مقایسه و بررسی اضطراب بانوان و آقایان در اورژانس درمانگاه‌های قدیمی براساس مقیاس STEA(نمونه موردی؛ شهر تهران)

سید حسین یوسفی‌انور* [۱]، منیر عباسقلی [۲]

۱- دانشجوی دکتری، گروه معماری، واحد ساوه، دانشگاه ازاد اسلامی، ساوه، ایران

Yousefianvar1@gmail.com

۲- دانشجوی کارشناسی، گروه معماری، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

خلاصه

زمینه و هدف: معماری فضاهای درمانی، به‌ویژه در اورژانس‌های قدیمی، از یک پس‌زمینه خنثی فراتر رفته و به یک عامل فعال در تشدید یا تعدیل اضطراب مراجعین بدل شده است. این پژوهش با هدف تحلیل تطبیقی تجربه پدیدارشناختی اضطراب میان بانوان و آقایان در اورژانس درمانگاه‌های قدیمی شهر تهران، به دنبال واکاوی تأثیر جنسیت بر ادراک زمان و مکان در یک محیط استرس‌زای درمانی است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقایسه‌ای است که بر روی نمونه‌ای در دسترس متشکل از ۲۲ مراجعه‌کننده (۱۲ مرد و ۱۰ زن) به اورژانس یک درمانگاه قدیمی در پاییز ۱۴۰۴ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس «تجربه زمان و مکان در اضطراب» (STEA) بود و تحلیل داده‌ها از طریق مقایسه میانگین‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده وجود دو الگوی متمایز اضطراب بر اساس جنسیت است. مردان با میانگین بالاتر در شاخص‌های «گسست از خودِ گذشته» (۷.۰۸) و «ادراک فضای محصور» (۴.۴۱)، نوعی «بحران عاملیت» را تجربه می‌کنند که ریشه در از دست دادن کنترل بر محیط کالبدی دارد. در مقابل، زنان با کسب نمرات بالاتر در «تمرکز بر حال» (۶.۳۰)، «آگاهی جسمانی» (۵.۶۰) و «تقدیرگرایی» (۵.۳۰)، دچار «انقباض زمانی-تنی» می‌شوند که ماهیتی درون‌ریخت و متمرکز بر علائم فیزیولوژیک دارد.

نتیجه‌گیری: معماری فرسوده اورژانس به مثابه یک «مدولاتور ادراکی»، اضطراب را بر اساس جنسیت به شیوه‌ای متفاوت بازتولید می‌کند. برای گذار به «معماری شفابخش»، ارائه یک رویکرد دوگانه ضروری است: از یک سو، طراحی باید با ارتقای خوانایی و شفافیت فضا به نیاز مردان برای «کنترل فضایی» پاسخ دهد و از سوی دیگر، با خلق اتمسفری آرام‌بخش و غنی از نظر حسی، به نیاز زنان برای «گشایش زمانی» و کاهش تنش‌های تنی توجه کند.

کلمات کلیدی: اضطراب محیطی، روانشناسی محیطی، طراحی فضای درمانی، اورژانس درمانگاه

۱. مقدمه

معماری، به مثابه بستری کالبدی برای تجارب زیسته، کیفیتی استعلایی فراتر از ابعاد صرفاً عملکردی می‌یابد و به شکلی نظام‌مند بر ساحت روانی انسان، شامل سطح اضطراب، استرس و ظرفیت بهبودی، تأثیر می‌نهد. در پارادایم معاصر، فضاهای درمانی دیگر پس‌زمینه‌ای خنثی برای کنش پزشکی نیستند، بلکه به عنوان یک متغیر مداخله‌گر و فعال در فرآیند درمان و مدیریت چالش‌های روان‌شناختی شناخته می‌شوند. شواهد علمی مؤید آن است که استرس محیطی، با تحمیل بارهای روانی نامطلوب، می‌تواند به شکلی مستقیم فرآیند بهبودی را مختل ساخته و به تأخیر اندازد [۱]. در نقطه مقابل، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بهینه‌سازی تعامل میان فرد و محیط کالبدی، ابزاری کارآمد برای کاهش تنش‌های روان‌شناختی به شمار می‌رود [۲].

