نظرة عامة على تأثير حركة التحول الثقافي على العمارة الداخلية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد

AN OVERVIEW OF THE IMPACT OF THE CULTURAL CHANGE MOVEMENT ON THE INTERIOR ARCHITECTURE OF LONG-TERM CARE FACILITIES

علا خالد ممدوح علام [١]، ا.د. **هالة محمد حسنين** [٢]، د. **أميرة منير السروجي** [٣]
قسم الديكور – كلية الفنون الجميلة – جامعة حلوان، مصر [(١،٢،٣)]

Ola Khaled Mamdouh Allam [1], Prof. Dr. **Hala Mohamed Hassanein** [2], Dr. **Amira Mouner EL Serogy** [3]
Décor Department, Faculty of Fine Arts, Helwan University, Egypt [(1, 2, 3)]

oleokhaled@gmail.com [1], hala_mohamed@f-arts.helwan.edu.eg [2], amira.elserogy@f-arts.helwan.edu.eg [3]

-- Paper Extracted from Thesis --

الملخص

يعرض هذا البحث كيفية تأثير فلسفة الرعاية المتبعة (نموذج الرعاية)، على العملية التصميمية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد، وبالتباعية مردودها على جودة حياة متلقي الرعاية المقيمين بداخلها. يشتمل البحث على مقارنة لأبرز الاختلافات التى ظهرت فى التصميم الداخلى لتلك المنشآت من قبل و من بعد ظهور "حركة التحول الثقافى"، التى نشأت فى الولايات المتحدة، و دعت إلى نموذج للرعاية قائم على مبدأ حق كل فرد فى الكرامة و الاحترام والراحة والرفاهية. ينقسم البحث إلى عدة أجزاء، تبدأ بتعريف منشآت الرعاية طويلة الأمد، ثم توضيح مفهوم جودة الحياة ، و التطرق بعد ذلك إلى مبادىء "حركة التحول الثقافى"، و بالنهاية عمل مقارنة لتوضيح الفروق الجوهرية بين النهج التصميمي التقليدي و النهج التصميمي الحالى لتلك المنشآت.يهدف هذا البحث إلى دراسة بعض المبادىء و الممارسات الخاصة بحركة التحول الثقافى،التى تتصف على أنها " نموذج للرعاية المتمركزة على الفرد"، التى تهدف إلى خلق حيزات يشعر فيها الأفراد بالراحة و المتعة، و تمكنهم من عيش حياة طبيعية قدر الإمكان، تشعرهم بأنهم أفراد أكفاء يتحكمون في حياتهم وبيئتهم، على الرغم من عجزهم الجسدي أو العقلى.

الكلمات المفتاحية

منشآت الرعاية طويلة الأمد؛ العمارة الداخلية؛ التحول الثقافى

ABSTRACT

This research presents the impact of the philosophy of care (Care Model), on the design process of long-term care facilities, and in turn, its influence on the care recipients' quality of life. The research includes a comparison of the most prominent differences that appeared in the interior design of those facilities before and after the emergence of the 'Cultural Change Movement', which originated in the United States, and called for a care model that respects the right of each individual to dignity, respect, comfort and welfare. The research is divided into several sections, starting by defining long -term care facilities, then clarifying the concept of quality of life, and then addressing the principles of the 'Cultural Change Movement', and finally a comparison to clarify the fundamental differences between the traditional design approach and the current design approach to those facilities. This research aims to examine some of the principles and practices of the 'Cultural Change Movement', which is characterized as a model of ' Person-Centered Care', which aims to create spaces that give the individuals a sense of comfort and joy, and enable them to live a normal life as much as possible, making them feel that they are competent individuals who control their lives and environment, despite their physical or mental disability.

KEYWORDS

Long-Term Care Facilities; Interior Architecture; Cultural Change

حقوق النشر © ٢٠٢٥ | لمجلة JAARS

١. المقدمة

يشهد العالم زيادة مستمرة فى فئة المسنين ومع تزايد الأعمار ترتفع نسبة من سيكونون في حاجة إلى رعاية سواء لضعف، أو مرض، أو إعاقة، أو غيره من المشاكل الصحية التى تعوق الفرد من ممارسة الحياة اليومية العادية، مما بالتأكيد سوف يزيد الحاجة إلى منشآت الرعاية طويلة اللأمد. من هنا يأتى دور المصممين و المعماريين فى الحرص على تصميم حيزات تدعم و تعزز الصحة الجسدية و العقلية و النفسية للمرضى، و توفر لهم جودة حياة أفضل. نجد أن العمارة الداخلية تبرز كحل فعال لخلق و تشجيع تغيير حقيقى فى الفكر الثقافى و الأجتماعى حول تلك المنشآت . حيث أشارت المزيد و المزيد من الأبحاث على أهمية البيئة المادية المحيطة و التأثير الكبير لتصميم الحيزات على صحة و رفاهية الإنسان. نرى ذلك بصورة واضحة، عند دراسة ظهور "حركة التحول الثقافى" التى نبعت من المجتمعات الغربية و الأن تنتشر فى كل دول العالم، تنطلق من مفاهيم إيجابية تتصل بدعم جودة الحياة المرضى، و الحفاظ على حقهم فى الإستقلالية، والحريـة، تنمية القدرات و دعم العلاقـات والـروابط الإجتماعية. فنرى مردود هذه الحركة الكبير على الفلسفة التصميمية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد.سوف يتناول هذا الفصل تعريف لمنشآت الرعاية طويلة الأمد و عرض لمختلف أنواعها. سنتطرق بعد ذلك إلى التغير الثقافى الذى مر به نماذج الرعاية فى ذلك النوع من المنشآت و مردود ذلك على العمارة الداخلية داخل تلك الحيزات.

١,١مشكلة البحث

يوجد نقص عام في الاهتمام بالإحتياجات النفسية، والفسيولوجية، وجودة الحياة للمرضى الذين يحتاجون الى رعاية طويلة الأمد، ممن يقضون وقتًا طويلًا في الأماكن الداخلية المغلقة مما يؤثر على سرعة الشفاء ومدى تقدم الحالة الصحية لهم. فمن هنا يأتى السؤال البحثى إن كان لتغيرات سمات العمارة الداخلية الناتجة عن التحول فى ثقافة الرعاية و العلاج، له أثرحقيقى على التجارب اليومية ورفاهية المقيمين والموظفين.

٢,١ هدف البحث

دراسة كيفية تطورت العمارة الداخلية في مرافق الرعاية طويلة الأمد نتيجة حركة التحول الثقافى، وما يتضمنها من الرعاية المتمركزة حول الفرد، و مردود هذا على نوعية حياة متلقي الرعاية والموظفين.

٣,١ أهمية البحث

تكمن اهمية هذا البحث فى انه يناقش موضوع أدمى و نبيل. فيمكن أن يأخذ كمرجع حول كيفية تأثير العمارة الداخلية على الرفاهية الجسدية والعاطفية لمتلقي الرعاية داخل مرافق الرعاية طويلة الأمد، وبالتالى المساهمة فى تحسين تصميمات المرافق المستقبلية لدعم المقيمين والموظفين بشكل أفضل.

٤,١ حدود البحث

تختص هذه الدراسة بسمات العمارة الداخلية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد من القرن العشرين وحتى مطلع القرن الحالي.

٥,١ منهج البحث

انتهج البحث المنهج الاستقرائى عن طريق البحث النظري من خلال الكتب والرسائل العلمية والمراجع العلمية فى مجال الرعاية طويلة الأمد والرعاية المتمركزة عللى الفرد. كذلك المنهج الوصفى التحليلى وذلك عن طريق توصيف وتحليل للرؤية التصميمية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد.

