امام رضا^(۶)، راست: برش ها و چپ: پلان (اندازه ها در کروکی ها به متر است)



تصویر ۷- اتاق های بیمارستان آیت الله طالقانی، راست: برش ها و چپ: پلان ها (اندازه در کروکی ها به متر است)



تصویر ۸ و ۹- نمونه ای از راهروها و اتاق های بستری بخش انکولوژی بیمارستان امام رضا^(۶)

در جریان تحقیق میدانی، ۳۱ بیمار بومی استان کرمانشاه (شامل ۱۶ زن و ۱۵ مرد) با میانگین سنی حدود ۴۷ سال که تجربه بستری شدن در بیمارستان‌های مورد مطالعه را داشتند به تدریج انتخاب شدند. از میان زنان، ۷ نفر در بیمارستان شهید طالقانی و ۹ نفر در بیمارستان امام رضا^(۴) و از میان مردان، ۵ نفر در بیمارستان شهید طالقانی و ۱۰ نفر در بیمارستان امام رضا حضور داشتند. در بخش اول میدانی، درباره اتاق‌های بستری مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران مبنی بر نقد آنها از وضع موجود اتاق‌های بستری ترتیب داده شد. اطلاعات توسط نگارنده‌گان یادداشت و چند بار مرور شد تا درک عمیقی از آنها حاصل گردد. پس از کدگذاری داده‌ها، چند مقوله اصلی و مفاهیم سازنده مقولات با وجود مشترک ریشه شدند و درونمایه‌های نهایی حاصل گردید. بر اساس کدهای بیان شده توسط بیماران؛ عنوانی به عنوان ویژگی‌های اتاق بستری مطلوب از نگاه آنان بیان شد. در بخش دوم میدانی، پرسشنامه تصویری پژوهشگر ساخت، شکل گرفت. بر این مبنای که تعدادی تصویر از اتاق‌های بستری رایج در بیمارستان‌ها با این منطق جمع آوری شد که به نوعی حاوی کدهایی که بیماران به آنها اشاره کرده بودند باشند تا بتوان باب گفتگو را به شکل عمیق تری به بهانه مرتب کردن تصاویر، جویا شد. همچنین برخی تصاویر، حاوی مواردی خارج از بیان قبلی بیماران داشت که گنجانده شدند تا بازخوردهای بیماران نسبت به موارد احتمالی تازه نیز سنجیده شود. ده تصویری که در پی خواهد آمد در پرسشنامه تصویری مورد رویت جامعه آماری قرار گرفتند (تصاویر ۱-۱۰).



۳



۲



۱



۶



۵



۴



۹



۸



۷



۱۰

تصاویر ۱۰- پرسشنامه تصویری: تصاویر اتاق‌های بستری نشان داده شده به بیماران

بیماران در حالی که تصاویر را به صورتی هدایت شده بر اساس اولویت در مطلبیت مرتب می‌نمودند، دغدغه‌ها، خواسته‌ها و انتظارات خود را بر زبان می‌آورندند که بیانگر توجه آنها به برخی وجوه متعین یا نبود آنها در تصاویر بود که در یافته‌ها ارایه خواهد شد. در بخش سوم میدانی، دو مجموعه ویژگی‌های اتاق‌های بستری مطلوب در بخش اول و دوم تحقیق در کنار یکدیگر قرار داده شدند تا در بخش سوم، وجود مشترک و

مفترق آنها استخراج گردد. سپس ما به ازهای پنج وجهی که برای وجود اتاق بسته مطلوب از مطالعات کتابخانه‌ای برآمده بود در ذیل هر یک از آنها قرار گرفت. به این ترتیب مشخص می‌شد که وجود مد نظر صاحب‌نظران در نزد بیماران بومی مشارکت کننده در پرسشها چه وزن و اولویتی داشتند. لذا در تکمیل روش تحقیق، یافته‌های کتابخانه‌ای با بازخوردهایی که به مراحل تحقیق میدانی می‌دادند به استخراج وجود اتاق بسته مطلوب از نگاه بیماران بومی کمک کردند.

یافته‌های تحقیق

بر اساس جدول ۱، حدود ۷۸٪ از بیماران را افراد اهل روستاها و شهرستان‌های استان کرمانشاه تشکیل می‌دادند و باقی آنها نیز اهل شهر کرمانشاه بودند. فراوانی افرادی که دو تا سه بار بسته شده بودند، حدود نیمی از بیماران را تشکیل می‌داد (جدول ۱)

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک جامعه آماری تحقیق

متغیر	سن	وضعیت اهلیت	سابقه بسته
% ۶/۴	۲	۲۰-۱۵ سال	
% ۲۵/۸	۸	۴۰-۲۱ سال	
% ۴۵/۲	۱۴	۶۰-۴۱ سال	
% ۲۲/۶	۷	بیش از ۶۰ سال	
% ۲۵/۸	۸	مجرد	وضعيت تأهل
% ۷۴/۲	۲۳	متاهل	
% ۲۲/۶	۷	اهل شهر کرمانشاه	
% ۷۷/۴	۲۴	اهل شهرستان‌ها و روستاهای استان کرمانشاه	
% ۱۹/۴	۶	یکبار	
% ۴۵/۲	۱۴	دو تا سه بار	
% ۳۵/۴	۱۱	بیش از چهار بار	

پس از انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته با بیماران، به منظور کشف مفاهیم مورد نیاز پژوهش، نیاز به تحلیل و کدگذاری داده‌های اولیه وجود داشت. این امر با تحلیل سطر به سطر توصیفات، موجب استخراج ایده‌های منظور و معانی ذهنی مخاطبان شد که می‌توان این ایده‌ها را دسته‌های بزرگتر و مشترک با سایر مشارکت کنندگان در قالب مفاهیمی نام‌گذاری کرد. اهمیت این توصیفات در بیان تصاویر ذهنی، خواسته و نیازهای بیماران مبتلا به سلطان از یک اتاق بسته مطلوب می‌باشد. نمونه‌هایی از کدهایی بیان شده در مصاحبه نیمه ساختار یافته در پنجره‌های ۱ و ۲ آمده است. سخنان پاسخ دهنده‌گان به صورت ایتالیک نشان داده شده و کدهای مستخرج از سخنان، به صورت پرنگ و غیر ایتالیک آورده شده است.

پنجره ۱- نمونه‌ای از کدهای بیان شده در مصاحبه نیمه ساختار یافته

خانم، مجرد، اهل شهر کرمانشاه، ۲۷ ساله، بسته در بیمارستان امام رضا (ع)

مساله که زیاده، خیلی، (نمود ناسازگاری‌ها) فقط برای اتاق هم نیست، از ورودی گرفته تا آسانسورا، پله‌ها، راهروها و ... (دغدغه مسائل مختلف) اصلی ترین چیزی که هست اینه که از یه طرف داری با این بیماری دست و پنجه نرم میکنی از طرف دیگه هر سری باید بیای اینجا با سه نفر آدم غریبه و همراهها و عیادت کننده هاشون توی یه اتاق کوچیک که هیچکیو نمیشناسی سر کنی، (غریبه بودن- عدم حس تعلق- ناشناختی- عدم وجود خلوت- ابعاد کوچک اتاق) هیچ چیزی هم نیست که مشغولش باشی، فقط به همدیگه نگاه می‌کن... (حریم خصوصی- ارتباط کنترل نشده با دیگران) شاید آدم راحت نیاشه یه نفر همینطوری زل بزنه بپش، آقابون که دیگه جای خود دارن... (توجه به محرومیت) از طرف دیگه شبا هم خیلی سخته، مادرم میاد پیشم، جای نشستن و خوابیدن درست و حسایی نداره بنده خدا خیلی معذب میشه.... (وضعیت نامناسب همراه) آخرشم به غنای بیمارستانی میدن بپمون... (برخی خدمات جانبی نامناسب) البته خدا خیر پرستارا بده، کارشون خیلی زیاده واقعا (درک کادر درمان) عملابه همه نمیرس و همراهها مجبورون به سری کارارو انجام بدن... (نیاز به توجه و رسیدگی بیشتر از سوی کادر درمان)، اتاق از نظر بهداشتی مدام تمیز می‌شه اما ترجیح می‌دانم بیشتر حس تمیزی می‌دان (نظافت بیشتر)،

پنجره ۲- نمونه‌ای از کدهای بیان شده در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

