

Survey Universal Design Criteria of Veteran Hospices of Tehran in 2016

Nasiri M¹, *Barasteh S², Rashedi V³, Nasiri M⁴

1- MSc of Rehabilitation Management, Marine Medicine Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. School of Nursing, Marine Medicine Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: s.barasteh@gmail.com

3- PhD in Gerontology, Iranian Research Center on Aging. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Rehabilitation Administration. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 22 April 2020

Accepted: 31 Aug 2020

Abstract

Introduction: Many of disabilities of a person with a handicaps is related to inappropriate physical environment that by removing them can be created an environment to response their needs. The universal design implies designing the environments in a manner that Provides maximum access for all people, including the elderly, veterans and the disabled. The aim of this study was to investigate Universal design of Veteran Hospices of Tehran.

Methods: This cross-sectional descriptive study was done in 2016. Samples were selected through census sampling. Also Data were analyzed by using SPSS software version 16 and descriptive statistics used to evaluate the central and dispersion parameters. The data collection tool was the Nursing Home Physical Fitness Checklist, which consisted of 12 subscales and 70 items also Content validity index was equal to 0.927 that have been used to calculate the content validity index (CVI).

Result: The findings of this study showed that Majority of Veteran Hospices in terms of available Prayer room, kitchen, heating and cooling conditions, management section and were in conformance with the Universal design criteria and in half of the Veteran Hospices, library, staff restroom and suitable laundry room available were in conformance, while only quarter of the Hospices had extinguishers. Also The criteria in the majority of Hospices (75%) was adequately met in terms of the items of, treatment and rehabilitation room, main entrance and courtyard, while only 25% Hospices, living room, bathroom and stairs and ramp were in conformance.

Conclusions: The majority Veteran Hospices evaluated did not follow the Universal design criteria. Therefore, providing the Compatible situation and Living environment through policy and more accurate planning to create a suitable Environment is necessity.

Key words: Universal design, Hospices, Veterans.

بررسی وضعیت طراحی فراگیر در محیط آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران در سال ۱۳۹۵

مرتضی نصیری^۱، *سلیمان برسته^۲، وحید راشدی^۳، محمد نصیری^۴

- ۱- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی. مرکز تحقیقات طب دریا، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
 ۲- دکترای تخصصی پرستاری. مرکز تحقیقات طب دریا، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: s.barasteh@gmail.com
 ۳- دکترای تخصصی سالمندشناسی. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۴- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی. گروه آموزشی مدیریت توانبخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۳

چکیده

مقدمه: بسیاری از ناتوانی‌های یک فرد معلول، ناشی از محیط فیزیکی نامناسب است که با برطرف کردن آن‌ها می‌توان فضایی ایجاد کرد که پاسخگوی نیازهای آنان باشد. طراحی فراگیر به ایجاد محیطی گفته می‌شود که در آن حداکثر امکان دسترسی برای همه افراد، اعم از سالمند، جانباز و معلول، فراهم باشد. هدف این پژوهش تعیین وضعیت طراحی فراگیر در محیط آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی و جامعه پژوهش شامل تمامی آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران (در مجموع ۴ آسایشگاه) در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه‌ها با روش سرشماری انتخاب شدند. همچنین داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و کاربرد آماره‌های توصیفی به منظور بررسی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک لیست ارزیابی تناسب فیزیکی آسایشگاه که شامل ۱۲ خورده مقیاس و ۷۰ آیتم بررسی وضعیت طراحی فراگیر محیط بود. این چک‌لیست از متوسط شاخص روایی محتوا ۹۱/۰ درصد برخوردار است که برای تعیین شاخص روایی محتوایی آن CVI محاسبه شده است.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که در ۷۵ درصد آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران، وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک خصوصیات کلی از نظر وجود نمازخانه، آشپزخانه، وسایل سرمایشی و گرمایشی و اتاق مدیریت، معیارهای طراحی فراگیر را رعایت کردند و در نیمی از آسایشگاه‌ها کتابخانه، رختشوی‌خانه و اتاق استراحت پرسنل، معیارهای طراحی فراگیر رعایت کرده بودند. در حالی که تنها در ۲۵ درصد از آسایشگاه‌ها وسایل اطفاء حریق وجود داشت. همچنین در ۷۵ درصد آسایشگاه‌ها وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک رعایت شاخص‌های تعریف شده در زیر مجموعه‌های آسایشگاه، از نظر طراحی فراگیر در اتاق درمان و توانبخشی، ورودی اصلی و حیاط از وضعیت مناسبی برخوردار بودند، اما در عین حال تنها در ۲۵ درصد از آسایشگاه‌های مورد بررسی، اتاق نشیمن، حمام و پله و سطح شیب‌دار وضعیت مطلوبی داشتند. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران از اصول طراحی فراگیر تبعیت نمی‌کنند. لذا باید شرایط سازگاری جانبازان ساکن آسایشگاه و محیط زندگی آن‌ها از طریق سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر در زمینه مناسب‌سازی محیط آسایشگاه‌ها جانبازان فراهم گردد.