٢. منشآت الرعاية طويلة الأمد Long-Term Care Facilities

منشآت الرعاية طويلة الأمد وتسمى ايضاً مؤسسات الرعاية الإيوائية طويلة الأمد هى مرافق تقدم مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك الرعاية الطبية والتأهيلية والتمريض، وتقديم المساعدة للأشخاص غيرالقادرين على العيش بشكل مستقل في المجتمع، بسبب الوهن frailty أو الإعاقة الجسدية أو الذهنية. هى توفرمساعدة فى الأنشطة الأساسية للحياة اليومية Activities of daily living، مثل:(الاستحمام، وارتداء الملابس ، وتناول الطعام ، والنهوض من السرير أو الكراسي ، واستخدام المرحاض ، والتجول داخل المحيط السكنى)، بالإضافة إلى المساعدة فى الأنشطة الوظيفية في الحياة اليومية Instrumental activities of daily living، مثل:(استخدام الهاتف، وتناول الأدوية، وإدارة الأموال، وشراء البقالة، وإعداد وجبات الطعام). (WHO,2021) يوفر العديد منها بجانب الرعاية الأساسية، الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والخدمات الطبيةالمتنوعة. تقدم بعض المرافق برامج خاصة للأشخاص المصابين بمرض الزهايمر وأنواع أخرى من الخرف. (NIA,2023) يتم توفير الرعاية طويلة الأجل على مدى فترات طويلة من الزمن، لكن ليس بالضرورة ان توفر تلك الرعاية بشكل مستمرأو بنمط و مستوى من الشدة ثابت. بعض متلقي الرعاية يستعيدون قدراتهم الوظيفية (جزئياً على

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

الأقل) و يستعيدون بعضاً من استقلاليتهم و بذلك يحتاجون إلى دعم أقل. في حين أن، يعاني آخرون من انخفاض مستمر ولا رجعة فيه في القدرة الوظيفية وبالتالي يعتمدون على رعاية أكبر.(WHO,2022)

١,٢ أنواع منشآت الرعاية طويلة الأمد Types of Long-Term Care Facilities

يمكن لواحدة من منشآت الرعاية طويلة الأمد أن تصنف في نفس الوقت بأكثرمن نوع وذلك تبعاً للبرامج والخدمات التي تقدمها و التداخل بينهم، و لكن رسمياً أن أنواع منشآت الرعاية طويلة الأمد حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية و المعهد الوطني للشيخوخة فى الوليات المتحدة الأمركية كالأتى:

منشآت الرعاية طويلة الأمد / مؤسسات الرعاية الإيوائية طويلة الأمد تتكون من:

دور رعاية المسنين Nursing Homes

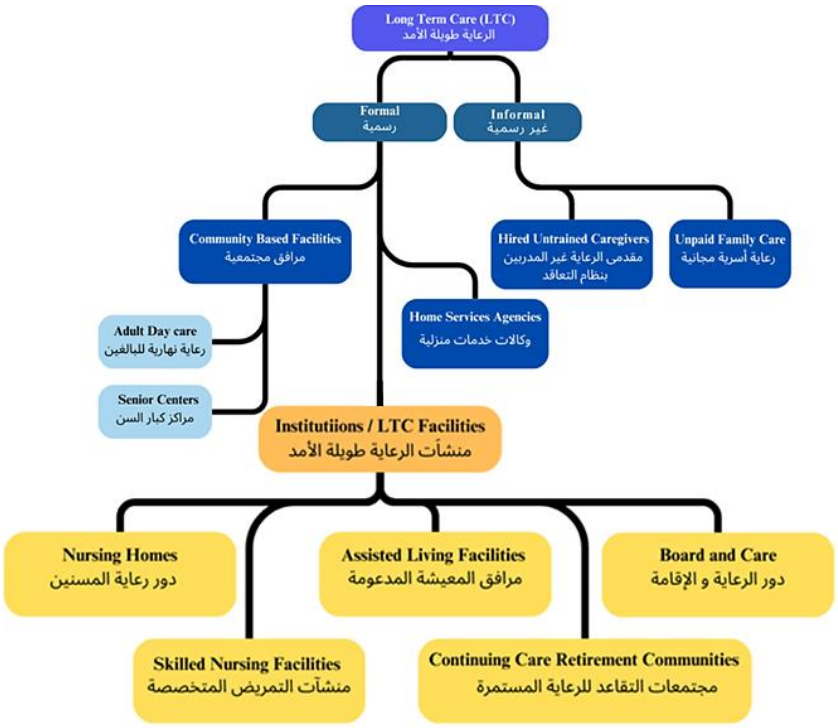
منشآت التمريض المتخصصة Skilled Nursing Facilities

مرافق المعيشة المدعومة Assisted Living Facilities

دور الرعاية والإقامة Board and Care Homes

مجتمعات التقاعد للرعاية المستمرة Continuing Care Retirement Communities (NIA,2023)

لا يشتمل مصطلح " منشآت الرعاية طويلة الأمد "على أنواع الرعاية الأتية: الرعاية المنزلية طويلة الأجل homebased long-term care ، أو المراكز المجتمعية community centers ، أو مرافق الرعاية النهارية للبالغين adult day care facilities ، أو الرعاية المؤقتة respite care . (WHO,2021)



شكل ١، الأنواع المختلفة لمنشآت الرعاية طويلة الأمد. (الباحثة،٢٠٢٥)

١,١,٢ دور رعاية المسنين Nursing Homes

تقدم دور رعاية المسنين، مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية والشخصية. تركز خدماتها على الرعاية الطبية المكثفة أكثر من مرافق المعيشة المساعدة أو دور الرعاية والإقامة. تشمل الخدمات المقدمة في دار رعاية المسنين الرعاية التمريضية المكثفة والإشراف على مدار ٢٤ ساعة، وثلاث وجبات في اليوم، والمساعدة في الأنشطة اليومية. تتوفر أيضا خدمات إعادة التأهيل ، مثل العلاج الطبيعي والوظيفى وعلاج النطق. (NIA,2023) إنها بمثابة منزل إقامة دائمة للفرد (إقامة طويلة الأجل) بمتوسط مدة إقامة لا تقل عن عام. يلتحق بها الأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية تمريضية دائمة.

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

(Boggatz,2020:177-179)

٢,١,٢ منشآت التمريض المتخصصة Skilled Nursing Facilities (SNF)

المرافق التي تقدم خدمات الإقامة القصيرة أو الرعاية اللاحقة للرعاية الحادة (Post Acute Care) لأولئك الذين يحتاجون إلى رعاية متخصصة مستمرة أو إعادة تأهيل لفترة قصيرة، عادةً ما بين ١ و ٩٠ يوماً، بعد الإقامة في المستشفى. توفر الرعاية التمريضية على مدار الساعة والخدمات المتخصصة الأخرى مثل علاج النطق والعلاج الطبيعي. احياناً تشمل دور المسنين أو المستشفيات على برامج SNF ، لكنها تختلف عن دور رعاية المسنين التقليدي. إنهم يقدمون رعاية صحية ماهرة بدلاً من الرعاية الاحتجازية. يوفر تقليدياً العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق والرعاية التمريضية الماهرة وغيرها من الخدمات. (Rowles&Teaster:2016:304,464)

٣,١,٢ دور الرعاية والإقامة Board and Care Homes

هى مرافق سكنية صغيرة الحجم، تسمى أيضا مرافق الرعاية السكنية أو المنازل الجماعية. عادةً ما تضم هذه المرافق ٢٠ مقيماً أو أقل. قد تكون الغرف خاصة أو مشتركة. يحصل المقيمين على العناية الشخصية والوجبات ، ويتوفر الموظفون على مدار الساعة. عادة لا يتم توفير الرعاية التمريضية والطبية في المنزل. (NIA,2023)

٤,١,٢ مرافق المعيشة المدعومة Assisted Living Facilities (ALF)