آقا، متاهل، اهل شهر کرمانشاه، ۵۹ ساله، بستری در بیمارستان آیت الله طالقانی

خدا روشکر پرستارا و دکترا خلیلی رحمت می‌کشند، واقعاً شغل سختی دارند، خلیلی خسته کنندست، (درک و قدردانی از کادر درمان) هر مریضی به چیزی می‌خواهد و به همه رسیدن واقعاً نشدنیه... این بیماری هم که شیره جون آدمو میکشد، (دشواری بیماری و نیاز به درمان های بالینی) هیچی ازت نمینداره، من چند ساله که درگیرم، (طولانی بودن روند درمان) زیاد میام بیمارستان، اوایل زن و بچه هام میومدن (لزوم حضور همراه به لحاظ مراقبت و عاطفی)، دیدم اینطوری نمیشه خلیلی اذیت میشن (عدم وضعیت مناسب همراهان)، درد کشیدن من یک طرف، آلوگی بیمارستان و دیدن بقیه مرضا و سختی شب بیداری یک طرف دیگه، الان خودم تنها میام، یکی دو شب هستم و بر می‌گردم، آدم به یه جایی میرسه که فقط میخواهد تومش شه، هر ساعت اینجا توی این اتفاق، مثل چند روز میگذرد (سختی گذر زمان) واقعاً خسته کنندست، (کسالت آور بودن) من با خودم جدول میام (سرگرمی- گذر زمان)، ولی خب خونه آدم نمیشه، شب‌زود خاموش می‌کنند، صبح زودم باید بیدار شی دارو بگیری... وقتی که یکم حالم بهتره میرم نوی حیاط قدمی میزنم، (نیاز به فضای باز) عالی نیست اما حداقل هوای تازه هست، چندتا درخت هست، (توجه به طبیعت و گیاهان) از اون اتفاق میای بیرون، وقتی اینجایی قدر بیرون بیشتر میدونی... بعضی وقتاً با یکی دو نفر هم آشنا میشم، سر صحبت باز میشه، (همنشینی- هم صحبتی- هم زبانی- توجه به وجه اجتماعی زیستی- محلی) همکاری، هم محله‌ای، آشنایی پیدا میشه، زمان زودتر میگذرد (گذر زمان) ...

پس از آن، مرتب کردن تصاویر ده گانه اتفاق‌های بستری قرار داشت. در ادامه، پیاده شدن نظرات و سخنان سه نفر از جامعه آماری به عنوان نمونه آورده شده است (پنجره ۳ و ۴ و ۵)

پنجره ۳- از نمونه کدهای بیان شده توسط پاسخ‌دهندگان در حین رویت تصویر ۴

خانم، متاهل، اهل شهر کرمانشاه، ۳۱ ساله، بستری در بیمارستان امام رضا (ع)

درباره تصویر ۴:

به نظر بهتر از بقیه اتفاق‌ها باشه....(توضیح نکات مثبت تصویر) به حسن دلبازی (دلگیر نبودن)، نور خوب، اینکه هواز تازه در جریانه (نهویه طبیعی و آفتابگیری) انگار بیو اتفاق‌های بیمارستانی که همیشه بهم استرس میله روندare (بوهای نامطلوب) اینکه میشه رفت (اماکنات اتفاق- ورود به فضای نیمه باز) بیرون رو دید (ارتباط با محیط بیرون)، شلوغ نیست (خلوت- دوری از هیاهو)، اینجا چهار تا بیمار و با حداقل چهار تا همراهش میباشند توی یه اتفاق بدن اینکه بشه پرده ایو کشید و کسی رو ندید، یه آسیوں میخوان بزن همه می‌بینن و واقعاً فاجست (قیاس با وضع موجود- عوامل ناسازگاری)... توی این تصور خلی خوبه که کسی نیست، همه وسائل رو لازم نیست پیچیوی توی یه کمد کوچک کثار تخت و مدام با بقیه حرف بزنی یا صدایشون بشنوی... آدم به یه آرامشی، سکوتی نیاز دارد بینه اصلاح کجاست چه خبره، قراره چه بالایی سرش بیاد نه اینکه همش مذهب باشه و با بقیه حرف بزن و تعارف کنه (تامین فضای شخصی- قلمرو). درسته بعضی وقتاً صحبت کردن و شناختن بقیه هم خوبه ولی نه برازی در روز و تمام ۲۴ ساعت (ارتباط کنترل شده با دیگران)... یه جایی مثل خونه باشه، راحت، آرامش باشه (راحتی مثل خانه- حس تعلق)، وسائل تو و تجهیز امکانات پزشکی خوب (اماکنات درمانی)، اینجا برازی اینکه به حیاط برسی باشد ۱۱ طبقه رو با یه برقی پایین یا اینکه به سختی توی آسانسور جا شی (لزوم توجه به نسبت بیماری و ارتفاع بخش بستری- در دسترس نبودن طبیعت) که اگه با این وضعیت سیستم اینجنی بیماری دیگه ای تگیری شناس اورده، آخرشهم حیاط دوختن نداره (عدم وجود درختان در حیاط بیمارستان) و فقط شلوغی و خانواده هایی که نشستن اون وسط امپلؤنس و ماشینا که میان و میرن (فضای باز مجزا)... پرستار هم که دیگه حوصله این همه مریض روندان (نقش کادر درمان) ...

پنجره ۴- از نمونه کدهای بیان شده توسط بیماران بر اساس رویت تصویر ۲

خانم، متاهل، اهل شهرستان های استان کرمانشاه، ۴۶ ساله، بستری در بیمارستان امام رضا (ع) (برگردان مصاحبه از زبان کردی)

درباره تصویر ۲:

این اتفاق خلی خوب، همه چیز دارن (اماکنات مطلوب)، حتماً دکترا و پرستارشون خوبی، (کادر درمان- رفتار و تعامل) برای هر بست تا بیمار به پرستار نمی‌ذارن، باهشون خوب حرف میزنن، حرف آدم رو میفهمن (هم زبانی) [اروهایشون خوبه]، (اماکنات درمانی) مثل ما هر روز حاشیون بد نمیشه، یعنی به سمت بدنشون بخاره و متور و قرمز شه یا موهاشون بزیه... اینکه همه جای کافی دارن (فضای کافی) تخت توانی دل هم نیستن، اگر میشد یه پرده ای هم داشته باشه خوب بود (تامین قلمرو شخصی) هم میشه راحت خوابید (خلوت) اگه با بقیه همراه داشته باشن و مذهب نشد (حریم نیمه خصوصی- قلمرو) هم میشه با بقیه حرف زد (ارتباط کنترل شده با دیگران) وقتی آخر شبه یا تنهایی، میدونی زمان اینجا خلی دیر میگذرد باید خودتو با حرف زدن و اینطور چیزا مشغول کنی (سرگرمی- گذر زمان) ... مخصوصاً برای من همراه ندارم و تنهای یعنی با همسرم میام اینجا، ولی اون شیا توی ماشین میخواهی، توی پارکینگ بیمارستان (فقدان امکانات برای همراه) روزه هم روسن نمیشه بیاد توی اتفاق، همه خانمن با همراهشون (محرومیت- حریم)، این سه روزی که میام شیمی درمانی، بچه ها هم سپردیدم به فامیلا تا برگردیم، ولی من خجالت می‌کشم برم اونجا (عدم برقراری ارتباط)، همه چیزش فرق میکنه (متفاوت بودن)، خلی خوب، مثل این عکسایی که نشون میدن از هتلها و این جور مکان ها، با زندگی ما خلی فرق داره (عدم برقراری ارتباط- تفاوت)، آدم با ملافه های بیمارستانی راحت نیست ... چی میگن بهش غریبه است (غریبه بودن- حس تعلق نداشتن- محلی نبودن)... برای ما نیست (محلی نبودن- بومی نبودن- اینجایی نبودن)

پنجره ۵- از نمونه کدهای بیان شده توسط بیماران بر اساس رویت تصویر ۱۰

آقا، مجرد، اهل شهر کرمانشاه، ۲۴ ساله، بستری در بیمارستان آیت الله طالقانی (برگردان مصاحبه از لهجه کرمائشاهی)

درباره تصویر ۱۰:

خوب به حس خوبی داره، نور (نور طبیعی)، درخت (گیاهان- سرسبزی)، انگار خیلی خنکه این اتاق (هوای تازه)، خلی خلوت، خیلی تمیزه (نظافت) هیچ کس نیست... آخ خجالت نمیکشه تقیه توی وضیعت بیتنش (حریم- خلوت- قلمرو)، توی بیمارستان خودمان باید با چندین نفر و همراهاشون توی یه اتاق باشی، خیلی بدنه... درختای پشت پنجره من رو یاد خونه دوران بچگی میندازه، (آشناپنداری- تداعی) یه اثاقی بود که دو طرف پنجره داشت به حیاط، باد میزد به تویی روی پنجره ها، ما هم میرفیم پشت تورها قایم میشدیم (حس تعلاق داشتن)... توی محله های قدیم از این مدل خونه های زیاد بود (محلي بودن- زمینه ذهنی) ... خویش اینه که معلوم نیست بیمارستانه، انگار خونه است، (راحتی مثل خانه- حس تعلاق) وسائل بیمارستان، زنگا، بوها همین استرس داره. (تداعی منفی)