کلیدواژه‌ها: طراحی فراگیر، آسایشگاه‌ها، جانباز.

مقدمه

از جنگ افزوده می‌شود (۱). آمار مرکز فناوری و اطلاعات بنیاد شهید و امور ایثارگران نشان می‌دهد که رزمندگان جنگ ایران و عراق (سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۹) غالباً مردانی بوده‌اند که بعد از مجروح شدن، جانبازان جوانی را تشکیل دادند. نسبت سالمندی همین افراد تا سال ۱۳۷۵ برابر ۰/۶۹

از آثار زبان بار هر جنگی بروز مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی در افرادی است که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در صحنه جنگ حاضر بودند. به طوری که آمارهای جهانی نشان می‌دهد هر ساله بر تعداد جانبازان و معلولین ناشی

درصد و در حال حاضر به ۱۳۳ برابر یعنی معادل ۹/۲۱ درصد رسیده است. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۰۰ خورشیدی نسبت جمعیت سالمندان جانباز به بیش از ۷۵ درصد کل جمعیت جانبازان برسد و اگر شروع سالمندی را به سبب تأثیر جسمی و روانی از کارافتادگی‌های جنگی بر روند سالمندی پایین‌تر فرض نماییم جمعیت جانبازان سالمند به مراتب بیشتر خواهد شد (۲). در حال حاضر تهران بزرگ‌ترین تعداد بیش از ۴۹ هزار جانباز بالاترین آمار جانباز را در میان سایر استان‌ها دارد (۳).

معلولیت‌های جسمی و عوارض روحی ناشی از آن یکی از جلوه‌هایی جنگ تحمیلی ۸ ساله بود که به شکل گسترده بر بازماندگان جنگ و اطرافیان آن‌ها به وقوع پیوسته است (۴). مشکلات جسمانی در جانبازان موجبات دشواری‌های حرکتی را فراهم می‌سازد و فشارهای ناشی از این ناتوانی حرکتی سبب ایجاد مشکلات هیجانی، آسیب اجتماعی و اقتصادی و زمینه ایجاد مشکلات روانی و افسردگی در جانبازان می‌شود (۵، ۶). در واقع معلولیت مانع از ایفای نقشی می‌شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی از او انتظار می‌رود (۷). در تحقیقی که توسط خانی و همکارانش در سال ۱۳۸۹ بر روی جانبازان شهر مازندران انجام گرفت مشخص شد که اکثر جانبازان از قدرت و توانمندی جسمی قابل قبولی برخوردار نیستند که این امر باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۸). این محدودیت‌ها در انجام بسیاری از فعالیت‌های روزمره همچون پوشیدن لباس، نظافت شخصی، استحمام، خوردن غذا، مدیریت امور خانه، استفاده از لوازم اداری و وسایل عمومی دیده می‌شود و نیز ممکن است به‌طور واضحی اعتماد به نفس این افراد را کاهش داده و تصویر آن‌ها از بدن خود را به‌طور منفی تغییر داده و تمایل به سوء مصرف مواد، افسردگی و افکار خودکشی را افزایش دهد (۹، ۱۰). در مطالعه بابا و همکارانش نیز نشان داد افرادی که نتوانند نیازهای روان‌شناختی خود را در محیط برطرف کنند از سلامت روانی پایینی برخوردار هستند (۱۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از جانبازان به عوارض مزمن جسمی و روانی مبتلا هستند که می‌تواند به افت کیفیت زندگی بی‌انجامد و از سوی پیشرفت این عوارض توانایی کار کردن، شرکت در روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های فیزیکی جانبازان را محدود می‌نماید (۸، ۱۲).