هى مرافق سكنية مخصصة للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في الرعاية اليومية ، ولكن ليس بنفس القدر من المساعدة التي توفرها دار رعاية المسنين. يتراوح حجم مرافق المعيشة المدعومة من ٢٥ مقيماً إلى ١٠٠ أو أكثر. عادةً، يتم تقديم مستويات أساسية وبسيطة من الرعاية الشخصية والصحية، ويدفع السكان أكثر إذا احتاجوا إلى خدمات إضافية أو رعاية خاصة. عادةً ما يعيش سكان المعيشة المدعومة في شققهم أو غرفهم الخاصة ويتشاركون المناطق المشتركة. يتم توفير الخدمات مثل: ثلاث وجبات في اليوم، المساعدة في العناية الشخصية، المساعدة في الأدوية والتدبير المنزلي والغسيل، بالإضافة إلى توافر الإشراف على مدار ٢٤ ساعة والأمن والموظفين في الموقع. يوجد العديد من برامج الأنشطة الاجتماعية والترفيهية. بعض مرافق المعيشة المدعومة هي جزء من منظمة أكبر تقدم أيضاً مستويات أخرى من الرعاية. على سبيل المثال ، مجتمعات التقاعد للرعاية المستمرة .(NIA,2023)

٥,١,٢ منشآت مجتمعات التقاعد للرعاية المستمرة

Continuing Care Retirement Communities (CCRCs)

تقدم هذه المرافق السكنية، التي تسمى أيضا life care communities ، مستويات مختلفة من الخدمة في مكان واحد. يتوفر فيها مساكن مستقلة (في المنازل أو الشقق) ، ومرافق المعيشة المدعومة، والرعاية التمريضية المتخصصة ، كل ذلك داخل حرم واحد يسمى مجتمع التقاعد. يتم توفير خدمات الرعاية الصحية ، بالإضافة إلى عدة برامج متنوعة ترفيهية. في CCRC. يعتمد المكان الذي تعيش فيه على مستوى الخدمة التي تحتاجها. ينتقل الأشخاص الذين لم يعودوا قادرين على العيش بشكل مستقل من المساكن المستقلة إلى مرفق المعيشة المدعومة أو يتلقون أحياناً الرعاية المنزلية في وحدة المعيشة المستقلة الخاصة بهم. عند تدنى الحالة الصحية و الأحتياج إلى رعاية تمريضية بشكل دورى، يمكنهم دخول دار رعاية المسنين داخل الحرم. هكذا ينتقل المقيم بين مختلف مستويات الرعاية دون الحاجة إلى الخروج من المجتمع الذى تعود عليه. (NIA,2023)

٢,٢ العمارة الداخلية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد

The Interior Architecture of Long-Term Care Facilities

من منظور التصميم الداخلي والتخطيط المعماري ، نجد أن جميع أنواع مرافق الرعاية طويلة الأجل لديها بعض أوجه التشابه ولكن لديها أيضا اختلافات واضحة. تركز كل هذه المرافق على إنشاء مساحات وظيفية تدعم الرفاهية الجسدية والاجتماعية والعاطفية للمقيمين.تشمل عناصر التصميم الشائعة الفئات الأساسية للحيزات الداخلية من:المنطقة الخاصة – المنطقة العامة – المنطقة الخدمية -المنطقة الإدارية. تظهر الأختلافات الواضحة بناءً على مستوى الرعاية وحجم المنشآة ومرونة التصميم لإستيعاب احتياجات المقيمين المختلفة.

- في دور رعاية المسنين ومنشآت التمريض المتخصصة، عادة ما تكون غرف المقيمين مزدوجة أومشتركة، مع بعض الغرف الخاصة لأولئك الذين يحتاجون إلى عناية مركزة. تحتوي هذه المرافق على محطات تمريض مركزية للإشراف المستمر، وتشمل مساحات خدمتها التخزين الطبي وغرف الغسيل. يوجد مساحات مشتركة، و مساحات للأنشطة و لكن

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

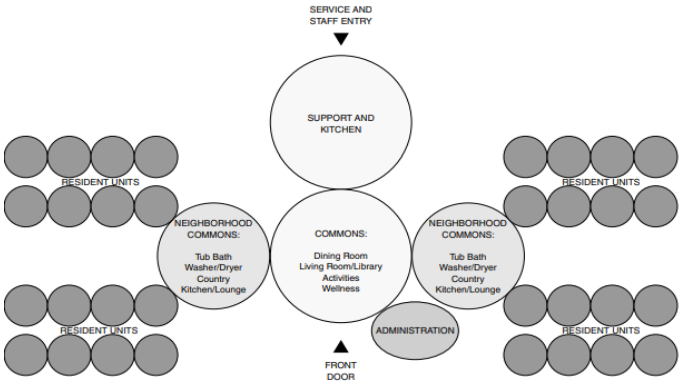
عادةً لا تكون بتعدد و رفاهية نظيرها فى مرافق المعيشة المساعدة وCCRCs . عادةً ما تحتوي دور رعاية المسنين و منشآت التمريض المتخصصة على مناطق أكثر تخصصاً مثل غرف العلاج ومحطات التمريض بسبب احتياجات الرعاية العالية، مع التخطيطات التي تؤكد على إمكانية التحرك بسهولة و الوصول السريع للمعدات الطبية.

- تحتوي دور الرعاية الإقامة على غرف خاصة منفردة صغيرة الحجم ، ومساحات مشتركة محدودة غالباً ما تكون محصورة فى غرفة المعيشة و غرفة المائدة، مما يوفر بيئة أكثر شبها بالمنزل. يقيم فيها عدد قليل من الأفراد، و تكون مخططات الطوابق بها أبسط، مع عدد أقل من محطات الخدمة والممرضات ، حيث أن احتياجات الرعاية أقل كثافة.
- توفر مرافق المعيشة المدعومة غرف خاصة منفردة، مما يعزز قدراً أكبر من الاستقلالية للمقيمين. توفر الغرف المزدوجة عند الطلب ايضاً. لديها مساحات مشتركة أكبر لتناول الطعام والاستجمام ومناطق أكثر للتنشئة الاجتماعية. المناطق الإدارية صغيرة ولكنها مركزية،وتركز على تنسيق الرعاية.
- تقدم CCRCs أكبر قدر من التنوع ، مع شقق معيشة مستقلة وغرف معيشة مدعومة ومرافق التمريض المتخصص. تحتوي هذه المرافق على مساحات عامة واسعة ، بما في ذلك مناطق تناول الطعام ومراكز اللياقة البدنية والغرف الاجتماعية. تنتشر مساحات الخدمة عبر مستويات الرعاية المختلفة ، وتقع محطات التمريض في موقع استراتيجي في مناطق الرعاية المكثفة. تصميم مجتمعات ال CCRCs هو أكثر تعقيداً، بسبب تعدد مستويات الرعاية ، بينما تميل أنواع المرافق الأخرى إلى أن يكون لها تخطيطات أبسط تركز على احتياجات رعاية محددة.

(Perkins Eastman,2013:153)

شكل٢،مخطط أفقى يوضح التقسيم العام لحيزات مرافق الرعاية. (Perkins Eastman,2013:65)

شكل٣، الحيزات الداخلية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد. (الباحثة،٢٠٢٥)



شكل٤، رسم تخطيطي تصورى لمختلف المناطق داخل مرافق الرعاية. (Perkins Eastman,2013:153)

٣. جودة الحياة Quality of life

يقول عالم النفس مورتيمر باول لوتون، بأنه لا يوجد "معيار ذهبي" لقياس جودة الحياة ، وأن تقييم جودة الحياة يجب أن يأخذ

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

في الاعتبار النواحى الذاتية والموضوعية من مصادر متعددة. حيث توفر المقاييس ومصادر البيانات المختلفة وجهات نظر مختلفة حول جودة الحياة. اقترح لوتون، فى عام (١٩٩٤)، أربعة قطاعات عامة لقياس جودة الحياة: الرفاهية النفسية ، والكفاءة السلوكية ، والبيئة الموضوعية ، ونوعية الحياة المتصورة. عززت هذه الورقة البحثية وغيرها من أبحاث لوتون فكرة أن نوعية الحياة لها عنصر موضوعي (ما يختبره الشخص ويفعله) وعنصر شخصي (كيف يشعر الشخص حيال ذلك). فاستنتج فى النهاية إلى أن جودة الحياة يمكن تقييمها بشكل أفضل من وجهات نظر متعددة. وصف الباحث بينيت، فى عام (١٩٨٠)، "جودة الحياة فى الرعاية طويلة الأمد" من حيث تلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية. فتضمنت بالنسبة له على احتياجات الإنسان الفسيولوجية، والسلامة والأمن، والاجتماعية، واحترام الذات، والشعور بالإنجاز (Sloane et al.,2005:37-38).