در محیط‌های حساس درمانی که کاربران آن اغلب در وضعیت آسیب‌پذیری روانی قرار دارند، مؤلفه‌های فیزیکی فضا نظیر مقیاس انسانی، کیفیت نورپردازی و هارمونی رنگ‌ها، نقشی تعیین‌کننده در تعدیل سطوح استرس ایفا می‌کنند [۳]. این نگرش، به شکل‌گیری رویکرد «طراحی بیمارمحور» انجامیده که بر اصولی چون ارتقاء کیفیت فضای داخلی، تأمین حریم خصوصی، کاهش محرک‌های محیطی تنش‌زا (همچون آلودگی صوتی و بصری) و ادغام عناصر طبیعی استوار است. چنین تحولی، مراکز درمانی قدیمی را با یک ضرورت استراتژیک برای بازآفرینی کالبدی خود در راستای ایجاد «محیط کاربرپسند» مواجه ساخته است [۴].

با این وجود، شمار کثیری از این فضاها، به‌ویژه اورژانس درمانگاه‌های قدیمی تهران، نه تنها از این کیفیت‌های درمانی بی‌بهره‌اند، بلکه خود به منبعی مستقل برای تولید و تشدید اضطراب تبدیل شده‌اند. فرسودگی کالبدی، ازدحام مزمن، آشفتگی بصری و طراحی‌های ناکارآمد که منجر به سلب حس کنترل و عاملیت از کاربر می‌شود، مجموعه‌ای از محرک‌های محیطی منفی را تشکیل می‌دهند. این مسئله اگرچه برای کلیه مراجعین چالش‌برانگیز است، اما شواهد نشان می‌دهد که ادراک این تنش‌ها می‌تواند متأثر از مولفه‌های جنسیتی باشد؛ چنانکه بانوان ممکن است به دلیل نیاز مضاعف به امنیت و حریم خصوصی در فضاهای عمومی پرازدحام، واکنش‌های متفاوتی نسبت به آقایان نشان دهند [۵].

در حالی که پارادایم غالب در طراحی فضاهای درمانی ایران همچنان بر محور «عملکردگرایی» [۶] استوار است، شواهد علمی، معماری را به عنوان یک مداخله‌گر درمانی مؤثر به رسمیت می‌شناسند. اهمیت این پژوهش، در حرکت فراتر از این نگرش تقلیل‌گرایانه و تمرکز بر یک شکاف تحقیقاتی کلیدی است: تحلیل تطبیقی تجربه پدیدارشناختی زمان و مکان در اضطراب میان بانوان و آقایان در مواجهه با اورژانس‌های قدیمی. این فضاها، که اغلب به مولد اضطراب بدل شده‌اند، مستقیماً بر نتایج بالینی و سلامت روان مراجعین تأثیرگذارند. ضرورت این تحقیق از آنجا ناشی می‌شود که با سنجش دقیق این «تجربه زیسته» و واکاوی تفاوت‌های جنسیتی، به شناسایی متغیرهای محیطی اضطراب‌زا از منظر هر دو گروه کاربران می‌پردازد و زمینه را برای تدوین راهکارهای معمارانه مبتنی بر شواهد فراهم می‌آورد. از این رو، پژوهش حاضر در راستای تحقق مفهوم عینی «محیط شفابخش» [۷] در معماری درمانی ایران، یک الزام اخلاقی و راهبردی محسوب می‌شود.

۲. مبانی نظری

روانشناسی محیط

طراحی فضاهای درمانی، به‌منزله کالبدی که میزبان حساس‌ترین تجارب انسانی یعنی مواجهه با بیماری، درد و اضطراب است، در تقاطعی بنیادین میان دو حوزه معماری و روانشناسی محیطی تعریف می‌شود. روانشناسی محیطی به عنوان یک شاخه علمی میان‌رشته‌ای، به تحلیل نظام‌مند و تجربی تعاملات متقابل

میان انسان و محیط فیزیکی پیرامون او می‌پردازد. این حوزه، چگونگی تأثیرگذاری محیط بر ابعاد سه‌گانه شناخت، عواطف و رفتار را مورد واکاوی قرار می‌دهد و به دنبال درک مکانیزم‌هایی است که از طریق آن، فضا به یک عامل تعیین‌کننده در سلامت روان بدل می‌شود.