اغلب افراد دارای معلولیت با وجود مواجهه با محدودیت‌های

جسمی و حسی، قابلیت‌های گسترده‌ای دارند و چنانچه در محیط مناسبی قرار گیرند، توانایی آن را دارند که قابلیت‌های خود را به حداکثر برسانند (۱۳). به طوری که یافته‌ها نشان می‌دهند افراد دارای معلولیت که زندگی فعالی دارند هم از نظر روانی و هم از نظر جسمانی بهتر از افراد غیرفعال هستند (۱۴). این امر ضرورت توجه به مناسب سازی محیط فیزیکی جانبازان با قابلیت‌های آنان را به وضوح روشن می‌سازد. با وجود اینکه جانبازان و معلولین نیاز به حمایت اجتماعی زیادی دارند، کنار آمدن با این شرایط برای اکثر آن‌ها دشوار است و اغلب آنان جدا از وضعیتشان متقاضی یک زندگی راحت و آرام می‌باشند (۱۵). در کشور ما ضوابط و مقررات نسبتاً کاملی برای طراحی مراکز مراقبتی بلندمدت مانند آسایشگاه سالمندان و جانبازان به تصویب رسیده است. یکی از ابعادی که باید در ساخت و آماده سازی آسایشگاه‌ها مورد توجه ویژه قرار گیرد طراحی فراگیر است. منظور از طراحی فراگیر، طراحی فضاها و تجهیزات قابل استفاده برای اکثریت افراد با هر سطح از توانایی یا سن و متناسب با نیازهای آنان در فضا می‌باشد. این شیوه‌ی طراحی منجر به سهولت استفاده از همه فضاها و وسایل برای هر شخصی می‌شود و نیاز برای تغییرات بعدی طرح را که با تغییر شرایط و توانایی‌ها ایجاد می‌شوند، کاهش می‌دهد در واقع طراحی فراگیر همه افراد اعم از معلول، سالمند، کودک و سایر کسانی را که به نوعی ناتوانند در نظر می‌گیرد، برچسب تمایز بر آنان نمی‌زند و برای همه کاربران سودمند است. طراحی فراگیر ۷ اصل کلیدی دارد که این اصول می‌تواند با روش‌هایی در فضاها مورد طراحی به کار گرفته شود. این اصول شامل: اصل استفاده ساده و حسی (بدیهی)، اصل کاربرد عادلانه، اطلاعات قابل درک، رواداری خطا (در نظر گرفتن حد مجاز برای خطا)، انعطاف پذیری در عملکرد، کارآمدی (کمترین تلاش فیزیکی) و تناسب ابعاد (۱۶). همچنانکه مطالعات نشان داده که مناسب سازی محیط فیزیکی آسایشگاه سالمندان می‌تواند باعث بالا رفتن کیفیت زندگی سالمند، احساس امنیت و ایمنی در سالمند (۱۷)، دسترسی به فضاهای مختلف آسایشگاه برای آن‌ها و همچنین فراهم آوردن شرایط لازم برای برقراری پیوند‌های اجتماعی با محیط و اشخاص پیرامون و نیز تحرکات حسی لازم برای جبران قابلیت‌های حسی محدود شده سالمند شود (۱۸). اما طبق مطالعه نصیری و همکاران اکثر آسایشگاه‌های سالمندان شهر تهران، از اصول طراحی

گیری تمام شماری بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک لیست تناسب فیزیکی آسایشگاه بر اساس استانداردهای تعریف شده جهانی مناسب سازی محیط فیزیکی با استفاده از مستندات علمی موجود طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۸ توسط آقای بهرام جعفری مورجان تهیه شده بود (۲۲). این ابزار شامل ۱۲ خرده مقیاس و ۷۰ سؤال است. خرده مقیاس‌های این چک لیست شامل خصوصیات کلی آسایشگاه مانند آشپزخانه، نمازخانه، کتابخانه، اتاق کارکنان و مدیریت، رختشوی‌خانه، وسایل اطفاء حریق، وسایل گرمایشی و سرمایشی) و نیز زیرمجموعه‌های آسایشگاه شامل ورودی اصلی، پله و سطح شیب‌دار، راهروها، اتاق خواب، اتاق نشیمن، حمام، توالت، سالن غذاخوری، اتاق درمان و توانبخشی، حیاط و فضای سبز است. روایی صوری و محتوایی آن قبلاً در مطالعه جعفری و همکارانش طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۷ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. این چک لیست از متوسط شاخص روایی محتوا ۰/۹۱ برخوردار است که برای تعیین شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index) آن محاسبه شده است (۲۰). پایایی آزمون - باز آزمون در این چک لیست برای ۶۴/۳ درصد سؤالات خوب، ۱۴/۳ درصد خوب، ۱۸/۶ درصد متوسط و ۲/۸ درصد نسبتاً ضعیف گزارش گردیده است. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با مراجعه به کلیه آسایشگاه‌های جانبازان و معرفی خود به مسئولین آسایشگاهها، پس از دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش و جلب رضایت آنها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و اقدام به پر کردن یکایک آیت‌ها کرد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و کاربرد آماره‌های توصیفی به منظور بررسی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در رابطه با وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران به تفکیک تأمین خصوصیات کلی، یافته‌های پژوهش نشان داد که در ۷۵ درصد از آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران، وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک خصوصیات کلی از نظر وجود نمازخانه، وسایل سرمایشی و گرمایشی و اتاق مدیریت در وضعیت مطلوبی قرار داشتند و در نیمی از آسایشگاه‌ها، آشپزخانه، کتابخانه و رختشوی‌خانه مناسب و در دسترس وجود داشت؛ در حالی که تنها در ۲۵ درصد