١,٣ جودة الحياة مقابل جودة الرعاية Quality of Care vs Quality of Life

في العقود الأخيرة ، تحول التركيز تدريجياً فى مجال الرعاية طويلة الأجل من كيفية تقديم الرعاية (عملية الرعاية) إلى كيفية تأثير الرعاية على المقيمين (نتائج الرعاية). رافق هذا التحول الاعتراف بأن محور اهتمامنا لا ينبغي أن يكون جودة الرعاية Quality of care التي تقدمها المنشأة فقط، بل ونوعية الحياة Quality of life التي يحققها سكانها (Chen et al.,2024:1-3) . يؤكد عالم النفس لوتون أن جودة الحياة بدلاً من جودة الرعاية يجب أن تكون محور التركيز الأساسي في الرعاية طويلة الأجل. فيجب أن يكون مصطلح "جودة الرعاية" مقتصراً للإشارة إلى الوظائف التي تساهم في الحفاظ على بيئة النظافة، وتلبية الاحتياجات الجسدية، وعلاج الأمراض الجسدية وآثارها القدرة الوظيفية والعقلية ايضاً. في حين تشير جودة الحياة داخل المنشأة إلى جوانب الرعاية السكنية المرتبطة بالحالة الذاتية للمقيم، أي السمات الشخصية والاجتماعية والبيئية المرتبطة بالحالة الذاتية للمقيمين(Noelker&Harel,2001:142-143) . تعد جودة الحياة جزءاً أساسياً من تجربتنا اليومية، ويشعر بها الجميع بطريقتهم الخاصة. لتحقيقها حقاً، نحتاج إلى التركيز على الفرد واحتياجاته الشخصية و اتباع نهج يرتكز على الشخص Person-Centered Approach. لا يمكن لمقدمي الرعاية تحديد نوعية حياة الشخص منذ البداية أو قياسها بناء على معاييرهم الخاصة. يتعلق الأمر بما يشعر به الشخص ويحتاجه (Boggatz,2020:21).

٤. حركة التحول الثقافي The Culture Change Movement

يشهد العالم الأبتعاد المتزايد لمرافق الرعاية طويلة الأمد عن النموذج التقليدي للرعاية الذى يتصف بأنه نهج طبي مؤسسى، نتيجة التأثر بحركة التغيير الثقافى، وهي حركة تتبنى نهجاً يركز على الشخص أو موجه للشخص على قدر الإمكان، حيث يتم مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات بشأن رعايتهم. تتضمن هذه الفلسفة الاعتراف بإنسانية كل إنسان personhood، وتعظيم الاستقلالية والاختيار، والاهتمام بتنمية العلاقات وبناء الثقة بين مختلف الأطراف. في الأماكن التي يتم فيها تقديم الرعاية على المدى القصير، قد يكون التحكم في حياة المريض منطقياً بعض الشيء. تتطلب الحالات الصحية الحرجة إدارة مكثفة، في ظل هذه الظروف ، نتنازل عن درجة معينة من حقنا في تقرير المصير على أمل التحسن والعودة إلى حياتنا في المجتمع. لكن الخطأ والغير أدمى، هو تطبيق نفس نموذج الرعاية هذا داخل بيئة لا تناسبه، فيعانى متلقي الرعاية من فقدان للسيطرة على حياتهم بشكل مستمر. فعلى عكس أولئك الذين يتلقون الرعاية الطبية أو التمريضية في المستشفيات، فإن المقيمين في مرافق الرعاية طويلة الأمد، ليسوا "مرضى" Patients بل إنهم "مقيمون" Residents، والأنسب أن يتم وصفهم على أنهم "أعضاء في مجتمع" "members of a community (Chen et al.,2024:1-3).

بسبب هذه الفلسفات، بدأت حركة التغيير الثقافى فى مجال الرعاية طويلة الأمد، بهدف إلغاء الطابع المؤسسي واستبداله بالطابع الفردي على الرعاية. بدأت حركة التحول الثقافى عندما قامت لجنة من خبراء الرعاية طويلة الأمد التي جمعها " *التحالف الوطني للمواطنين لإصلاح دور رعاية المسنين فى الولايات المتحدة* " ، عام (١٩٩٧)، بالإجتماع في روتشستر ، نيويورك ، مع ٢٨ خبراء أخرين من مجالات التنظيم والقانون و إدارة دور رعاية المسنين (الإداريون،الممرضون،الأخصائيون الاجتماعيون). لعمل وثيقة توضح بالتفصيل الإرشادات التي يعتقدون أنها تحقق إصلاح حقيقى لدور رعاية المسنين فى الولايات المتحدة. بعد ذلك ، ظهرت حركة التغيير الثقافي ، و تشكلت أحد أبرز المنظمات غير الربحية الأمريكية ، الا وهى " The Pioneer Network" التى تخصصت فى تغيير ثقافة الرعاية طويلةالأجل. (Noelker&Harel,2001:185-186) شملت هذه الإرشادات :

- الرعاية المتمحورة حول الفرد: إعطاء الأولوية للرعاية الفردية التي تحترم تفضيلات واحتياجات كل مقيم.
- التحول الثقافي: التحول من نموذج طبى مؤسسي إلى نموذج يعامل السكان كأفراد ويعزز العلاقات.
- تطوير القيادة: تشجيع القيادة القوية على جميع المستويات لتعزيز التغيير الإيجابي في ممارسات الرعاية.

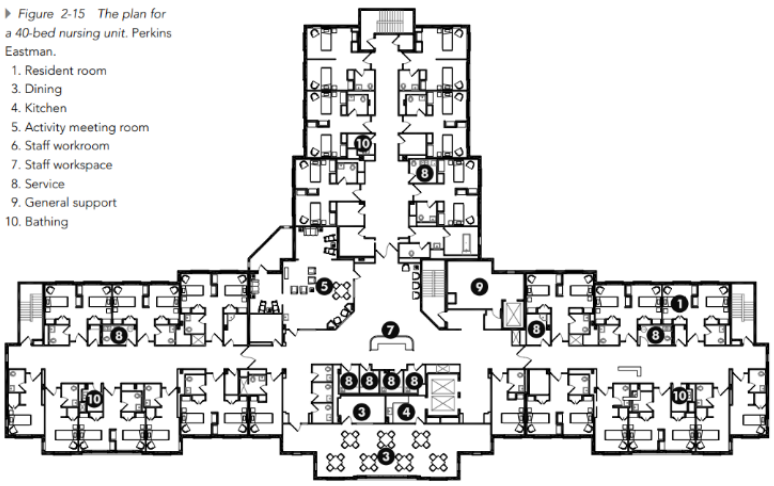
حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

- مشاركة الأسرة والمجتمع: إشراك العائلات والمجتمعات كمشاركين نشطين في عملية الرعاية.
- التغيرات البيئية: تعديل البيئة المادية المحيطة لتعزيز الاستقلال والرفاهية، مثل تصميم حيزات ذو طابع منزلى لخلق بيئة تشعر المقيمين بداخلها بالراحة.
- تمكين الموظفين: دعم الموظفين بالتعليم والتدريب والموارد لخلق بيئة رعاية أكثر تعاوناً ودعماً.
- العلاقات بين المقيمين والموظفين: تعزيزعلاقات قوية وبناء الثقة بين متلقي الرعاية والموظفين. (Noelker&Harel,2001: 187-193)