در هسته نظری این پارادایم، اصل بنیادین «تناسب فرد-محیط» قرار دارد. این اصل بیان می‌دارد که هرچه محیط کالبدی با نیازها، انتظارات و ظرفیت‌های روانی و فیزیولوژیک کاربران خود همسوتر و منطبق‌تر باشد، سطح بهزیستی، رضایتمندی و کارایی فرد نیز بالاتر خواهد بود. در مقابل، «عدم تناسب» یا ناهمخوانی، به ایجاد استرس، سردرگمی شناختی و احساس درماندگی منجر می‌شود [۸]. از این منظر، به‌کارگیری اصول روانشناسی محیطی در معماری فضاهای درمانی، از یک انتخاب صرفاً زیبایی‌شناختی یا یک رویکرد سلیقه‌ای فراتر رفته و به یک استراتژی بالینی هدفمند تبدیل می‌شود.

بر این اساس، راهکارهای برآمده از این حوزه، دیگر نه به عنوان امکانات رفاهی جانبی، بلکه به مثابه مداخلات درمانی غیردارویی شناخته می‌شوند. مؤلفه‌هایی همچون بهینه‌سازی نور طبیعی و چشم‌انداز به طبیعت، تأمین کیفیت هوا، ایجاد آسایش صوتی از طریق کنترل آلودگی‌های صوتی، و طراحی مسیرهای واضح و خوانا برای کاهش سردرگمی، همگی با هدف تعدیل اضطراب بیمار، کاهش بار شناختی و تسهیل فرآیندهای بهبودی به کار گرفته می‌شوند [۹]. بنابراین، «معماری شفابخش» محصول نهایی و ملموس ترجمه اصول روانشناسی محیطی به راهکارهای فضایی است [۱۰].

تنش‌زاهای محیطی

مفهوم استرس در علوم زیستی و روانشناختی، عمیقاً با کارهای بنیادین هانس سلیه گره خورده است. او استرس را نه به عنوان یک پدیده صرفاً روان‌شناختی، بلکه به مثابه یک پاسخ فیزیولوژیک غیر اختصاصی بدن به هرگونه تقاضای وارد شده بر آن تعریف کرد (سندرم سازگاری عمومی) [۱۱]. این سندرم، خود را در قالب مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیک (تپش قلب، تعریق)، شناختی (کاهش تمرکز) و عاطفی-رفتاری (خشم، انزوا) آشکار می‌سازد [۱۲].

در دیدگاه نوین روانشناسی محیطی، انسان نه تنها تحت تأثیر محیط قرار دارد، بلکه از طریق فرآیند ادراک، فعالانه در تفسیر آن مشارکت می‌کند. «تنش‌زاهای محیطی» عناصر یا شرایطی در محیط فیزیکی هستند که به خودی خود خنثی بوده، اما از طریق فرآیند ادراک فرد، ماهیتی تهدیدآمیز می‌یابند [۱۳]. تفاوت‌های جنسیتی می‌تواند در این «فیلتر ادراکی» نقش ایفا کند؛ به طوری که یک محیط واحد ممکن است برای یک گروه به عنوان تهدید قلمداد شود و برای گروه دیگر قابل تحمل باشد.

معماری شفابخش

مفهوم معماری شفابخش به پارادایمی اشاره دارد که از الزامات کارکردی فراتر رفته و ابعادی هدفمند را در فرآیند درمان ادغام می‌کند. گذار از رویکرد «عملکردمحور» به سمت «محیط‌های شفابخش» به معنای طراحی آگاهانه فضاست [۵]. مؤسسه ساموئلی هفت عامل محوری را برای این منظور معرفی کرده است: ۱) عوامل ادراک بصری، ۲) طبیعت‌گرایی، ۳) عملکردگرایی بهینه، ۴) ایمنی جسمی، ۵) فرآیند منطقی، ۶) ایمنی روانی و ۷) تنوع‌پذیری [۱۴].