فراگیر تبعیت نمی‌کنند (۱۹). همچنین در سال‌های نخست دوران دفاع مقدس، افزایش روزافزون جانبازان قطع نخاعی، شیمیایی و اعصاب روان مسئولان و متولیان امور ایثارگران را از همان سال‌های اول جنگ تحمیلی به فکر تأسیس مرکز یا مراکز برای نگهداری، مراقبت و توانبخشی جانبازان وا داشت. اگرچه فکر راه‌اندازی آسایشگاه به عنوان تدبیری ضروری برای اسکان، درمان و توانبخشی جانبازان، اقدامی قابل تقدیر و شایسته سپاس گذاری است اما بقای این آسایشگاه‌ها با وضع فعلی و در شرایط کنونی به هیچ وجه قابل توجیه نیست و حتماً باید تجدید نظری در نحوه تأسیس و اداره مراکز آسایشگاهی جانبازان صورت پذیرد. آمارها نشان می‌دهد که خدمات آسایشگاهی در همان شکل اولیه باقی مانده و در واقع کارکرد آسایشگاه‌های در حال حاضر محدود می‌شود به محلی برای اسکان معمولی و هم اکنون آسایشگاه‌های جانبازان هم در تهران و هم در برخی مراکز استان‌ها مثل مشهد، شیراز، اهواز و غیره تبدیل به مسکن تعداد اندکی از جانبازان شده است و دیگر هیچ یک از نقش‌ها و کارکردهای آسایشگاهی نظیر توانبخشی یا گذراندن دوران نقاهت پس از درمان را برای جانبازان ایفا نمی‌کند (۲۰). بسیاری از ناتوانی‌های یک فرد معلول، ناشی از نارسایی‌های محیط است که با برطرف کردن آنها می‌توان فضایی ایجاد کرد که پاسخگوی نیازهای آنان باشد. استقلال در انجام فعالیت‌های معمول و پیچیده روزمره زندگی نقش مهمی در بازگشت جانبازان معلول به زندگی عادی را دارد. وابستگی جانبازان در انجام امور روزمره می‌تواند آنها را مشکلات متعددی روبه‌رو سازد و در عین حال بار ناشی از مراقبت آنها را بر روی خانواده و اطرافیان آنها اضافه می‌شود (۲۱). با توجه به ضرورت آماده سازی فضایی جهت پاسخ‌گویی نیازهای فیزیکی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی جانبازان و ضرورت مناسب‌سازی محل سکونت جانبازان در آسایشگاه‌ها، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت موجود در طراحی فراگیر در آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران انجام شد.

روش کار

این تحقیق به روش مقطعی انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته و کلیه آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران، در مجموع ۴ آسایشگاه، جامعه آماری این تحقیق بودند. روش نمونه

اتاق نشیمن، حمام و پله و سطح شیب‌دار وضعیت مطلوبی نداشتند. در جدول زیر برخی از آیتم‌های مربوط به وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌ها به تفکیک خصوصیات کلی و شاخص‌های تعریف شده در زیر مجموعه‌های آسایشگاه به همراه میزان رعایت و عدم رعایت از اصول طراحی فراگیر نشان داده شده است.

از آسایشگاه‌ها وسایل اطفاء حریق وجود داشت. در رابطه با وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران به تفکیک رعایت شاخص‌های تعریف شده در زیرمجموعه‌های آسایشگاه، یافته‌های پژوهش نشان داد که ۷۵ درصد از آسایشگاه‌ها از نظر طراحی فراگیر اتاق درمان و توانبخشی، ورودی اصلی و حیاط از وضعیت مناسبی برخوردارند، اما در عین حال در ۷۵ درصد از آسایشگاه‌ها

جدول ۱: وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران به تفکیک خصوصیات کلی و شاخص‌های تعریف شده در زیرمجموعه‌های آسایشگاه

وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌ها					
عدم رعایت		رعایت			
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
				وسایل سرمایشی و گرمایشی	
۲۵٪	۱	۷۵٪	۳		
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	وسایل اطفاء حریق	
۲۵٪	۱	۷۵٪	۳	آشپزخانه	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	رختشوی‌خانه	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	کتابخانه	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	نمازخانه	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	اتاق استراحت پرسنل	
۰	۰	۱۰۰٪	۴	اتاق کارکنان و مدیریت	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	اتاق امور اداری و مدیریتی	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	حمام و دستشویی در اتاق پرسنل	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	وجود پله‌های مناسب	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	وجود نرده‌های کمکی پله	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	سطح شیب‌دار مناسب	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	وجود نرده‌های کمکی سطح شیب‌دار	
۰	۰	۱۰۰٪	۴	قابل تشخیص بودن رنگ درب	
۰	۰	۱۰۰٪	۴	مناسب بودن عرض درب	
۲۵٪	۱	۷۵٪	۳	فاقد آستانه بودن درب	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	دستگیره مناسب	
۲۵٪	۱	۷۵٪	۳	عرض ورودی مناسب	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	اندازه داخلی کافی	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	وجود میله‌های کمکی	
۱۰۰٪	۴	۰	۰	وجود سیستم آژیر خطر مناسب	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	شیرهای مناسب آب	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	غیر لغزنده بودن کف حمام	
۷۵٪	۳	۲۵٪	۱	تعداد مناسب حمام	
۰	۰	۱۰۰٪	۴	ابعاد مناسب حیاط	
۵۰٪	۲	۵۰٪	۲	امکان دسترسی آسان به حیاط	
۰	۰	۱۰۰٪	۴	وجود صندلی و نیمکت در حیاط	
۲۵٪	۱	۷۵٪	۳	وجود باغچه مناسب جهت باغبانی	