٥. مقارنة لأبرز سمات العمارة الداخلية لمرافق الرعاية طويلة الأمد ما قبل و بعد "حركة التحول الثقافى"
Comparison of The Most Prominent Features of The Interior Architecture of Long-Term Care Facilities Before and After The "Cultural Change Movement"

تأثير حركة "التحول الثقافي" على العمارة الداخلية لمرافق الرعاية طويلة الأمد	
النموذج التقليدى	النموذج الحديث
النهج التصميمى	
تم تحديد خصائص البيئة المادية لمرافق الرعاية طويلة الأجل وفقاً للنظام الأكثر كفاءة لتقديم الرعاية. فكان الاهتمام الرئيسي هو الاحتياجات الأساسية والطبية لمتلقي الرعاية.	الهدف الرئيسي هو خلق بيئة ذو طابع منزلي، توفر خصوصية للمقيمين، ويتم فيها تجاوز الحد الأدنى للكود في التصميم، وتساهم في تحسين جودة حياة متلقي الرعاية. العمارة الداخلية للمنشأة لها دورمهم فى تحقيق نموذج " الرعاية المتمركزة على الفرد"، حيث يمكن للبيئة المبنية أن تدعم الرعاية الموجهة للشخص.
الشكل المعماري للبناء	
- سابقاً، تصميم مرافق الرعاية كان يتمحور حول المركزية. فكان الطابق يتضمن غرف نوم مشتركة (٢ إلى ٤ مقيمين لكل غرفة) مصطفة على طول ممر مستقيم طويل يشتمل على غرف نوم المقيمين على كلا الجانبين. كانت تلك الممرات تنتهي بمحطة ممرضات مركزية central nurse station و عادة تقع الغرفة المعيشية النهارية في الوجه المقابل لمحطة الممرضات. - كان المخطط الأفقي(plans) عادةً على شكل أحرف مثل: T، H، L، مما يعني أن موقع الحيزات الاجتماعية المشتركة كان في كثير من الأحيان غير مرئي بشكل مباشر للمقيمين من غرف نومهم. (Calkins,2009:145-154)	- تم تغيير شكل المخطط بشكل جذري، وأصبح المعيار هو تحقيق اللامركزية. فصممت غرف المقيمين على شكل مجموعات(clusters) ، بدلاً من الأجنحة التقليدية الشبيهة بالمستشفيات. حيث يتم تقسيم المرافق إلى عدد من الوحدات المصغرة تسمى " households" أو" clusters "، وتدعم كل وحدة بحد أقصى 15 مقيماً بشكل مستقل (ADHA,٢٠٢٣:40) . - تم استخدام مصطلحات مختلفة لوصف هذه التكوينات ، بما في ذلك الكبسولات pods ، والمجموعات clusters ، والأسرالمعيشية households ، والأحياء neighbourhoods . - المساحات المشتركة صممت لتكون قريبة من غرف نوم المقيمين، وفي بعض التصاميم، جميع غرف المقيمين تفتح على منطقة اجتماعية كبيرة، تحتوي على غرفة الطعام ومساحات الأنشطة، على عكس ما كان وارد سابقاً من وجودها في مكان آخر بعيد في المنشأة. بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يكون المطبخ وغرفة المعيشة المنزلية مفتوحين على محطة الممرضات nurse station، مما يجعلها وحدة متكاملة. - وجدت الدراسات ارتباط هذه الوحدات المصغرة بقدرة استدلالية و توجيه مكانى أفضل للمقيمين، مقارنة بالتصميم التقليدى ذو الوحدات الكبيرة المركزية. حيث عندما تكون المساحات الاجتماعية مشتركة للمبنى بأكمله و تخدم جميع المقيمين فى المنشأة، تزيد المسافة بينها و بين غرف النوم المقيمين. مما بدوره يؤدى إلى زيادة صعوبة عثور المقيمين لتلك المساحات و استغلالها. هذه النتيجة ليست مفاجئة، لأنه من الأسهل العثور على موقع يمكن رؤيته بسهولة، من الموقع الغير مرئي بشكل مباشر . (Calkins,2009:145-154)

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS



شكل ٥: نموذج للتصميم التقليدى للمخطط الأفقى لمرافق الرعاية طويلة الأمد. (Perkins Eastman ,2013:36)

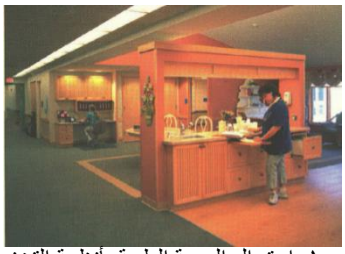
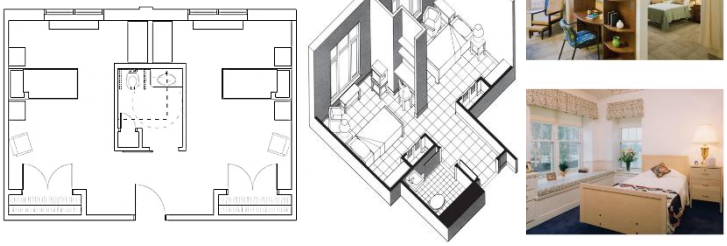
شكل ٦: نموذج للتصميم المعاصر للمخطط الأفقى لمرافق الرعاية طويلة الأمد. (NSW,2023:55)

حجم المنشأة	
تمتلك معظم الدول أكواد معمارية تحدد الحد الأدنى للمساحة الإجمالية، ولكن هذه الحدود غالباً ما تكون صغيرة جداً. هناك مرافق قديمة إجمالي المساحة بالقدم المربع للمنشأة أقل من ٥٠٠ GSF لكل مقيم. (PerkinsEastman,2013:34-35)	حالياً، يبلغ الحد الأدنى لحجم المنشأة الحديثة أكثر من ٧٠٠ GSF لكل مقيم، وفى المرافق عالية الجودة تتجاوز ٨٥٠-٩٠٠ GSF لكل مقيم. (Perkins Eastman,2013:34-35) GSF* Gross square feet / المساحة الإجمالية بالقدم المربع
حجم وحدات التمريض Nursing units	
كل وحدة تمريض تحتوي على ٤٠-٦٠ سريراً. الأكثر شيوعاً كان ٦٠ سريراً، حيث تم تحديد هذا الرقم لتحقيق أقصى استفادة وكفاءة وظيفية. (Perkins Eastman,2013:34-35)	حدث تحول جذرى فى حجم وحدات التمريض. فأصبح المعيار المعتمد هو تقليص حجم وحدة التمريض من ٦٠ سريراً إلى مجموعة من الوحدات الصغيرة تستوعب كلاً منها بحد أقصى١٥ مقيماً (ADHA,2023:40). وجدت الدراسات أن الوحدات الأصغر لها عدد من الفوائد الإيجابية مثل تعزيز الأداء الحركي، واستخدام أقل للمضادات الحيوية والمؤثرات العقلية، والمزيد من التنقل والتفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات وزيادة الشعور بالطاقة، وانخفاض اعراض القلق والحزن والاكتئاب. وجدت