هدف غایی این فضاها، کاهش تنش‌زاهای محیطی و آزادسازی منابع انرژی بیمار برای فرآیند بهبودی است. کاهش تنش‌زایی محیط، یک راهبرد زیبایی‌شناختی نیست، بلکه یک مداخله بالینی مؤثر برای افزایش «شفابخشی» فضا محسوب می‌شود [۷].

۳. روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل مراجعین به اورژانس یک درمانگاه قدیمی در شهر تهران در پاییز ۱۴۰۴ می‌باشد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و در مجموع ۲۲ پرسشنامه معتبر (۱۲ مرد و ۱۰ زن) جمع‌آوری گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها، نسخه بازبینی شده مقیاس «تجربه زمان و مکان در اضطراب» STEA بر اساس مدل لو و همکاران (Lu et al., 2024) [۱۵] بود. این ابزار شامل ۸ گویه است که ابعاد مختلف تحریف ادراکی (زمانی، مکانی و بدنی) را می‌سنجد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری و با آزمون مقایسه میانگین‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۴. بحث و یافته ها

در این مطالعه، نمرات خام حاصل از پرسشنامه STEA برای دو گروه آقایان (N=12) و بانوان (N=10) استخراج و میانگین هر گویه محاسبه شد. نتایج کمی نشان‌دهنده الگوی متفاوت پاسخ‌دهی به استرس محیطی در دو جنسیت است. جدول زیر خلاصه مقایسه میانگین‌ها را نشان می‌دهد:

جدول ۱- مقایسه توصیفی میانگین نمرات ابعاد اضطراب STEA به تفکیک جنسیت

متغیر (گویه)	میانگین آقایان	میانگین بانوان	اختلاف میانگین Δ	وضعیت غالب
ناراحتی از تغییرات	۵.۲۵	۳.۵۰	+۱.۷۵	آقایان
آگاهی از ضربان قلب (تنی)	۵.۰۸	۵.۶۰	-۰.۵۲	بانوان
تحمل ناپیدایی آینده	۵.۳۳	۵.۹۰	-۰.۵۷	بانوان
تمرکز بر حال (ملموس بودن)	۴.۸۳	۶.۳۰	-۱.۴۷	بانوان
تقدیرگرایی (زندگی پیش‌تعیین شده)	۴.۱۶	۵.۳۰	-۱.۱۴	بانوان
گسست از خود گذشته	۷.۰۸	۵.۲۰	+۱.۸۸	آقایان
ادراک فضای محصور/محدود	۴.۴۱	۳.۴۰	+۱.۰۱	آقایان
جدا افتادگی (حبس در خود)	۴.۱۶	۳.۵۰	+۰.۶۶	آقایان

تحلیل داده‌های فوق نشان می‌دهد که بالاترین نمره اکتسابی در گروه مردان مربوط به شاخص «گسست از خودِ گذشته» است، در حالی که در گروه زنان، شاخص «تمرکز بر حال» بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است.

واکاوی تطبیقی داده‌ها نشان می‌دهد که اگرچه کالبد فرسوده اورژانس برای هر دو گروه اضطراب‌زاست، اما «جنس» این اضطراب و نحوه ادراک آن از منظر پدیدارشناسی مکان، در دو گروه کاملاً متمایز است.

یافته‌ها حاکی از آن است که مردان نمرات به‌مراتب بالاتری در مولفه‌های «گسست از خودِ گذشته» و «ادراک فضای محصور» کسب کرده‌اند. از منظر روانشناسی محیط، این الگو بیانگر «بحران عاملیت» است. مردان در مواجهه با محیط درمانی قدیمی که فاقد خوانایی و کنترل‌پذیری است، دچار نوعی ناتوانی در اعمال کنترل بر محیط می‌شوند.