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک خصوصیات کلی در بیشتر آسایشگاه‌های جانبازان شهر تهران (۷۵٪)، از نظر وجود نمازخانه، آشپزخانه، وسایل سرمایشی و گرمایشی و اتاق مدیریت در وضعیت مطلوبی قرار داشتند و در نیمی از آسایشگاه‌ها، کتابخانه، رختشوی‌خانه و اتاق استراحت پرسنل مناسب و در دسترس وجود داشت. در حالی که تنها در ۲۵٪ آسایشگاه‌ها وسایل اطفاء حریق وجود داشت. همچنین در اکثر آسایشگاه‌ها (۷۵٪) وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک رعایت شاخص‌های تعریف شده در زیرمجموعه‌های آسایشگاه، از نظر طراحی فراگیر در اتاق درمان و توانبخشی، ورودی اصلی و حیاط از وضعیت مناسبی برخوردار بودند، اما در عین حال تنها در ۲۵٪ از آسایشگاه‌ها مورد بررسی، اتاق نشیمن، حمام و پله و سطح شیب‌دار از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند. یافته‌ها حاکی از آن است که وضعیت نامناسب آیت‌های مورد بررسی آسایشگاه‌ها بدین دلیل است که آسایشگاه‌های مورد بررسی از ابتدا با هدف سکونت خصوصی طراحی و ساخته شده‌اند و در واقع خانه‌هایی هستند که با تغییر کاربری به آسایشگاه جانبازان تبدیل شده‌اند و تغییرات نسبتاً اندکی در جهت مناسب‌سازی محیط آن‌ها صورت گرفته است. همچنان که زربیافان و همکارانش اعلام کردند که کارکرد آسایشگاه‌های ۴ گانه شهر تهران در حال حاضر محدود به محلی برای اسکان معمولی جانبازان می‌شود و خدمات آسایشگاهی در این آسایشگاه‌ها در همان شکل ابتدایی باقی مانده است (۲۰).

لازم به ذکر است که برای بحث پیرامون نتایج مطالعه حاضر بیان این مطلب ضروری به نظر می‌رسد سالمندان خصوصاً سالمندان دارای معلولیت، همانند جانبازان جز توان‌خواهانی هستند که بعضاً در آسایشگاه‌ها ساکن می‌باشند و از آنجا که اصول طراحی فراگیر شامل طراحی فضاها و تجهیزات افراد با هر سطح از توانایی یا سن و متناسب با نیازهای آنان می‌باشد لذا می‌توان مطالعات انجام شده در زمینه مناسب‌سازی و طراحی فراگیر آسایشگاه سالمندان را به عنوان پیشینه و پژوهش مرتبط با این تحقیق در نظر گرفت.

بر همین اساس، در مطالعه‌ای که نوذری و همکارانش (۱۳۸۰) بر روی آسایشگاه سالمندان انجام دادند، اعلام کردند که هیچ کدام از آسایشگاه‌های بازدید شده اساساً