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

	دراسات أخرى أن الموظفين في الوحدات الكبيرة يشعرون بمزيد من الضغط. فإن الوحدات الأصغر أقل إرهاقاً للموظفين، مما يسمح لهم بتفاعل أكبر وأفضل مع المقيمين، وبالتالي يحسن جودة حياتهم (ADHA,2023:40).
الحيزات الداخلية	
- كان تصميم الطوابق يتمحور حول محطة الممرضاتnurse station ، حيث كانت محطة الممرضات المركزية محاطة عادة بممرات طويلة من غرف المقيمين. عادة ما تقع الغرفة النهارية المركزية على الجانب الآخر من محطة الممرضات. المساحات المشتركة المركزية كانت في كثير من الأحيان بعيدة عن غرف المقيمين. - كانت برامج الأنشطة المتوفرة قليلة جداً وبالتالي لم تتطلب مساحة إضافية. في حالة توفر الأنشطة، لم تكن فردية ولا متنوعة ، وكلها تقام في غرفة معيشة مشتركة. (Perkins Eastman,2013:34-35) - افتقرت الوحدات المعيشية إلى المطابخ الصغيرة ، فلم يستطع المقيمين أو الزائرين إعداد الوجبات البسيطة. - الغرف الخدمية بعيدة عن غرف المقيمين. نتيجة لذلك، يجب على الموظفين القيام برحلات طويلة للوصول إليها، وتتراكم عربات الأقمشة المتسخة في الممرات، مما يخلق بيئة ذو طابع مؤسسي. (Perkins Eastman,2013:299-303)	- فى المرافق المعاصرة، يقسم الطابق الكبير إلى عدة وحدات صغيرة (مجموعات)، تشتمل كل وحدة صغير على (محطة ممرضات للموظفين، ومخازن صغيرة مجاورة، وغرف خدمة) و بذلك تكون كل وحدة مستقلة بذاتها و تخدم عدد قليل من متلقي الرعاية. - يتم تصميم كل مجموعة بطابع منزلى سكنى، حيث يتم التصميم بالتدرج المعتاد فى الحيزات السكنية من المساحات الخاصة والمساحات شبه العامة و المساحات العامة. - تم تقصير المسافات بين المناطق الأساسية داخل المنشأة، من غرف المقيمين، ومناطق الأنشطة اليومية الرئيسية (غرف المائدة وغرف المعيشة)، ومحطة الممرضات، والغرف العامة ومرافق الدعم. كذلك تم إنشاء عدة أماكن استراحة في الممرات وبالقرب من المصاعد. - فى المرافق المعاصرة، تتضمن كل مجموعة على مطبخ مفتوح أيضاً (ADHA,2023:44-49). شكل٧: استخدام المطبخ المفتوح داخل كل وحدة في مرافق الرعاية. (PerkinsEastman,2013:271) شكل٨:غرفةالمعيشة الغيرمؤسسية (Perkins Eastman,2013:282)
الطابع التصميمى	
- اتصفت المرافق قديماً بأنها ذو طابع مؤسسي، باردة وغيرجذابة للمقيمين المحتملين وعائلاتهم. - ضوء طبيعي قليل أو معدوم. - خامات التشطيب: عادةً احتوت غرف المائدة والأنشطة والممرات على أرضيات من بلاط الفينيل المركب اللامع، وأسقف معلقة من بلاط صوتي مقاس ٢ × ٤ بوصة مع أنظمة إضاءة فلورسنت غير مزودة بالغطاء. - كانت محطة الممرضات عادةً منعزلة و مغلقة عما حولها بفواصل	- تتصف المرافق المعاصرة بأنها ذو طابع منزلى، دافئة وجذابة للمقيمين المحتملين وعائلاتهم. - خامات التشطيب: يتم استخدام خامات ذو طابع منزلي، مما يعني عناصر مثل الخشب أو الأغطية المنجدة والحد من استخدام المعادن أو البلاستيك. - الألوان: يتصف الطابع "المؤسسي" بالرتابة والأحادية، وبالتالي فإن الغير مؤسسي ملون وذو أنماط. بالتالى يجب تجنب تضمين العديد من الجدران البيضاء لأنها تضيف إلى الإحساس المؤسسي وتخلق أسطح اكثر قابلية للوهج . - الأثاث: يتم توفير أثاث سكنى. يتم ايضاً تشجيع المقيمين فى مرافق الرعاية، على إدراج ممتلكاتهم وأثاثهم الخاص. في مرافق المعيشة المدعومة على وجه الخصوص، غالباً ما يتم تشجيع المقيمين على توفير معظم، إن لم يكن كل، الأثاث في غرف نومهم أو شققهم. يتم استيعاب

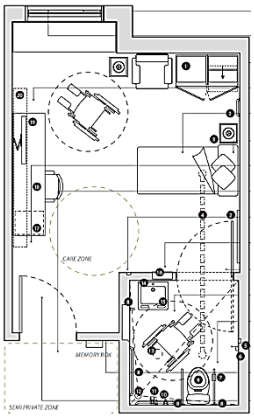
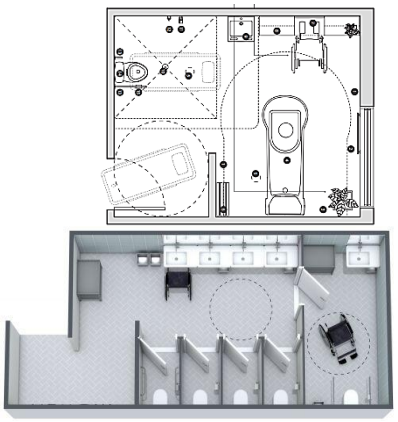
حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

عالية أو مكاتب عالية بارتفاع ٣٦ بوصة شبيهة بمثيلها فى المستشفيات، و التي كانت تعزل مقدمي الرعاية عن متلقي الرعاية المقيدين بالكراسي المتحركة. (Calkins,2009:145-154)	رغبات المقيمين في الاحتفاظ بأثاثهم من خلال تصميم تخطيطات للطوابق مرنة، تسمح لإقامة مختلف التعديلات (ADHA,2023:12-13). - استبعاد محطة الممرضات Nurse Station التقليدية، و تم استبدالها بمساحات العمل اللامركزية العبارة عن عدد من المكاتب أو التجاويف الصغيرة الموزعة في مختلف أنحاء الوحدات المصغرة أو قد تكون مدمجة مع منطقة المطبخ. - استبعاد العربة الطبية Med Cart، وتم تصميم البدائل مثل أنظمة تخزين الأدوية التي تبدو وكأنها أثاث. (Calkins,2011:40-45) وجدت دراسات عالمة النفس مارجريت كالكينز أن البيئات غير المؤسسية التي تتميز بأنها تتمتع بأجواء منزلية ترتبط بعدد من النتائج الإيجابية، بما في ذلك تحسين الرفاهية الفكرية والعاطفية، وتعزيز التفاعل الاجتماعي، والحد من العدوان، وتقليل التعدي على ممتلكات الغير، وخفض محاولات الهروب، وتحسين القدرة الوظيفية والأداء الحركي، وخفض استخدام الأدوية المهدئة واعراض القلق (Calkins,2003:77-78).
نماذج من التعديلات الحديثة في الطابع التصميمي لمرافق الرعاية طويلة الأمد: شكل٩: صورة لقاعة الاستقبال والردهة في مركز رعاية في قرية القوات الجوية، تكساس، أمريكا، قبل وبعد اعادة تصميمها وتطويرها. (Perkins Eastman, 2013: 302)  شكل١٠: استبدال العربة الطبية بأنظمة التخزين التي تبدو كالأثاث، واستبدال محطة الممرضات التقليدية بمساحات العمل اللامركزية. (Calkins,2011:40-45)	
الخصوصية	
- سابقاً، كانت جميع غرف المقيمين مشتركة، فيتشارك شخصين أو أربعة أوحتى ثمانية أفراد في نفس الغرفة. - مرافق الاستحمام كانت مشتركة. - مساحة التخزين الشخصية غيركافية، مع عدم تواجد مساحات مغلقة أمنة يمكن الوصول إليها لحفظ الممتلكات الثمينة. (Perkins Eastmanm,2013:34)	- تم استبعاد الغرف المشتركة والاستحمام الجماعي وانعدام الخصوصية في الأماكن العامة. أصبحت الغرف الفردية هي القاعدة. يتم توفير خيار الغرف المشتركة عند الطلب فقط. - تشتمل كل غرفة نوم على مساحة تخزين شخصية كافية، بالإضافة إلى مطبخ صغير للوجبات الخفيفة. الالتزام بتصميم الغرف وأبعادها لتلائم ذوي الهمم (ADHA,2023:50-55).  شكل١١: نماذج للغرف الفردية والمشتركة.(Perkins Eastman,2013:302)