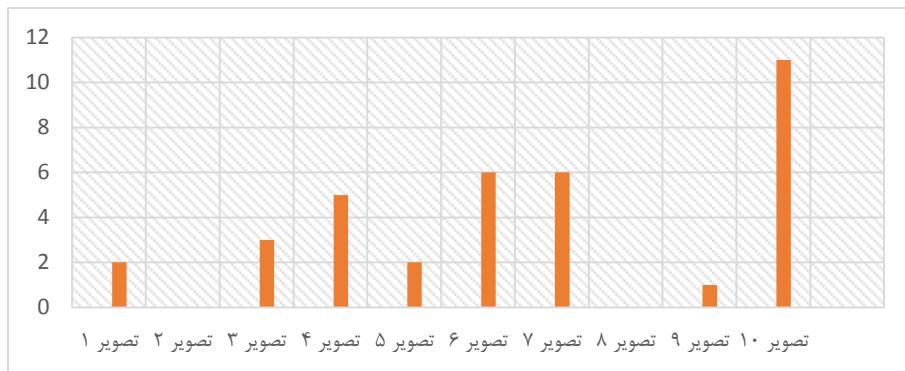
جدول ۲-نتایج بخش اول تحقیق میدانی: یافتن کدها و مفاهیم اصلی و مقولات اتاق بستری مطلوب حاصل از مصاحبه‌ها

کد (بر اساس درصد)	بیماران اشاره کننده به کد	مقولات	مفاهیم	کدها
%۳۲	۱۰		خلوت	۱ دوری از هیاهو/ آلدگی صوتی
%۵۲	۱۶		حریم	۲ تأمین حریم خصوصی
%۵۸	۱۸		حریم	۳ کمتر در دید بودن دستشویی از اتاق
%۴۵	۱۴	تعامل با دیگران	امکان برقراری تعامل با بیماران و پرستاران، فهمیدن حرف هم زبانی	۴ یکدیگر
%۳۹	۹		تعامل	۵ وجود امکان گفتگو با برخی بیماران و همراهان آنها در اتاق بدون مزاحمت برای دیگر بیماران در گوشواری از اتاق
%۴۵	۱۴		طبیعت- سرسبزی	۶ توجه به سرسبزی و باصفای
%۴۱	۱۳		طبیعت	۷ وجود پنجه‌های مناسب با بازشووهای خوب/ دید و منظر به طبیعت
%۴۵	۱۴	ارتباط با طبیعت	نور	۸ توجه به آفتابگیر بودن اتاق‌های بستری به خصوص نور صبح
%۷۰	۲۲		طبیعت	۹ توجه به امکان ورود به فضای نیم باز (ایوان یا تراس برای اتاق بستری)
%۳۸	۱۲		هوای تازه/ بیرون	۱۰ دوری از بوهای نامطلوب/ تهیه/ هوای تازه و طبیعی
%۷۷	۲۴		گشایش فضایی	۱۱ دلگیر نبودن اتاق ها
%۸۰	۲۴	راحتی به متابه خانه	راحتی/ آشنایی/ تداعی	۱۲ شبیه به بیمارستان نبودن- استرس زایی
%۶۱	۱۹		شخصی سازی	۱۳ امکان استفاده از وسائل شخصی- احساس منفی و سایل بیمارستان
%۴۵	۱۴		رنگ ها	۱۴ علاقمند به رویت رنگهای گرم در پرده ها، روتختی ها و ...
%۱۶	۵		کیفیت کالبد	۱۵ توجه به مصالح مطلوب
%۶۱	۱۹	کالبد اتاق/ تنسیمات و ابعاد	دسترسی	۱۶ فاصله مناسب دستشویی درون اتاق از تختهای بستری
%۷۰	۲۲		فضای کافی	۱۷ تناسب میان تعداد بیماران و ابعاد اتاق بستری
%۸۳	۲۶		نظافت	۱۸ تأمین نظافت اتاق و نظافت پذیر بودن آن
%۶۱	۱۹	امکانات اتاق	امکانات- همراه	۱۹ تأمین فضای نشستن و استراحت همراهان
%۶۷	۲۱		امکانات	۲۰ وجود امکانات اتاق (کمد، تلویزیون، یخچال و...)
%۸۰	۲۴	درمان	درمان	۲۱ وجود امکانات پزشکی درمانی (دستگاهها و تخت مناسب)
%۴۱	۱۳	سرزیمینی/ بوم	محلي بودن حس تعلق داشتن	۲۲ توجه به جنبه‌های محلی، فرهنگی یا مذهبی (مانند هم زبانی با سایرین، توجه به جهت قبله، امکان خواندن مناسب نماز در اتاق، امکان وض گرفتن بدون استفاده از دستشویی و...)

جدول ۳- از یافته‌های بخش اول تحقیق میدانی: استخراج کدهای مد نظر بیماران در مصاحبه درباره اتفاق بستری مطلوب در قالب ویژگی‌ها و حدود مطلوبیت آنان

مقولات	کدهای استخراج شده از مقولات	حدود مطلوب ویژگی‌های مقولات
تعامل با دیگران	شنبیدن صدای دیگران شنبیدن شدن توسط دیگران	صحت کردن دیدن دیده شدن شنبیدن صدای دیگران شنبیدن شدن توسط دیگران
ارتباط با طبیعت	استفاده از مظاهر طبیعت در اتفاق (مصالح/رنگ/فرم وغیره) حضور در طبیعت فضای باز و نیمه باز نور طبیعی هوای تازه کنترل کردن موارد فوق	دیدن درختان و فضای سبز دسترسی به فضای سبز حضور در طبیعت فضای باز و نیمه باز نور طبیعی هوای تازه کنترل کردن موارد فوق
راحتی به متابه خانه	امکان حضور خانواده و همراهان بدون مزاحمت برای دیگر بیماران سلسله مراتب از بیرون اتفاق (راهروها) به داخل اتفاق متناوب با الگوی زندگی مردم بومی	شخصی سازی حفظ حریم بیمار و خانواده فضای فراخ امکان حضور خانواده و همراهان بدون مزاحمت برای دیگر بیماران سلسله مراتب از بیرون به درون متناوب با الگوی زندگی مردم بومی
کالبد اتفاق	صالح سازگار با زمینه زندگی (احساس گرم بودن، نرم بودن و نظافت پذیر)	هندرس و تنشیات ارتفاع اتفاق بستری ابعاد اتفاق بستری هرچهار گرد مناسب با ساختار بدن همراه با زمینه زندگی (احساس گرم بودن، نرم بودن و نظافت پذیر)
امکانات درمان	تجهیزات پزشکی / تخصص درمان داروها و روند درمان	تجهیزات پزشکی / تخصص درمان پزشک و پرستاران / نظارت پرستاران / گشاده رویی
مریوط به سرزمین/بوم	جایگاه دین و مذهب هم زبانی میان بیماران با یکدیگر و پرستاران جنسيت و محريمت تعاملات فرهنگی	جایگاه دین و مذهب هم زبانی میان بیماران با یکدیگر و پرستاران جنسيت و محريمت تعاملات فرهنگی

نتایج مرتب نمودن تصاویر توسط بیماران در نمودار ۱ آمده است و حاکی از آن است که تصویر ۱۰ دارای بیشترین مطلوبیت است و تصاویر شماره ۲ و ۸ نیز به عنوان اولویت اول تا پنجم افراد انتخاب نشدند. تصاویر ۶ و ۴ و ۷ از جایگاه مطلوبیت دوم در نزد بیماران برخوردارند.



نمودار ۱- از نتایج بخش دوم تحقیق میدانی: نتایج مرتب نمودن ده تصویر توسط بیماران

تحلیل یافته‌ها

بر اساس جدول ۲، مقولاتی که در ریسه شدن کدهای بیان شده توسط بیماران به دست آمده‌اند و از سوی دیگر، نتایج جدول ۳ که به مقولات به دست آمده بر اساس کدها می‌پردازد؛ جدول ۴ به عنوان تناظر میان مدل مفهومی کلی و یافته‌های مطالعه میدانی قابل احصا است.