بالا بودن نمره «گسست از خود» نشان می‌دهد که مردان در این فضا، فاصله عمیقی میان «خود توانمند گذشته» و «خود ناتوان فعلی» احساس می‌کنند. این احساس با ادراک «فضای محصور» تشدید می‌شود؛ گویی معماری فضا به جای حمایت، آن‌ها را در تنگنا قرار داده است. بنابراین، اضطراب مردانه در این پژوهش ماهیتی «برون‌فکن» دارد که ریشه در تعارض با محدودیت‌های کالبدی و از دست دادن قلمرو دارد.

در مقابل، زنان الگوی متفاوتی را با نمرات بالا در «تمرکز بر حال» ، «آگاهی جسمانی» و «تقدیرگرایی» نشان دادند. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که تجربه اضطراب در زنان ماهیتی «درون‌ریخت» و «زمانی» دارد. زنان در محیط استرس‌زای اورژانس، دچار «انقباض زمانی» می‌شوند؛ به این معنا که افق دید آن‌ها نسبت به آینده و گذشته محدود شده و تمام توجه شناختی آن‌ها معطوف به لحظه حالِ دردناک می‌شود. همزمانی این پدیده با آگاهی بالا از ضربان قلب، نشان‌دهنده فعال‌سازی شدیدتر مکانیزم‌های سوماتیک (تنی) است. همچنین، نمره بالاتر در «تقدیرگرایی» نشان می‌دهد که زنان در مواجهه با عدم قطعیت محیطی، بیشتر به مکانیزم‌های پذیرش غیرفعال روی می‌آورند که این خود می‌تواند ناشی از احساس عدم حمایت عاطفی از سوی محیط کالبدی باشد.

تقابل میان نیاز مردان به «کنترل فضایی» و نیاز زنان به «گشایش زمانی»، چالش اصلی طراحی در اورژانس‌های قدیمی است. عدم تناسب برای مردان به صورت احساس خفگی و بیگانگی، و برای زنان به صورت حبس شدن در لحظه حال و تشدید علائم جسمی نمود می‌یابد. این نتایج تأیید می‌کند که راهکارهای معماری شفابخش نباید تک‌بعدی باشند؛ بلکه باید همزمان با ارتقای خوانایی و کاهش تراکم (برای پاسخ به نیاز مردان)، به خلق اتمسفری آرام‌بخش و امیدوارکننده (برای خروج زنان از انقباض زمانی) بپردازند.

۵. نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که معماری فضاهای درمانی، به‌ویژه در کالبدهای فرسوده‌ای چون اورژانس‌های قدیمی، یک متغیر خنثی و بی‌اثر نیست، بلکه به مثابه یک «مدولاتور ادراکی» عمل کرده و پاسخ‌های اضطرابی متفاوتی را بر اساس جنسیت برمی‌انگیزد. بر این اساس، گذار به «معماری شفابخش» نیازمند طراحی یک سامانه دوگانه است که به نیازهای متمایز هر دو گروه پاسخ دهد. برای تعدیل «بحران عاملیت» و احساس محصوریت در مردان، مداخلات کالبدی باید بر بازگرداندن حس کنترل و تسلط بر فضا متمرکز شود؛ راهکارهایی نظیر ارتقای خوانایی مسیرها، ایجاد شفافیت بصری برای کاهش حس خفگی و تعریف قلمروهای فردی برای حفظ حریم شخصی، در این راستا ضروری است. همزمان، برای مقابله با «انقباض زمانی-تنی» در زنان، معماری باید نقش یک «تعدیل‌کننده حسی» را ایفا کند. این امر از طریق ادغام عناصر بیوفیلیک برای شکستن تمرکز بر لحظه حال، مدیریت اتمسفر فضا با نور و رنگ ملایم و بهینه‌سازی کیفیت‌های محیطی (آکوستیک و تهویه) برای کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک محقق می‌شود. در نهایت، طراحی موفق، محصول دیالکتیکی است که میان «اقتدار و وضوح فضایی» برای پاسخ به اضطراب وجودی مردان، و «لطافت و غنای حسی» برای پاسخ به اضطراب

فیزیولوژیک زنان تعادل برقرار می‌کند و بدین ترتیب، اورژانس را از یک «ظرف نگهدارنده بیمار» به یک «ابزار فعال درمانی» ارتقا می‌بخشد.