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

غرفة المائدة	
غرف المائدة كانت غرف ذات طابع مؤسسي، كبيرة ومركزية ومتعددة الأغراض، تقع داخل وحدة التمريض أو في موقع مركزي اخر داخل المنشأة. نتيجة لذلك، لا يستمتع السكان بتناول الطعام ولا يأكلون بشكل كافي. علاوة على ذلك وجب على الموظفين قضاء الكثير من الوقت في نقل المقيمين من وإلى غرفهم. (Perkins Eastman,2013: 34-35)	- تصميم غرف طعام صغيرة الحجم على الطراز العائلي، حيث أظهرت الدراسات تأثيرها الإيجابى مثل: زيادة الشهية والتفاعل الاجتماعي والحد من أعراض القلق، خاصاً مع مرضى الخرف. بالإضافة إلى التأثير المباشر على المقيمين.على سبيل المثال، في غرفة طعام صغيرة شبيهة بالمنزل بها عدد أقل من الأفراد، قد يكون الموظفون أكثر استعداداً وقدرة على رعاية الأفراد بطريقة أفضل ومرتكزة على الفرد. - الأخذ فى الاعتبار، انجذاب المقيمين إلى غرفة الطعام على انها مركز اجتماعي. حيث أن هذه اللقاءات غير الرسمية التي يتم توفيرها من خلال المساحة الاجتماعية في غرفة الطعام لها تأثير على حالتهم النفسية وشعورهم بالانتماء. (ADHA,2023:46-47). - الألتزام بتصميم الحيزات وأبعادها لتكون ملائمة لذوى الهمم. - استبعاد العوامل المسببة للإزعاج و التوتر فى غرف الطعام مثل: الإضاءة المركزة والوهج والضوضاء، مع الاهتمام بتوفير مقدار كافي من الضوء الطبيعي. - توفير مجموعة متنوعة من خيارات الجلوس، مع أنماط واحجام مختلفة من الكراسي والطاولات. لخلق حيزات تناسب مختلف الأفراد. كما أن بهذا يتم تقسيم مساحة كبيرة لتناول الطعام إلى مساحات أصغر وأكثر خصوصية. (Perkins Eastman,2013:34-35)
نماذج من التعديلات الحديثة في غرفة المائدة لمرافق الرعاية طويلة الأمد:	
شكل١٢: صورة لغرفة الطعام في مركز رعاية في أريزونا، أمريكا، قبل وبعد اعادة تصميمها وتطويرها (Perkins Eastman,2013:300)	شكل١٣: تقسيم غرفة الطعام الكبيرة لعدة وحدات صغيرة (Perkins Eastman,2013:300)
الحمامات	
- سابقاً، كانت الحمامات تخدم جميع المقيمين في غرف النوم المشتركة التي تراوحت اعدادهم من ٢-٦ أفراد. بالإضافة إلى كونها احياناً مشتركة بين غرفتى نوم أو أكثر. - غالباً ما كانت الحمامات القديمة صغيرة جداً، مع مساحة كافية بالكاد للمرحاض والمغسلة وعدم وجود مساحة اضافية لأجهزة التنقل الخاصة بالمقيمين. - تطلب ADA ، الذي تم تمريره في عام ١٩٩٠ ، حمامات أكبر، مع حد أدنى للحركة 25 inch radius . أوصت ADA أيضا بوضع المرحاض على بعد ١٨ بوصة من	- حالياً، الحمام فى غرفة المقيم يخدم فرد أو فردين بحد أقصى. من المتوقع من مرافق الرعاية الحالية، ليس فقط اتباع المعايير الأدنى عند تصميم الحمامات، بل تجاوزها من أجل راحة المقيمين. - الألتزام بتصميم الحمامات وأبعادها لتكون ملائمة لذوى الهمم. -على نحو متزايد ، ادراج غرف الاستحمام الأوروبية European showers rooms ، التى تعمل فيها الغرفة بأكملها كغرفة رطبة wet room. (Calkins,2011:40-45) -تسمح الولايات الآن بقضبان الإمساك القابلة للطي بجوار المرحاض، مما يجعلها فى متناول المقيمين و ايضاً يسمح بوضع المرحاض بعيداً عن الحائط ، مما يوفر مساحة أكبرلحركة الممرضات.

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

الجدار الجانبي لجعل قضيب الإمساك سهل الوصول اليه. مع ذلك ، غالبا ما يكون هذا التصميم ضيقاً جداً بالنسبة للموظفين الذين يساعدون المقيمين، مما يزيد من خطر الإصابة بإصابات العضلات والعظام. - حمامات المقيمين كان لها طابع مؤسسي ولا يمكن الوصول إليها بسهولة لذوي الاحتياجات الخاصة. افتقر الكثير منها إلى حوض كونترتوب مع مساحة للمناشف ومستلزمات النظافة. - كانت إضاءة الحمامات سيئة جداً، فأحياناً تصل إلى ١foot-candle (المستوى النموذجي إلى-50 foot candle). مما ادى الى الكثير من حالات السقوط ليلاً حين يستيقظ المقيمين للذهاب إلى الحمام. (Calkins,2011:40-45)	 شكل١٤: الحمام الأوروبى (Calkins,2011:40-45)  شكل١٥: الحمام الشخصي (FGI,2018:79)  شكل١٦: غرفة الاستحمام والحمامات العامة (FGI,2018:90)
مكملات العمارة الداخلية	
- كانت أنظمة التدفئة والتهوية والتكييف قديمة وتصدر اصوات عالية مزعجة، مع مرشحات متسخة، وبدون أدوات تحكم يمكن للمقيمن الوصول إليها. - أنظمة إنذار الدخان والحريق وأنظمة الطوارئ قديمة ومربكة للمقيمين المصابين بالخرف. - أنظمة نداء Paging systems قديمة و مزعجة. (Perkins Eastman,2013: 77-78)	- استخدام أنظمة حديثة وغير عالية الصوت. - توفير أدوات التحكم الفردي لأنظمة الإضاءة والحرارة. - توظيف أدوات الحد من الضوضاء. - استخدام مصاعد سقف خلق بيئة تعزز القدرة الجسدية عن طريق تطبيق مبادئ التصميم الشامل Universal design، مثل: -استخدام أثاث ملائم وسهل الاستخدام لكبار السن. - تزويد الأجهزة الكهربائية بأضواء لتذكير الأشخاص بأنهم قيد التشغيل، مع إيقاف تشغيلها بشكل اتوماتيكى بعد وقت مبرمج مسبقاً. - استخدام أجهزة الاستشعار والتكنولوجيا لإستيعاب حاجة الفرد إلى مزيد من الوقت لأداء مهمة أو لتحذير الفرد أو الموظفين من المخاطر الوشيكة. - زيادة المدة المبرمجة للأجهزة التي تعمل بالوقت (أبواب المصاعد، المداخل الأوتوماتيكية) لإتاحة المزيد من الوقت لإكمال الأنشطة. (Perkins Eastman,2013: 6-12)
الحماية	
في الماضي، كانت طرق الحماية فى مرافق الرعاية طويلة الأجل مفرطة في السيطرة فغالباً ما شعرت تدابير السلامة وكأنها قيود تحد من استقلالية المقيمين وحريتهم. على سبيل المثال: غالباً ما كانت المناطق الخارجية مقفلة أو يتعذر على السكان الوصول إليها،	حالياً يتم توظيف طرق التأمين التى تحترم الفرد ولا تفرط السيطرة عليه، مثل: - الأسوار (التي يمكن إخفاؤها من خلال استخدام المناظر الطبيعية الجذابة) و الإضاءة الخارجية. - وضع لوح جدارية على الحائط فوق باب الخروج، حيث اثبتت الأبحاث فعاليتها في التقليل بشكل كبير من محاولة فتح المقيمين للباب. يجدر الإشارة إلى أن اللوحة الجدارية التي تخفي الباب غير مسموح بها بموجب