جدول ۴- بیشترین کدهای مطرح شده از سوی بیماران در تناظر با دسته بندی وجود در مطالعات کتابخانه‌ای

وجه معنایی	کدهای دسته بندی شده بر اساس کدهای بیان شده	توسط بیماران در مطالعه میدانی (پس از دیدن پرسشنامه تصویری)	وجه اتفاق بستری بر اساس مطالعه میدانی
۱	ارتباط با طبیعت، مربوط به سرزمهین / بوم	معنویت / توجه به دین و مذهب و باورها	کدهای ارائه شده توسط بیماران در مطالعه میدانی (در خلال مصاحبه ها و قبل از دیدن پرسشنامه تصویری)
۲	تعامل با دیگران	حریم خصوصی بیمار / حفظ اطلاعات بیماری / دیده نشدن بیمار هنگام معاینه توسط دیگران / توجه به همراهان بیماران	وجه اخلاقی و حقوقی
۳	راحتی به مثابه خانه، تعامل با دیگران	خلوت و کنترل محیط / تسلط بر محیط / کاهش استرس و ترس / ایجاد صمیمیت / شادی / رنگ / فضاهای تعاملی / برقراری ارتباط با دیگران / نظارت و حضور پرستاران / تأثیر چیدمان مناسب / سرگرمی‌های مثبت / همدلی، مهربانی، گشاده‌رویی کادر درمانی	وجه روانی
۴	امکانات اتفاق بستری، درمان، کالبد اتفاق	شدت و نوع بیماری / تخصص کادر پزشکی / خدمات درمان	وجه جسمانی
۵	مریبوط به سرزمهین / بوم، راحتی به مثابه خانه، ارتباط با طبیعت	همزبانی / همسچحتی / جنسیت هماهنگ / ارتباطات فرهنگی / خودمانی بودن	وجه فرهنگی- محلی

یافته‌های جدول ۴، حاکی از آن است که در مقابل هر یک از ۵ وجهی که برای وجود اتفاق بستری بیماران مبتلا به سلطان از مطالعات میدانی استخراج شده است، مصادیقی از سوی جامعه آماری بیان شده است (جدول ۳ و ۴) با توجه به کدهایی که از سوی بیماران مطرح شده است، همپوشانی‌ها میان وجه روانی (در جدول ۴) و وجه اجتماعی زیستی- محلی (مدل مفهومی تصویر ۳) وجود دارد. به طور مثال، بحث رنگ و تأثیر گشاده رویی پرستاران از مصادیق ارزشهای طراحی نسبت به سلامت اجتماعی و مولفه‌های پایداری اجتماعی در ارتباط با بیماران هستند که به عنوان مصادیق موجود در مدل مفهومی جزئی ذیل زیروجوه وجه اجتماعی زیستی- محلی بیان شدند. از سوی دیگر، با توجه به بازخوردهای بیماران، وجه فرهنگی- محلی بسیار شاخص است و توانسته است یک دسته مربوط به خود ایجاد نماید که این دسته نیز همپوشانی‌های قابل توجهی با وجه اجتماعی زیستی- محلی بسیار به وجه فرهنگی- محلی متکی بودند و از آن دریچه به نقد و

تحلیل وضع موجود می‌برداختند. برای مثال، مقایسه اتاق بستری با خانه خود برای هر بیمار به صورتی پیش فرض در ذهن در دسترس بود و خواه ناخواه، آن مقایسه، ویژگی محلی بودن و الصاق بیشتر به زمینه را پیش می‌کشید. تعریف قلمروهای خصوصی، نیمه خصوصی، نیمه عمومی و عمومی بیماران در اتاق بستری چه در هنگام معاینات پزشکی و چه در هنگام تزریق داروها با استراحت و چه در هنگام ملاقات‌ها برای بیماران سیار مهم بود. تعریف قلمروها در نزد آنان با تعریف فاصله‌ها از خصوصی تا عمومی متاثر از فرهنگ زمینه، زن و مرد بودن، پیر و جوان بودن، روستایی و شهری بودن و غیره بود که مداخله گرهای مهمی در تدقیق این امر در بیمارستان‌های محلی و بومی استانها به ویژه برای افراد بومی هر استان هستند. به عبارت دیگر، مفهوم حس تعلق هر چند کوتاه مدت، به اتاق بستری بیماران، سیار تابع تعیین قلمروهای رفتاری، پزشکی، و ملاقاتی بیماران بود و همچنین در نسبت با اتصال آنان به طبیعت زمینه اهمیت داشت. لذا هم به لحاظ جغرافیایی، قابلیت الصاق اتاق به زمینه و هم به لحاظ محلی، ویژگی‌های اتاق که میان ایجاد حس تعلق به مکان بودند در ذهن افراد بستری، بار عاطفی ویژه‌ای را ایجاد می‌کرد که بایستی به آن بسیار توجه نمود.

در ادامه، جدول ۵ بیان می‌کند که برخی از ویژگی‌هایی که قبل از دیدن تصاویر مد نظر جامعه آماری بود با دیدن تصاویر دوباره بیان می‌شدن و بر آنها تأکید می‌شد اما برخی از موارد که ناظر به وجود فرهنگی بودند اساساً با رویت تصاویر باب صحبت در موردهای گشوده نمی‌شد. چنین مواردی در بخش وجود افتراق آمده است. بخش وجود افتراق قربات‌هایی با مدل مفهومی جزئی در توسعه وجه اجتماعی زیستی-محلي دارد و برخی از فاکتورهای طراحانه (کالبدی) و غیر کالبدی اما معطوف به بحث پایداری اجتماعی و مراقبت کل نگر از باب اجتماعی مد نظر در آن مدل را مورد تایید قرار می‌دهد.

جدول ۵- بخش سوم میدانی: مقایسه تطبیقی میان نتایج دو بخش اول و دوم میدانی (کدهای بیان شده توسط بیماران قبل و بعد از دیدن تصاویر)

ردیف	توجه به باصفایی	توجه اشتراک	وجوه افتراق
۱	توجه به باصفایی	دوري از هيابو / آلوگی صوتی	دوري از هيابو / آلوگی صوتی
۲	توجه به جنبه‌های مناسب با بازشوهای خوب / دید و منظر به طبیعت بالکن / ارتباط با بیرون	وجود پنجره‌های مناسب با بازشوهای خوب	تجهيزات اتاق
۳	توجه به نور مناسب اتاق	علاقمند به رویت رنگ‌های گرم در پرده‌ها، روتختی‌ها و ...	تجهيزات اتاق
۴	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۵	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۶	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۷	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۸	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۹	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۱۰	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۱۱	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق
۱۲	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق / دوری از بوهای نامطلوب	تجهيزات اتاق

با استناد به یافته‌ها و همپوشانی‌هایی که وجود دارد، لازم است وجه فرهنگی- محلی و بخش‌هایی از وجه اجتماعی زیستی- محلی در یکدیگر ادغام شوند و با عنوان وجه درون فرهنگی- محلی در مدل مفهومی کلی بیان گرددند. بخش‌های باقی از وجه اجتماعی نیز می‌توانند در وجه روانی یا سه و چهار وجهی که در مدل مفهومی کلی بیان شده بودند بنابر یافته‌های میدانی تایید می‌گیرند.

بحث

به طور کلی، هدف از پژوهش حاضر جستجوی دغدغه‌های بیماران بومی مبتلا به سرطان برای رسیدن به کیفیت لازم در اتاق بستری بیمارستانی مطلوب آنان بود. در بین دغدغه‌ها و نیازها در ابتداء امکانات پزشکی برای بیماران مطرح است یعنی توجه به سلامت جسمانی در اولویت است اما در لایه‌های عمیق‌تر مصاحبه‌ها و پرسش‌ها رفتارهای سایر نیازها که ناظر به سلامت روانی در بعد فردی و اجتماعی هستند نیز مطرح شدن. مثلاً حضور بیشتر دلسوزانه پرستاران و همچنین امکان حضور مناسب همراهان که معمولاً از اعضای خانواده بیماران مبتلا به

سرطان هستند برای بیماران مهم بود. مصاحبه‌های باز بیان می‌کرد که تأمین حضور مناسب ایشان به تنها‌ی بایستی بار عاطفی وجه روانی، فرهنگی- محلی و تا حدودی معنایی را جبران نماید و این در حالی بود که اتاق‌های بسترهای مورد مطالعه حاضر برای حضور مطلوب و مناسب همراهان، کاملاً پاسخده نبود و کاسته‌های متعددی داشتند. محققان به اهمیت ارتباط بیمار محور میان بیمار، خانواده و پرستاران پرداخته‌اند و نارضایتی بیماران از عدم توفیق این ارتباط را در سه عامل دسته بندی کرده اند: عوامل فرهنگی- اجتماعی همچون غیر همزبانی، جنسیت ناهماهنگ، بی سوادی و کم سواد بودن سواد سلامت و تصورات غلط در مورد صمیمیت درمانی، عوامل سازمانی هچون حجم زیاد کار، شیفت‌های اضافی، بی توجهی به نیاز بیمار و پرستار، روتین محوری به جای بیمار محوری و درمان‌های تهاجمی و در نهایت عوامل روان شناختی همچون آسیب پذیری بیمار، مشکلات عاطفی بیمار و آسیب پذیری در پرستاران (رسولی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۵۳).