۶. مراجع

۱. نظری، پریسا و بایزیدی، قادر.(۱۳۹۷). تاثیر روانشناسی محیطی بر طراحی مراکز دندانپزشکی. فصلنامه مطاعات عمران شهری. دوره ۲: شماره ۵.

2. Topf. M, (1984), A framework for research in aversive physical aspects of the environment, Research in Nursing and Health, Research In Nursing and Health, Vol.7, No.1.

۳. شمس اسفند آباد، حسن. (۱۳۹۱). روانشناسی تجربی، چاپ هفتم، انتشارات وابسته به اوقاف و امور خیریه.

4. Stark. A, (2004), Innovation in the Design of the ICU, New tends that Incorporate of patient and family-centered design, Minnesota physician, Vol.5.

5. Ulrich, Roger & Zimring, Craig (2004), The Role of The Physical Environment In The Hospital of The 21 St Century A Once In A Lifetime Opportunity, Report to the Cen ter for Health Design for the Designing The 21st Century Hospital Project.

۶. عارف عاشقی، مریم، طراحی مرکز مشاوره و درمان آسیب دیدگان عوامل طبیعی (زلزله، سیل و طوفان) شهر تهران با رویکرد اکولوژیک. پایاننامه کارشناسی ارشد. دانشکده فنی مهندسی، دانشگاه آزاد اسالمی واحد شاهرود، ۱۳۹۵.

7. Romigi, A., D'Aniello, A., Caccamo, M., Vitrani, G., Casciato, S., Di Gioia, B., & Di Gennaro, G.,. Effects of eslicarbazepine as add-on therapy on sleep architecture in temporal lobe epilepsy: results from “Esleep” study. Sleep Medicine, 75,2020.

8. ALEKSANDROVA, E., RUDENKO, I. V., KOLESNIKOV, M. A., GARIPOVA, V. V. & KUZNEZOV, S.V.2019. Socio-Cultural Conditions of Educational Environment Development. Humanities & Social Sciences Reviews, 7.

9. MEHRNIA, N., SADEGHIPOUR, M. & ZAFARMAND, A. H. 2020. Principles of “Humanistic Environment” in Dental Education: Design, Validation, and Standardization of a Questionnaire.

10. Metabli Qasim, "Environmental psychology: a new knowledge in the service of architecture and urban design", in the scientific research journal of Fine Arts, Vol. 10, Winter 2010.

۱۱. یاری کیا, عطاءالله, دیناروند, عبدالرحمن, و وثیق. (۲۰۲۱). ارزیابی تأثیرات عوامل محیطی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران در مراکز درمانی (نمونه مطالعاتی: بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام). مهندسی ساختمان و علوم مسکن, (۱۴)۲.

۱۲. میرزایی و موحد.(۲۰۲۰). تاثیر رنگ ساختمان های درمانی بر کاهش استرس و طول درمان بیمار(نمونه موردی: بیمارستان کوثر شیراز). فصلنامه پژوهشی شهرساز ی و معمار ی هویت محیط، ۱(۳).

۱۳. حکمتی، جمشید. (۱۳۸۱). طراحی باغ و پارک، تهران: انتشارات فرهنگ جامع.

۱۴. مطلبی، ق. وجدان زاده، ل. (۱۳۹۴). تاثیر محیط کالبدی فضاهای درمانی بر کاهش استرس بیماران (بررسی نمونه موردی مطب دندانپزشکی)، نشریه هنر های زیبا،دوره ۲۰، شماره ۲.

15. Lu, C. J., Goheen, J., Wolman, A., Angeletti, L. L., Arantes-Gonçalves, F., Hirjak, D., ... & Northoff, G. (2024). Scale for time and space experience in anxiety (STEA): phenomenology and its clinical relevance. Journal of Affective Disorders, 358, 192-204.