مرتضی نصیری و همکاران

برای کاربری فعلی ساخته نشده‌اند؛ در واقع، آسایشگاه‌ها خانه‌هایی هستند که با تغییر کاربری به آسایشگاه سالمندی تبدیل شده‌اند (۲۳). همچنین در سال ۱۳۹۳ مطالعه‌ای توسط نصیری و همکارانش بر روی وضعیت طراحی فراگیر آسایشگاه‌های سالمندان شهر تهران انجام گرفت. نتایج این مطالعه در برخی از آیت‌های مرتبط با طراحی فراگیر فضاها با مطالعه حاضر هم سو می‌باشد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که در بیشتر آسایشگاه‌ها، وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک تأمین خصوصیات کلی از لحاظ آشپزخانه، اتاق مدیریت، رختشوی‌خانه، وسایل گرمایشی و سرمایشی از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند همچنین از نظر وجود نمازخانه و کتابخانه در دسترس و نیز از نظر وضعیت اتاق استراحت پرسنل بیشتر آنها وضعیت مطلوبی نداشتند؛ و در اکثر آسایشگاه‌ها وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک رعایت شاخص‌های تعریف شده در زیرمجموعه‌های آسایشگاه، از نظر طراحی فراگیر ورودی اصلی، اتاق درمان و توانبخشی و تا حدودی توالی و وضعیت مناسبی داشتند، اما با این حال در بیشتر آنها اتاق نشیمن و سالن غذاخوری از نظر طراحی فراگیر وضعیت مطلوبی نداشتند (۱۹). همچنانکه در مطالعه حاضر وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک خصوصیات کلی از جهت رختشوی‌خانه، آشپزخانه و وسایل سرمایشی و گرمایشی و اتاق مدیریت از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند، همچنین در بیشتر آسایشگاه‌های جانبازان وضعیت طراحی فراگیر به تفکیک رعایت شاخص‌های تعریف شده در زیرمجموعه‌های آسایشگاه، از جهت طراحی فراگیر ورودی اصلی، اتاق درمان و توانبخشی وضعیت مناسبی داشتند و از نظر وضعیت اتاق نشیمن، بیشتر آسایشگاه جانبازان وضعیت مطلوبی نداشتند. در تحقیقی که در کشور ترکیه توسط Demirkan و همکارانش (۲۰۱۳) با هدف ارائه لیستی از اولویت‌بندی‌های رویکرد طراحی برای همه به منظور زندگی مستقل انجام گرفت ۹ فاکتور به عنوان اولویت‌های رویکرد طراحی برای همه، مشخص شدند که این عوامل شامل: سطح روشنایی کافی در تمام فضاها، سهولت استفاده در آشپزخانه، فضای کافی در اتاق خواب و اتاق نشیمن جهت حرکت و مانور آسان، تقابل کافی میان اطلاعات ضروری و محیط اطراف (به عنوان مثال وجود تفاوت رنگ دستگیره و درب اتاق خواب)، سهولت استفاده از لوازم جانبی (دستگیره کابینت آشپزخانه یا شیرهای آب حمام)، وجود امکانات لازم جهت گردش عمودی در فضا (مثل رمپ یا شیب مناسب،

راه پله و نرده های کمکی مناسب)، ایجاد محیطی ایمن در حمام، غیر لغزنده و ایمن بودن کف در تمام فضاها و قابلیت دسترسی به تمام فضاها می باشند (۲۴). همانطور که مشاهده می شود در تحقیق حاضر نیز وضعیت مناسب سازی اکثر عوامل اولویت بندی شده در بالا مورد بررسی قرار گرفته است.

در مطالعه Rashid و همکارانش (۲۰۰۸) در زمینه ی وضعیت طراحی و مناسب سازی داخلی (حمام، دستشویی و اتاق خواب) و خارجی (راهروها، رمپ، نرده) تجهیزات، در خانه های بهزیستی تحت نظارت اداره رفاه اجتماعی مالزی که در آن ها سالمندان نگهداری می شوند، انجام گرفت مشخص شد که توالت ها دارای سطح لغزنده بودند و تعداد معدودی از آنها، میله های دستگرد کمکی مناسبی داشتند و همچنین در اکثر آن ها درب های توالت وضعیت نامناسبی داشتند. در حمام ها میله های دستگرد کمکی در ارتفاع های مناسبی قرار نداشتند و کف آن ها لغزنده (فاقد پوشش مناسب) بود. همچنین مشخص شد که برای افراد ویلچری سطح شیب دار وجود داشت ولی نرده های کمکی در اطراف آن وجود نداشت (۲۵). در پژوهش حاضر نیز نتایج نشان داد که در اکثر آسایشگاه ها میله های دستگرد کمکی وجود نداشت و همچنین در اکثر آسایشگاه های مورد بررسی، حمام ها دارای کف لغزنده و میله های دستگرد نامناسب بودند و تنها در ۲۵ درصد از آن ها سطح شیب دار و نرده های کمکی مناسب وجود داشت.

در تحقیقی که در دانشگاه ایالتی اوهایو آمریکا توسط Reed و همکارانش در سال ۱۹۹۸ بر روی ۴۶ فرد مسن قبل و بعد از ورودشان به آسایشگاه انجام گرفت، نتایج بیانگر آن بود که مکان خانه سالمندان اهمیت زیادی دارد؛ به عبارت دیگر مکان آسایشگاه باید نزدیک به محل زندگی قبلی سالمندان باشد تا اینکه خاطرات آنها از محیط قبلی زندگیشان کنده نشود و روابط آنها با دوستان و خانواده حفظ شود و همچنین در تحقیق دیگری که در آمریکا، توسط رید و پیتون در سال ۱۹۹۸ انجام شد، نتایج بیانگر آن بود که میزان مشابَهت آسایشگاه با محل زندگی قبلی فرد با میزان سازگاری این افراد ارتباط مثبتی دارد (۲۶). در تحقیقی دیگری که در سال ۲۰۱۳ توسط واگنفلد و همکاران در دانشگاه میشیگان در زمینه طراحی محیط برای جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام گرفت، نتایج بیانگر آن بود که امکان دسترسی آسان به محیط در بهبود سلامت فیزیولوژیکی و