به موازات تأمین فضای مناسب تعامل درمانی و روانی در اتاق بسترهای، مطالعه حاضر نشان می‌دهد که وجه اجتماعی ناظر بر فرهنگ زمینه نیز مورد نظر بیماران است. برای مثال، تأمین خلوت بیماران از اولویت‌های آنان در اتاق بسترهای مطلوب است. یکی از دلایل برای بیان این نتیجه، در اولویت قرار دادن تصویر ۱۰، برای اغلب جامعه آماری بود که نوعی خلوت و خصوصی بودن از اتاق که در آن فقط یک تخت دیده می‌شود و نوعی کنج فراغت از دیگران در آن قابل استخراج است می‌باشد. عدم انتخاب تصویر ۲ توسط جامعه آماری ممکن است که تعداد زیاد بیماران در اتاق، خوشایند بیماران بسترهای نیست. اما از سوی دیگر، نکته قابل توجه آن است که تصویر ۸ با آنکه به صورت مشخصی اشاره به خصوصی بودن اتاق می‌کند از مقبولیت برخوردار نیست و بایستی به پارامترهای دیگر آن توجه کرد. از آن میان می‌توان به زیاده از حد لوکس یا شیک بودن و یا به تعییری خودمانی نبودن اشاره کرد. از سوی دیگر، نوعی شرایط عزلت و ایزوله شدن را برای بیماران به وجود می‌آورد که از نظر روابط اجتماعی حداقلی، بیماران را دچار انزوا می‌کند و طبق بازخوردها در اولویت آنها قرار ندارد. لذا خلوت نیز برای بیماران بومی بایستی متناسب با شرایط فرهنگی و نوعی راحتی باشد تا آنان بتوانند با آن مکان ارتباط برقرار کنند و از سوی دیگر به صورت توامان نیاز به هم صحبتی و معاشرت با سایرین را پاسخ دهند ولی این نکته ناقص اهمیت نیاز به خلوت به صورتی انعطاف‌پذیر در اتاق‌های بسترهای نیست.

با انتخاب تصویر ۶ و ۷ به عنوان اولویت دوم به نوعی می‌توان به بھینه تعداد بیماران بسترهای در اتاق نزدیک شد. به نظر می‌رسد اتاق‌های دو نفره که در تصاویر ۶ و ۷ به وضوح مصادیقی از آنها دیده می‌شود؛ پاسخ‌های بینایی برای تأمین و تضمین خلوت در عین هم صحبتی با دیگران باشند و این دیدگاه متأثر از فرهنگ زمینه است. در مطالعات دیگر نیز به اهمیت و نیاز بیماران به خلوت و کنترل بر محیط پیرامون خود اینچنین اشاره شده است: «تفاوت عناصر اولویت از نگاه پرستاران و بیماران وجود دارد که با افزایش طول مدت درمان و نیاز به مراقبت‌های بیشتر (کاهش سلامتی) این دو نگاه به یکدیگر نزدیک می‌شوند. نیاز به حضور هم اتاقی، امکان برقراری تعاملات اجتماعی به صورت اختیاری و حفظ اطلاعات محرمانه بیماری از اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر مطلوبیت عامل خلوت از نگاه بیماران است.» (قهمانیان و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۸۷) همچنین بیان شده است که خلوت در محیط‌های درمانی تابع شرایط فرهنگی، نوع و شدت بیماری، روحیات فردی، طول زمان بسترهای روش ارائه خدمات و فعالیت‌های کادر پزشکی است و انعطاف‌پذیری در طراحی فضا، توجه به خلوت دیداری و شنیداری، رعایت فاصله گذاری ها، سلسه مراتب ورود، تسلط بیمار بر محیط پیرامون، برقراری ارتباط با دیگران، حضور هم اتاقی، توجه به مکانی برای وسائل شخصی و تفاوت جنسیت‌ها از راهکارهای ایجاد آن است (اوحدی و همکاران، ۱۳۹۵).

بحث اولویت تأمین خلوت و معاشرت که در ادبیات کلی موضوع، به عنوان تأمین قلمرو شناخته می‌شود برای بیماران در اولویت قرار داشت. این مفهوم به واسطه سه نوع قلمرویی که آلتمن به آنها اشاره می‌کند (آنمن، ۱۳۸۲: ۱۳۸). بیان می‌گرددند: تأمین قلمروهای اولیه و شخصی بیماران در اتاق بسترهای به مثابه خانه آنها، قلمروهای ثانویه آنها به واسطه تعاملات و ارتباطات گروهی میان بیماران و در نهایت تأمین قلمروهای عمومی میان بیماران، همراهان و کادر درمان. در این راسته، نشانه‌هایی کمی این قلمروها و بازخوردهای کیفی آن در کدهای برآمده از مصاحبه‌ها و مرتب کردن تصاویر وجود داشت. این قلمروها به واسطه فواصل میان بیماران قابل تعریف است که مشابه مفهومی است که هال از آن با عنوان حباب‌های نامرئی اطراف انسان ها یاد می‌کند (هال، ۱۳۹۲: ۱۳۶).

به فاصله کمی از بحث تنظیم قلمروها در اتاق‌های بسترهای؛ تصویر شماره ۴ نیز در اولویت بعدی قرار می‌گیرد زیرا هم فضای خلوت به صورتی نسبتاً ساده مهیا شده است و مهمتر از آن امکان حضور و دسترسی به فضای نیم باز است که در آن مکان فراهم شده است. بنابراین دسترسی به فضای نیم باز در مجاورت اتاق بسترهای جامعه آماری است و قرابت خاصی با شیوه زیستن در مناطق روستایی و شهرهای کوچک زمینه مورد مطالعه در تعامل سکونت با استفاده از ایوان ها دارد. سخن گفتن از چنین مقولاتی، همپوشانی جدی با بحث حس تعلق دارد که از بابت عاطفی، همبستگی بسیاری را با تشویق افراد به ماندن و استقرار در محل سکونت خود دارد. در بیمارستان که قاعده‌تا سکونت

موقعت مورد نظر است، این امر به اندازه سکونت در خانه‌های افراد پر رنگ نیست اما با توجه به بازخوردهای پرسش شوندگان، انتظار بر این است که حداقل‌هایی در این امر لحاظ گردد تا بیماران حس سکونت را هر چند موقت، داشته باشند. این نیاز در بیمارانی که سابقه بستری بیش از یکبار را داشتند و به مرور تجربه بستری شان بیشتر می‌شد، با بیان کدهایی که نشانه‌هایی کمی و کیفی در ارتباط با تحقق این امر بودند از ملزومات به نظر می‌رسد.

در اولویت بعدی، بحث توجه به محیط و مولفه‌های آرامش بخش یا کاهش دهنده استرس در اتاق‌های بستری بیماران بومی مبتلا به سرطان مطرح بود. مبدأ نتیجه گیری برای چنین انتظاری از اتاق‌های بستری علاوه بر مصاحبه نیمه ساختاریافته، در انتخاب تصویر ۱۰ که مولفه سرسبزی فضای طبیعی مجاور اتاق بستری در آن غالب است وجود دارد. مرتبط با این بحث، مطالعاتی انجام شده است: شناخت مولفه‌هایی از منظر طبیعت گرایی که سبب درک بهتر بیماران از محیط و رضایتمندی آنها می‌شود (آل رضامیری و همکاران، ۱۳۹۸). در مطالعه موردي مشابه که در اتاق‌های بستری بیمارستان‌های شهر همدان بررسی شده بود؛ نتیجه‌ای همسو با تحقیق حاضر حاصل شد: «بیماران بیشتر ترجیح می‌دادند در اتاقی بستری باشند که دارای پنجره‌های بزرگ و مشرف به گیاهان سبز باشد که باعث کاهش افسردگی و بهبود روحیه شان شد.» (تاجر و مستقیمی، ۱۳۹۵: ۲۸۳)

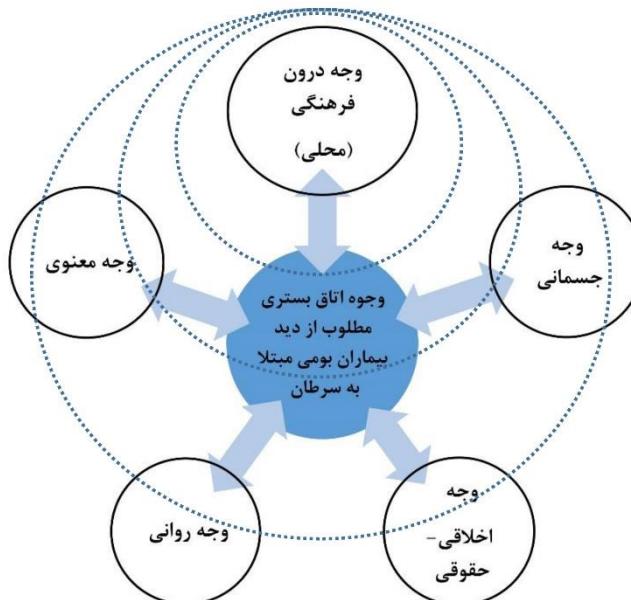
در اولویت‌های بعدی، تصویر ۳ انتخاب شده است که نشان از وجود یک پنجره نورگیر با قابلیت رویت منظری از درختان و آسمان دارد. پنجره‌ای که بیمار بستری روی تخت می‌تواند سهمی از منظر بیرون را از آن قاب دریافت کند و به نوعی ارتباط بصری با محیط طبیعی بیرون اتاق را حفظ نماید. این مساله نیز برای بیماران بومی بسیار حائز اهمیت بود و نشان از نوعی نوید و امید برای آنان بود و با پیشینه زندگی آنان در محل سکونتشان قراابت داشت. در بحث دقیقتر، قابل ذکر است که منظر نزدیک به منظر محل سکونت آنان که با مصادیق طبیعت از جمله درختان، آسمان و حرکت ابرها ارتباط نزدیکی برقرار می‌کند و فقط آنها را از دوردست ها نظاره نمی‌کنند؛ از تفاوت‌های مهم منظر مورد انتظار بیماران بود. با توجه به اظهارات بیماران، چنین کیفیاتی در اتاق‌های بستری طبقات بالای بیمارستان کمتر محقق می‌شود زیرا نوعی نگاه از بالا به پایین به منظر می‌شود در حالیکه در منظر محلی که آشنا به چشم بیماران است؛ حضور در طبیعت و یکی بودن با آن، تلقی است که از منظر محلی می‌شود و با اتاق‌های موجود بستری محل مطالعه فاصله داشت. از طرفی اتاق‌های طبقات پایین نیز منظری طبیعی برای عرضه به بیماران نداشتند. اگر چه بیماران بومی تجربه زندگی در مناطق کوهپایه‌ای را بسیار دارند و از بالا نیز به مناظر مشرف می‌شوند اما نگاه به منظر پشت پنجره بیمارستان را دارای فاصله زیادی از منظری که قبلاً تجربه کرده‌اند می‌دانند زیرا چنان پنجره‌هایی امکان حضور در طبیعت را برای ایشان فراهم نمی‌کند و تهبا تصویری از آن را راهه می‌دهد. در تحقیق چنین کیفیتی اندازه، تناسیات پنجره‌ها و همچنین فاصله شان از کف و نوع بازشوها از عوامل مداخله گر مهم بیان می‌شود.

در تحقیق حاضر؛ عامل بومی بودن بیماران که ثابت نگه داشته شده بود سبب شد ارتباط با طبیعت و ادراک از فضای نیم‌باز، باز و بسته از اولویت‌های مطلوبیت اتاق‌های بستری محسوب گردد. لذا به نظر می‌رسد در شهرهایی که هنوز پیوند اجتماعی قوی با بافت‌های روستایی خود دارند و سکونت محلی در کالبد مناسب با آن هنوز جاری است در طراحی اتاق‌های بستری بیمارستان‌های مختص بیماران مبتلا به سرطان بایستی محلی‌تر اندیشید تا میزان مطلوبیت اینگونه فضاهای بستری در نزد بیماران بومی این مناطق و حس تعلق آنان به محیط درمان بیشتر تأمین شود و احیاگری محیط برای آنان بیشتر باشد. همانطور که در تحلیل تصاویر نیز قبلاً بیان شد از مصادیق این امر می‌توان به اهمیت وجود فضاهای نیم باز در مجاورت اتاق‌های بستری اشاره کرد که امکان ارتباط با طبیعت و منظر را به صورت نزدیک تری با محیط زندگی افراد بومی فراهم می‌آورد. از دیگر موارد که در انتخاب تصاویر به آن اشاره‌ای نشد اما در مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته درباره آنها سخن به میان آمد؛ فرهنگ و باورهای مذهبی در میان مردم بومی هر منطقه است که ناظر به وجه معنوی است. مثلاً حضور مذاهب مختلف در استان کرمانشاه سبب می‌شد که باورهای آنان در ارتباط با پاسخدهی اتاق نسبت به عبادات، نیاز به ساماندهی و اصلاح داشته باشد. به طور مثال می‌توان به متفاوت بودن نحوه وضوگرفتن شیعیان و اهل تسنن اشاره کرد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد وجود مطرح شده برای اتاق بستری در یک سطح نیستند و به صورت ظلی لایه قبل از خود را شامل می‌شوند. به بیان دیگر، بدون تحقق وجه جسمانی در اتاق بستری نمی‌توان انتظار تحقق وجه روانی یا سایرین را داشت. منطق این بیان به لزوم درمان جسم و جان به صورت توامان بازمی‌گردد. تأمین وجه جسمانی اتاق بستری در نگاه حداقلی محدود به فراهم نمودن یک اتاق درمان بالینی با امکان تهیه، تنظیم نور طبیعی و مصنوعی، فراهم نمودن تجهیزات پزشکی و امکانات مختص رفاهی است. در حالیکه در نگاه حداقلی؛ هر یک از موارد گفته شده بسط می‌یابد و بیماران می‌توانند از آنها بهره مند گردند. در پوشش حداقلی جنبه‌های نامیرده، عوامل مداخله گر متعددی همچون بعد اقتصادی و برنامه ریزانه در نگاه تصمیم گیران و طراحان مؤثرند.

نتیجه‌گیری

با توجه به آرای صاحبنظران و همچنین مطالعه موردي حاضر، ضرورت دارد اتفاق بستري بیماران مبتلا به سرطان؛ از هر پنج وجه معنایي، اخلاقی و حقوقی، روانی، جسمانی و فرهنگی- محلی (درون فرهنگی یا محلی)، پاسخ‌هایی مطلوب را برای بیماران فراهم آورد تا بتواند به عنوان اتفاق بستري مطلوب آنان به ایفای نقش پردازد. در جوامع پیشرفته، انتظارات از وجوده جسمی، روانی و تا حدودی اخلاقی- حقوقی اتفاق‌های بستري، اتفاق‌های به روزی را فراهم کرده است که علاوه بر نیازهای درمانی بیماران، برای فراهم ساختن کیفیت اقامتی لازم برای اقامت کوتاه مدت و القای حس سکونت متناسب با زمینه فرهنگی- اجتماعی- محلی زندگی بیماران حرکت کرده‌اند و در وجه‌هایی از خود به فضای سکونت انسانها در خانه شباهت یافته‌اند. لذا در این حالت برای تقرب به مطلوبیت وجه فرهنگی- محلی حرکت کرده‌اند. بنابراین در مورد بعد پنجم، که به نوعی تلاش می‌کند تا تعلق اتفاق‌های بستري را به زمینه‌های فرهنگی بیماران متصل تر نماید تلاش‌های جدی در حال انجام است. تحقیق حاضر با تأکید و توسعه وجه پنجم، یعنی بعد فرهنگی- محلی تلاش کرد نظرات تعدادی از بیماران بومی مقیم در اتفاق‌های بستري دو بیمارستان مورد مطالعه را مورد بررسی و تحلیل قرار دهد. در این راستا مشخص شد که علاوه بر اولویت‌های بیماران در ارتباط با کامل بودن تجهیزات پزشکی و درمان و بهداشت اتفاق، عوامل متعدد دیگری که قابلیت تعمیم در سایر اتفاق‌های بستري را نیز دارند حائز اهمیت هستند. به طور ویژه وجه فرهنگی- محلی که مانند چتری سایه بر سایر وجوده نیز می‌افکند ناظر بر انتظارات ویژه‌ای از اتفاق‌های بستري بود که بیماران مقیم از آنجا که زمان زیادی را در آنها سپری می‌کردند نسبت به آنها دغدغه داشتند (تصویر ۱۱).



تصویر ۱۱- پنج وجه دارای تأثیر و تاثیر بر اتفاق بستري مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان

ارتباط با طبیعت به صورتی دست یافتنی و نزدیک به زندگی مردم محلی استان کرمانشاه به ویژه در فضاهای نیم باز، امکان هم صحبتی و معاشرت با افراد هم اتفاقی هم زبان و همراهانشان و از سویی، حفظ خلوت و حریم بیماران از اولویت‌های بیان شده توسط آنان بود. به بیان بهتر، ویژگی‌هایی که سبب تقویت حس تعلق بیماران به اتفاقشان می‌شد هر چند کوتاه مدت باشد برای آنها بسیار مهم بود و همبستگی ویژه‌ای با تعریف قلمروها از خصوصی تا عمومی برای ایشان داشت. همچنین امکانات اتفاق و تناسب آنان با حضور همراهان مدد نظر اغلب بیماران مطرح شد. در جمع بندی حدود فرهنگی- محلی اتفاق‌های بستري مناسب بیماران بومی، موارد زیر در آرای بیماران به نظر می‌رسند: خودمانی بودن، ارتباط نزدیک و ملموس با طبیعت از طریق بازشویی اتفاق همچون پنجره‌ها یا در-پنجره‌های منتهی به ایوان، وجود ایوان برای ادرار آسمان، درختان، چشم انداز کوه، کوران‌هوا، صدای پرندگان، و کنترل خلوت و تنظیم قلمروهای بیماران و همراهان در عین حال امکان معاشرت و همزبانی با سایرین، تناسب امکانات رفاهی و خدماتی اتفاق متناسب با کاربری‌های محلی- مذهبی بیماران.