روانی جانبازان تاثیر بسزایی دارد (۲۷). به علاوه در سال ۲۰۱۴ بنیاد طراحی برای جانبازان در آمریکا در تحقیقات خود به این موضوع اشاره کرده است که تغییر محیط میتواند در بهبود وضعیت سلامت جانبازان کمک بسزایی می کند و یک محیط امن و راحت می تواند منجر به بازیابی احساس ارزشمندی و حس مالکیت در جانبازان شود (۲۸). در مطالعه حاضر، ارزیابی بنای آسایشگاهها از نظر اینکه آسایشگاه از ابتدا به همین منظور ساخته شده یا تطابق کافی یافته است و نیز از لحاظ دور بودن مکان آسایشگاه از کارخانهها، انبارها، خیابانهای اصلی و پررفت و آمد و دوری از مکان بازی بچهها و همچنین از نظر مسطح بودن محیط اطراف آسایشگاه و ایمن و خلوت بودن و روشنایی کافی راههای ارتباطی انجام گرفت و مشخص شد که مکان بیشتر آسایشگاههای مورد پژوهش، از ابتدا جهت آسایشگاه ساخته نشده یا به این منظور تطابق کافی نیافته بودند و بیشتر آسایشگاهها در زمینهای مسطح و بدون شیب و دور از انبارها و کارخانهها و خیابانهای پر رفت و آمد قرار نداشتند.

در تحقیق دیگری توسط انجمن ملی تحقیقات مسکن آمریکا در سال ۱۹۹۹ در خصوص بررسی تناسب فیزیکی آسایشگاههایی که در آن سالمندان معلول زندگی می کردند، نتایج بیانگر آن بود که این خانهها از ویژگیهای ضروری برای سالمندان از قبیل سطح شیبدار، میلههای دستگرد و غیره برخوردار نبودند (۲۹) همچنانکه در مطالعه حاضر نیز تنها ۲۵٪ از آسایشگاههای مورد بررسی، از سطح شیبدار مناسب و نردههای کمکی مناسب اطراف سطح شیبدار برخوردار بودند.

در مطالعه دیگری Kane و همکارانش (۲۰۰۴) نیز بیان کردند که اکثر آسایشگاه های سالمندان به لحاظ سنتی به شکل بیمارستانهای معمولی طراحی شدهاند و دارای چنداتاق خواب هستند، راهروهای طولانی بسیار متراکم دارند و اولویت در آنجا بیشتر بر روی بازدهی خدمات پرستاری است تا اینکه متوجه ایجاد خانه‌ای واقعی برای سالمندان باشد (۲۹). همچنان که در این مطالعه نیز با بررسیها و مشاهدههای صورت گرفته، مشخص شد تمرکز اصلی آسایشگاههای جانبازان روی خدمات پرستاری و مراقبت و نگهداری است تا ایجاد خانه‌ای برای جانبازان لذا نتایج مطالعه مذکور حاکی از همخوانی با نتایج مطالعه حاضر است.

می شود که طراحی فراگیر آسایشگاه های جانبازان در جهت ارتقاء نیازهای زیستی، روحی، روانی جانبازان مورد توجه مسولین و سیاست گذاران قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان این پژوهش از تمامی عزیزانی که در جمع آوری اطلاعات و انجام هرچه بهتر این مطالعه ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را اعلام می کنند. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۹۱۰۰۱۷۷۷ که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران انجام شده است.

References

1. FiroozAbadi A, editor Symptoms of mental disorders in spouses of veterans' health centers province Veterans Foundation. Proceedings of the third Conference mental neurological complications caused by the war, in Persian date May; 2000.
2. Karimi A., Sahaf R., Taghavi N., Rasafiani M., Aliakbari Kamrani A., Khosravi A., et al. Mortality Causes in Adult and Elderly Iranian Male Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2015;7(3):157-65.
3. Amini R, Haghani H, Masoumi M, Nakhaee M. Quality of life in Blind War Survivors. Iranian Journal of War and Public Health. 2009;1(2):24-35.
4. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. Jabalpur: M/S/ Banarsidas Bhanot; 2005.
5. Tofighi A, Nozad J, Babae S, Dastah S. Effect of aerobic exercise training on General Health indices in Inactive Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2013;5(2):40-5.
6. Turner JB, Turner RJ. Physical Disability, Unemployment, and Mental Health. Rehabilitation Psychology. 2004;49(3):241. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.49.3.241>
7. Shamlo S. Mental Health. 1st. Tehran: Roshd publication; 2002.
8. Khani H, Azadmarzabadi E, MH KN, Jajvandian R, Tayebifard H, Joharinia S. Clinical orthopedic and rehabilitation assessment of lower limb amputees veterans in Mazandaran province. Journal Mil Med. 2011;12(4):229-34:(
9. Khoda Rahime S. Psychology of Elderly.

نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که ۷۵ درصد از آسایشگاه های جانبازان شهر تهران از اصول طراحی فراگیر تبعیت نمی کنند. از آنجایی که براساس آمارها تهران بالاترین آمار جانباز را در میان سایر استان ها دارند و همچنین علی رغم ضوابط و مقررات نسبتا کاملی که در کشور ما برای طراحی ساختمان های عمومی به تصویب رسیده و تاکنون اقدامی عملی در ارزیابی و نظارت بر رعایت شاخص های استاندارد در این زمینه صورت نگرفته است و از طرفی از آنجا که محیط فیزیکی آسایشگاه اهمیت بالایی در بهبود کیفیت زندگی جانبازان برخوردار است لذا توصیه

Mashhad: Astane ghods Razavi publication; 1994.

10. Mousavi B, Soroush MR, Montazeri A. Quality of life in chemical warfare survivors with ophthalmologic injuries: the first results form Iran Chemical Warfare Victims Health Assessment Study. Health and quality of life outcomes. 2009;7(1):2. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-2> PMID:19152700 PMCID:PMC2647906
11. Baba VV, Jamal M, Tourigny L. Work and mental health: A decade in Canadian research. Canadian Psychology/ Psychologie canadienne. 1998; 39 (1-2):94. <https://doi.org/10.1037/h0086798>
12. Ghazanfari Z, Ghazanfari T, Yaraee R, Amini R, Ghaderi S, Pirasteh A, et al. Aassociation between physical activity and body mass index in the civilian chemical victims of Sardasht 20 years after sulfur mustard exposure. Iranian Journal of War and Public Health. 2009;1(2):1-8. <https://doi.org/10.1080/15569540802691960>
13. Hosseini FS, Hossein zadeh R. Effect of physical activity on physical and mental health in elderly men. Journal of Health And Care. 2011;13(2):0.-
14. Abdollahi F, Mohammadpour RA. Health related quality of life among the elderly living in nursing home and homes. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013;23(104):20-5.
15. Bazzi k, Kiani A, Afrasyabirad M. Evaluation of urban traffic And the needs of veterans by using the topsis decision model. Research and Urban Planning. 2014;3.
16. Ostroff E. Universal design: the new paradigm.

- Universal Design Handbook, McGraw-Hill, New York, USA. 2001.
17. Farokhnezhad Afshar P, Foroughan M, Vedadhi AA, Ghazi Tabatabaei M. Relationship Between Social Function and Social Well-Being in Older Adults. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017;15(2):135-40. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.15.2.135>
 18. Sh N. The design guidelines of residential open spaces with regard to vision problems in elderly people. *Soffeh*. 2004;39:45-66.
 19. Nasiri M, Foroughan M, Rashedi V, Makarem A, Jafari Mourjan B. Compliance to Universal Design Criteria in Nursing Homes of Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(2):340-7. <https://doi.org/10.21859/sija-1102340>
 20. Kwon JY, Yang JH, Han JS, Kim DG. Analysis of the Retinal Nerve Fiber Layer Thickness in Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment. *Korean Journal of Ophthalmology*. 2017;31(6):548-56. <https://doi.org/10.3341/kjo.2016.0118> PMID:29022297 PMCID:PMC5726990
 21. Soroush MR, Ganjparvar Z, Masoumi M, Mousavi B. Instrumental Activity of Daily living in war related bilateral lower limb amputation. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2012;4(4):1-7.
 22. Mobasher M, Aramesh K, Zahedi F, Nakhaee N, Tahmasebi M, Larijani B. End-of-life care ethical decision-making: Shiite scholars' views. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2014;7(2):1-11.
 23. Farokhnezhad Afshar P, Malakouti SK, Ajri-Khameslou M. How was the oral health of the older people in Tehran's Parks in 1396? *Journal of Gerontology*. 2018;2(3):57-63. <https://doi.org/10.29252/joge.2.3.57>
 24. Demirkan H, Olguntürk N. A priority-based 'design for all' approach to guide home designers for independent living. *Architectural Science Review*. 2014;57(2):90-104. <https://doi.org/10.1080/00038628.2013.832141>
 25. Rashid S, Hussain M, Yusuff R. Designing homes for the elderly based on the anthropometry of older Malaysians. *Asian Journal of Gerontology Geriatrics*. 2008;3(3):75-83
 26. Crews DE, Zavotka S. Aging, disability, and frailty: implications for universal design. *Journal of physiological anthropology*. 2006;25(1):113-8.
 27. Golembiewski J, Wagenfeld A, Roy-Fisher C, Mitchell C. Collaborative design: outdoor environments for veterans with PTSD. *Facilities*. 2013;31(9/10):391-406. <https://doi.org/10.1108/02632771311324954>
 28. Brown B, Perkins DD, Brown G. Place attachment in a revitalizing neighborhood: Individual and block levels of analysis. *Journal of environmental psychology*. 2003;23(3):259-71. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00117-2](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00117-2)
 29. Blake KS, Simic A. Elderly housing consumption: Historical patterns and projected trends: ICF Consulting; 2005.