در جمع بندی، انتظارات بیماران از وجه درون فرهنگی اتفاق‌های بستري مطلوب در دو مفهوم قلمرو و حس تعلق از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مفهوم قلمرو، تعریف مناسب‌تر قلمروهای بیماران در نسبت با فعالیتهای مختلف در اتفاق بستري مهم است. قلمرو از خصوصی تا نیمه

عمومی در فعالیتهای مختلف اتاق بستری از جمله استراحت بیماران، معاینات روزانه بیماران توسط کادر درمان، استفاده از دستگاههای پزشکی، استفاده از سرویس‌های بهداشتی، استفاده از امکانات خدماتی اتاق همچون یخچال و تلویزیون و ... حضور مناسب همراهان در شبانه روز در کنار بیماران و غیره برای تصمیم‌گیری در اندازه‌های کمی و کیفی که طراحان در اتاق‌های بستری در نظر می‌گیرند مداخله خاص دارد. در این راستا، تنظیم کمیاتی همچون تعداد بیماران در یک اتاق بستری به تناسب زیربنای آن (سرانه هر بیمار)، نقش تعیین کننده‌ای در امکان فراهم شدن کیفیت خلوت و انواع قلمروهای از خصوصی تا نیمه عمومی بیماران دارد.

در مورد حس تعلق و درخواست بیماران برای افزایش آن در اتاق‌های بستری، در مورد بیماران مبتلا به سرطان، مسؤولیت طراحان را نسبت به سایر اتاق‌های بستری بیمارستانی سنجین تر نیز می‌کند زیرا تلاش برای میسر نمودن آن با امیدبخشی به چنین بیمارانی گره خورده است و از نیازهای عاطفی و مهم چنین بیمارانی تلقی می‌گردد. طراحان برای محلی تر اندیشیدن به این مقوله، بایستی تلاش کنند تا شناخت عمیق تری از زمینه طراحی که مرتبط با بوم، جغرافیا و همچنین فرهنگ زمینه است برای طراحی بیمارستان‌ها و لاجرم اتاق‌های بستری بیشتر وابسته به زمینه حاصل نمایند. گفتگو و مصاحبت با بیماران مبتلا به سرطان، به طور کلی و به طور خاص، مشاهده مشارکتی در اثر حضور در اتاق‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان در هر بوم، سبب می‌شود فهمی عمیق تر و از نزدیک تر از رفتارها، انتظارات و در نهایت زندگی کاربران چنین اتاق‌هایی برای طراحان حاصل شود که کیفیت‌هایی علاوه بر اعمال استانداردها را برای اتاق‌های بستری به ارمنان خواهد آورد. به این ترتیب، به نظر می‌رسد رویکرد طراحی چنین فضاهایی به عنوان مکمل درمانهای بالینی بتواند نقش مناسیتر و تأثیر گذارتری در التیام بیماران و یا حتی روند بهبود آنان ایفا کند.

با توجه به مطالعه انجام شده به نظر می‌رسد هر چه بیماران مبتلا به سرطان به ویژگی‌های محلی خود متصل تر باشند، بعد پنجم که ناظر بر وجه محلی اتاق بستری آنان است در طراحی چنین فضاهایی نیاز به تقویت بیشتری دارد. به بیان دیگر، در جوامع محلی تر، نقش مولفه پنجم پر رنگ تر می‌شود در حالیکه در جوامع کمتر محلی، شاید این مولفه بتواند در چهار وجه دیگر جذب شود. لذا لازم است اتاق‌های بستری بیماران بومی مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های استانهای کشور، با کیفیت سکونتی مردم بومی آنان نسبت داشته باشد تا آنها کمتر احساس غریبیگی با محیط جدید که مکمل درمان و احیاگر می‌تواند باشد داشته باشند و امکان امیدبخشی و یا کاهش استرس در آنان بهبود یابد. در مسیر برآورده نمودن پنجم جنبه‌ای که مطرح شد بایستی عوامل مداخله گر متعددی از جمله مدیریت، اقتصاد، باور به اهمیت کیفیت کالبدی محیط درمانی در روحیه و امید بخشی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در محیط‌های درمانی بومی بسیار مورد توجه تصمیم‌گیران قرار گیرند. از سوی دیگر؛ طراحان بایستی به مسائلی که مطرح شد اذعان و باور داشته باشند تا بتوانند توسط کالبد معماری جنبه‌های مختلف اتاق بستری را برای بیماران بومی مبتلا به سرطان تا حدود زیادی مناسب و مطلوب نمایند.

منابع

- آلتمن، ا. (۱۳۸۲). محیط و رفتار اجتماعی خلوت، فضای شخصی، قلمرو و ازدحام، ترجمه علی نمازیان. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تهران
- آل رضامیری، م، حبیب، ف، و شاهچراغی، آ، (۱۳۹۸). ارزیابی مولفه‌های کیفیت محیط فضای بیمارستانی از منظر طبیعت گرایی (مورد پژوهی بیمارستان شریعتی تهران) . مدیریت بهداشت و درمان. ۱۰(۴): ۳۷-۲۱
- اوحدی، ل، حجت، ع. و قرائی، م، (۱۳۹۵). اهمیت خلوت بیمار در طراحی معماری محیط‌های درمانی به منظور ارتقاء کیفیت درمان و بهبودی آن‌ها. نامه معماری و شهرسازی. ۱۶: ۱۴۷-۱۶۲
- بهرامی، م، موسوی زاده، ر، احمدی فراز، م، و شیروانی، ع، (۱۳۹۶). دغدغه بیماران ایرانی مسلمان مبتلا به سرطان در مراحل آخر زندگی: یک مطالعه کیفی. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۶(۴): ۴۱-۳۲
- تاجر، س، مستقیمی، پ، (۱۳۹۵). تأثیر حضور طبیعت در فضای داخلی و خارجی محیط‌های درمانی بیماران سلطانی به منظور افزایش کیفیت زندگی، مجله دانشکده پرایزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۰(۳): ۲۸۹-۲۷۶
- حاتمی پور، خ، رسولی، م، یغمایی، ف، علوی مجده، ح، و زندده‌دل، ک، (۱۳۹۳). نیاز مذهبی بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه کیفی، فصلنامه فقه پزشکی. ۲۰-۲۱: ۱۶۹-۱۴۱
- حجت، ع، ابن‌الشهیدی، م، (۱۳۹۰). بازتعریف فضای بستری در بیمارستان اطفال بر مبنای ارزیابی و تحلیل نیازهای کودکان با رویکرد کاهش ترس از محیط، نشریه هنرهای زیبا، ۴۸-۴۳: ۴۳-۳۳.

- رحیمی، ش.، فداکار سوقه، ک.، تبری، ر. و کاظم نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سلامت عمومی مادران با کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۲۹(۲)، ۹۳-۱۰۸.
- خانیزاده، ش.، (۱۳۹۱). طراحی بیمارستان، اصول و مبانی معماری و طراحی داخلی بیمارستان‌ها. ترجمه: الناز رحیمی و نغمه نظرنیا، نشر هنر معماری قرن، تهران.
- رسولی، م.، زمان زاده، ع.، عباس زاده، ع.، نیکانفر، ع.، علوی مجدد، ح.، میرزا احمدی، ف. و قهرمانیان، ا. (۱۳۹۲). موانع برقراری ارتباط بیمار محور؛ تجارب بیماران مبتلا به سرطان، اعضای خانواده و پرستاران آن‌ها. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۵۱، ۷۵۳-۷۶۴.
- شامقی، غ.، یکی‌تا، ح. (۱۳۹۰). مفاهیم پایه در طراحی بیمارستان. انتشارات سروش اندیشه. تهران.
- طاهری، ش.، شبانی، ا. (۱۳۹۵). اصول مفهومی و کاربردی طراحی باغ‌های شفابخش برای جانبازان $\Delta\Sigma\Gamma$ با تمرکز بر تئوری‌های کاهش استرس. مجله طب نظامی. ۱۸(۳)، ۲۳۰-۲۴۱.
- فوکیان، ز.، عالیخانی، م.، سلمان یزدی، ن. و جمشیدی، ر. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پرستاری ایران. ۳۸، ۵۰-۴۲.
- قهرمانیان، ا.، رحمانی، آ.، زمانزاده، و. و محلل اقدم، ع. (۱۳۸۷). میزان رعایت خلوت بیماران طی مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران. دوماهنامه پرستاری ایران. ۲۱(۵۵)، ۳۷-۴۵.
- کرمی، ا.، فلاحت پیشه، ف.، جهانی هاشمی، ح. و بیرقدار، ن. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در قزوین (۱۳۸۶). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۴(۳)، ۸۰-۸۶.
- گل، ا. (۱۳۹۲). شهر انسانی. ترجمه: علی غفاری و لیلا غفاری. انتشارات علم معمار. تهران.
- لاوسون، ب. (۱۳۸۳). معماری شفابخش. فصلنامه آبادی. ۱۴(۴۴)، ۱۳۰-۱۳۴.
- محمدی شاهبلاغی، ف.، عباس‌زاده، ع. (۱۳۷۷). تأثیر میزان امید در بهبود بیماران سرطانی. فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی. ۴، ۳۰-۲۶.
- معتمدی، م.، چاره جو، ف. (۱۳۹۳). مولفه‌های محیط فیزیکی در رضایتمندی بیمار از مرکز درمانی. کنفرانس مهندسی عمران، معماری و مدیریت پایدار شهری. گرگان.
- مک اندره، ف. (۱۳۸۷). روان‌شناسی محیطی. ترجمه: غلامرضا محمودی. انتشارات زریاف اصل. تهران.
- منتظرالحجج، م.، اخلاقی، ا. (۱۳۹۷). ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح اثربخشی و رضایتمندی بیماران از فضاهای درمانی: مورد پژوهشی بیمارستان‌های شهر یزد. فصلنامه بیمارستان. ۱۷(۶۵)، ۹۶-۸۱.
- هال، ا. (۱۳۹۲). بعد پنهان. ترجمه منوچهر طبیبیان. انتشارات دانشگاه تهران. تهران.

- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of environmental psychology*, 41, 125-134.
- Andrade, C. C., Devlin, A. S., Pereira, C. R., & Lima, M. L. (2017). Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? A multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of environmental psychology*, 53, 63-72.
- Andritsch, E., Stöger, H., Bauernhofer, T., Andritsch, H., Kasperek, A. K., Schaberl-Moser, R., ... & Samonigg, H. (2013). The ethics of space, design and color in an oncology ward. *Palliative & supportive care*, 11(3), 215-221.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008, August). Psychological health in cancer survivors. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 24, No. 3, pp. 193-201). WB Saunders.
- Bahrami, M. (2016). Iranian nurses perceptions of cancer patients quality of life. *Iranian journal of cancer prevention*, 9(3).
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Budis, J. P. (2003). An end-of-life care curriculum for nursing home staff: Improving nursing home care of the dying: a training manual for nursing home staff By Martha L. Henderson, Laura C.

- Hanson, and Kimberly S. Reynolds Published by Springer Publishing Company, New York, USA, 2003 216 pages, \$36.95 (softcover). *Journal of pain and symptom management*, 26(6), 1148-1149.
- Capolongo, S., Gola, M., Di Noia, M., Nickolova, M., Nachiero, D., Rebecchi, A., ... & Buffoli, M. (2016). Social sustainability in healthcare facilities: a rating tool for analysing and improving social aspects in environments of care. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(1), 15-23.
 - Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19(3), 118-125.
 - Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X., & Zhao, J. (2014). Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. *Journal of pain and symptom management*, 48(5), 893-902.
 - Dilani, A. (2009). Psychosocially Supportive Design—Scandinavian Healthcare Design in Del Nord, R.(ed)(2009). The Culture for the Future of Healthcare Architecture. In Proceedings of the 28th, International Public Health Seminar, Alinea Editrice.
 - Edwards, L., & Torcellini, P. (2002). Literature review of the effects of natural light on building occupants.
 - Edwards, B., & Ung, L. (2002). Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer: a review of their psychometric properties. *Cancer nursing*, 25(5), 342-349.
 - Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
 - Hartig, T., & Staats, H. (2003). Restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2).
 - Hinds, P. S., Billups, C. A., Cao, X., Gattuso, J. S., Burghen, E., West, N., ... & Daw, N. C. (2009). Health-related quality of life in adolescents at the time of diagnosis with osteosarcoma or acute myeloid leukemia. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 156-163.
 - Isikhan, V., Güner, P., Kömürcü, S., Özeti, A., Arpacı, F., & Öztürk, B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *Cancer nursing*, 24(6), 490-495.
 - Jamali, N., Leung, R. K., & Verderber, S. (2020). A review of computerized hospital layout modelling techniques and their ethical implications. *Frontiers of Architectural Research*.
 - Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15(3), 169-182.
 - Kuuppelomäki, M. (2002). Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing*, 25(3), 209-218.
 - Marberry, S. O. (Ed.). (1995). Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design. John Wiley & Sons.
 - Mahdavi, M., Ghafourifard, M., & Rahmani, A. (2020). Nursing presence from the perspective of cancer patients: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*.
 - Melin, L., & Götestam, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of applied behavior analysis*, 14(1), 47-51.
 - Mitchell, G. (2000). Indicators as Tools to Guide Progress on the Sustainable Development Pathway In Lawrence, RJ, 2000. *Sustaining Human Settlement: A Challenge for the New Millennium*, 55–104.
 - Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative medicine*, 18(1), 39-45.
 - Poe, S. S., Cvach, M. M., Gartrell, D. G., Radzik, B. R., & Joy, T. L. (2005). An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management: lessons learned. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 107-116.

- Priscilla, D., Hamidin, A., Azhar, M. Z., Noorjan, K., Salmiah, M. S., & Bahariah, K. (2011). The socio-demographic and clinical factors associated with quality of life among patients with haematological cancer in a large government hospital in Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 18(3), 49.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H., Townsend, M. C., & Gould, B. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing* 10th edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.
- Verderber, S. F. (1983). Windowness and human behavior in the hospital rehabilitation environment (Doctoral dissertation, University of Michigan).
- Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes—Landscape types in environmental psychology. *Urban forestry & urban greening*, 6(4), 199-212.
- Wang, Z., & Pukszta, M. (2018). Private rooms, semi-open areas, or open areas for chemotherapy care: Perspectives of cancer patients, families, and nursing staff. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(3), 94-108.
- Williamson, J. W. (1992). The effects of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. *American Journal of Critical Care*, 1(1), 91-97.
- <https://www.turnerconstruction.com/experience/project/5E47/the-ohio-state-university-james-cancer-hospital-and-solove-research-institute>. (Ohio state university cancer center rooms) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰.
- <https://www.enr.com/articles/38058-health-care-best-project-ucsf-medical-center-at-mission-bay>(UCSF baker cancer hospital) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰.
- <https://www.mhealth.org/childrens/giving-and-volunteering-pediatric/adopt-a-room> (Minnesota Masonic Children's Hospital) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰.

Investigation of properties and dimensions of desirable hospital room in view of native cancer patients of Kermanshah

Mahya Bakhtiary Manesh, Ph.D. Candidate of architecture, Architecture department, Tarbiat modares university, Tehran, Iran

Azadeh Khaki Ghasr, Assistant Professor, Department of Architecture, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(A_khakighasr@sbu.ac.ir)

Received: 2021/04/20

Accepted: 2021/09/11

Extended abstract

Introduction: During clinical treatment in hospital rooms for cancer patients, few standards for recovery are provided. Attention to emotional qualities such as qualities of hospital rooms, which are not unrelated to quantities, helps increase hope for these patients. However, unfortunately, less attention has been paid to such aspects.

Methodology: The research is a qualitative content analysis based on library studies, field observations and structured interviews with native patients until theoretical saturation. In this case study, image-based questionnaires were asked from 31 patients (78% from villages and cities of Kermanshah and 22% from Kermanshah) in two hospitals of Kermanshah. A theoretical framework based on five aspects of physical, psychological, moral-legal, semantic, and social-local development of desired hospital room for cancer patients.

Results: According to library studies, five aspects of physical, psychological, spiritual, moral-legal and social-local are effective in hospital rooms. On the other hand, according to field studies, in addition to medical facilities in hospital rooms, the expectation of native patients is focused on the intracultural (local) aspect with emphasis on preserving patients' territory and creating a sense of belonging to be placed in inpatient rooms. In terms of the clarity of these two concepts, in the statistical community, such terms as "being familiar and not being a stranger", "similar comfort at home", "more communication with the outside, including nature," and "definition of patients' territories based on local custom" as There are qualities. In addition, "being hopeful and uplifting", "suitable for the presence of companions," and "fit the space with the number of patients" are of particular importance. According to the study, the more cancer patients connect to their local-social characteristics, the fifth dimension, which observes the local aspect of their hospital room, needs to be strengthened in designing such spaces. Therefore, for the desirability of the hospital room for native patients, much attention should be paid to the local aspect. In other words, in more local communities, the role of the fifth component becomes more colorful. In contrast, this component may be absorbed in more minor local communities in four other ways. Therefore, it is necessary for the hospital rooms of native cancer patients in the hospitals of the country's provinces to be related to the residential qualities of their native people so that they feel less alienated from the new environment that can complement treatment and resuscitation hope to reduce stress.

Conclusion: In order to provide the quantitative and qualitative aspects of the desirable hospital room for native cancer patients, there should be more focus on the fifth aspect, the social-cultural-local aspect. It refers to the social sustainability of the patients, which designers should consider. It references the cultural background. Thinking more locally in regulating domains and strengthening the connectedness so that the patients can take the path of fulfilling the emotional and restorative role besides clinical therapies to give more hope to cancer patients.

Keywords: Native patient, Cancer, connectedness, Patient's territory, Hospital room, Regional hospital