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

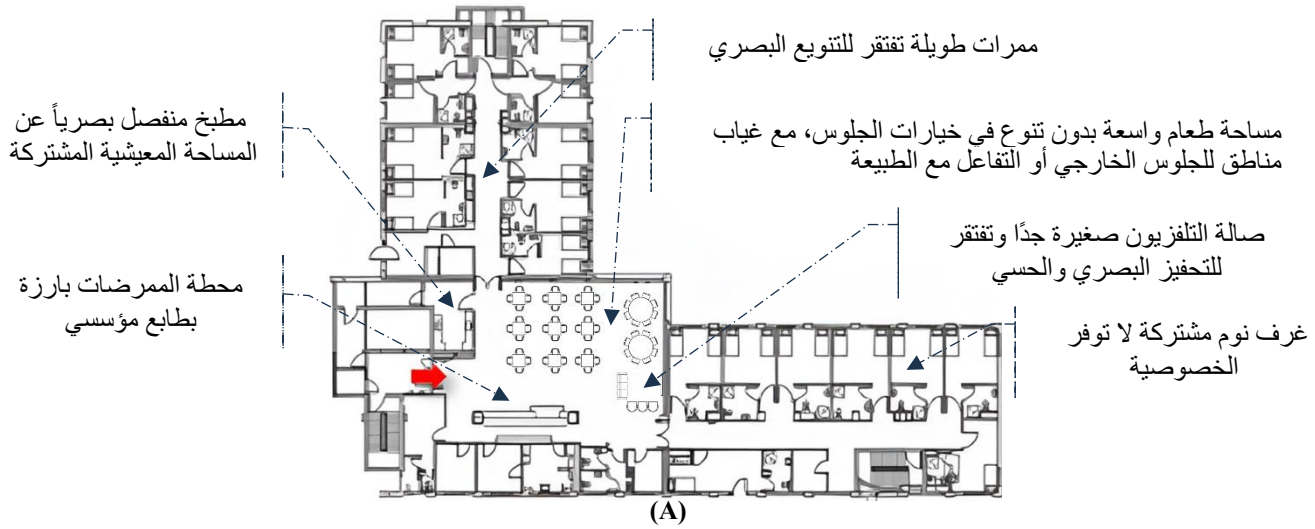
وغالباً ما يتم ترتيب الأثاث بطرق تثبط الحركة أو الاستقلالية مثل الكراسي التي تم تثبيتها في مكانها أو الممرات التي يصعب التنقل فيها والتي تقيد الحركة. كذلك احتوت بعض المرافق على نوافذ بها قضبان أو حواجز أخرى ، مما يحد من قدرة المقيمين على الرؤية الخارجية بحرية أو يمنحهم الشعور بأنهم محصورون. (Perkins Eastman,2013: 126-138)	لوائح مكافحة الحرائق في العديد من الولايات. - تجنب استخدام خامات التشطيب ذات الأنماط المعقدة والتباين العالي. حيث انها تسببت فى ارباك المقيمين، اعتبر بعضهم أنماط التباين العالي على الأرض كحاجز يجب تفاديه عند التنقل او حفر يمكن الوقوع فيها. - تدهن بعض المرافق إطارات الأبواب بلون واضح يتباين مع لون الحائط، بحيث تكون مداخل الحيزات أكثر وضوحاً. - تشمل التدخلات البيئية التي تم تجربتها واثبات فعاليتها في خفض حالات الإصابة: ترتيب الأثاث بشكل لا يتعارض مع مسارات الحركة، واستخدام مراتب الأرضية لتخفيف حدة السقوط، والمراتب المضادة للانزلاق، بالإضافة إلى تحسين الإضاءة خاصةً في الليل. (ADHA,2023:22-23). - تصميم مخطط أرضي مفتوح، حيث انه مثالي لمراقبة المقيمين من قبل الموظفين بطريقة غير مزعجة. -هناك العديد من التطورات التكنولوجية التي يمكن أن تسهل مراقبة المقيمين دون إزعاج، وتحديد متى يعبرون عتبة، أو يتجاوزون مسافة معينة من مراقب مركزي.
نماذج من التعديلات الحديثة في إعدادات الحماية لمرافق الرعاية طويلة الأمد: شكل١٧: استخدام القضبان والأبواب الملونة بلون واضح يتباين مع لون الحائط (FGI,2018:71) شكل١٨:مصاعد السقف (Perkins Eastman,2013: 251)	
الأرتباط بالطبيعة	
لم تعطي تصميمات مرافق الرعاية طويلة الأجل القديمة الأولوية للطبيعة أو الحدائق. على سبيل المثال، تكون المناطق الخارجية مغلق بسياج أو تفتقر إلى مناطق جلوس للمقيمين للاسترخاء والاستمتاع بالطبيعة. (Perkins Eastman,2013: 34-35)	- السماح بالوصول المباشر إلى المساحات الخارجية في الهواء الطلق. - استخدام الإضاءة الطبيعية قدر الإمكان، واستخدام النوافذ التي توفر للمقيمين طريحي الفراش إطلالات خارجية للمسطحات الخضراء. - توفير مناطق خارجية مغطاة ومحمية من الشمس والرياح والحشرات. - امكانية استخدام تقنية الواقع الافتراضي. في دراسة أجريت في السويد، شاهد فيها متلقي الرعاية مشاهد تحاكى الطبيعة. تم تحديد مشاهد الطبيعة كمصدر للتحفيز الإيجابي وتشتيت الانتباه عن الروتين اليومي لهم . (Perkins Eastman,2013: 34-35)
التصميم المستدام	
لم تركز مرافق الرعاية طويلة الأجل القديمة على الاستدامة. فقاموا بإستخدام مواد وتصميمات لم تكن موفرة للطاقة أو صديقة للبيئة. على سبيل المثال، تم الاعتماد بشكل كبير على مواد غير قابلة لإعادة التدوير، وأنظمة تدفئة وتبريد قديمة تهدر الطاقة. (Perkins Eastman,2013: 126-138)	زاد الأهتمام بشكل ملحوظ فى تصميم مرافق الرعاية المستدامة. التى تخفض تكاليف التشغيل على المدى الطويل، مع ميزات مثل الإضاءة الخارجية ذات الجهد المنخفض ، وأنظمة تسخين الماء بالطاقة الشمسية ، وأجهزة استشعار الإشغال التي تقوم تلقائياً بتشغيل وإطفاء الأضواء، والنباتات التي تتحمل الجفاف، والري بالمياه الرمادية، وبرنامج تبادل السيارات الجماعي لتقليل انبعاثات السيارات. (Perkins Eastman,2013: 126-138)

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

التفاعل الاجتماعي	
لم تعزز تصميمات مرافق الرعاية طويلة الأجل القديمة التفاعل الاجتماعي. كانت مخططات الطوابق معزولة ، مما يجعل من الصعب على للمقيمين التواصل مع بعضهم البعض والمشاركة في الأنشطة. على سبيل المثال، غالباً ما كانت الغرف منفصلة ومغلقة، وكانت المساحات المشتركة محدودة، وكانت هناك فرص قليلة للمقيمين للتجمع في مساحات مشتركة (ADHA,2023:38-41).	تشجيع التفاعل الاجتماعي، عن طريق: ▪ مخطط الطابق المفتوح، مع غرفة طعام ومساحات أنشطة رئيسية تقع بالقرب من غرف نوم المقيمين. يشجع هذا التصميم التفاعل الاجتماعي التلقائي بسبب خطوط الرؤية المباشرة بين غرف نوم المقيمين ومساحات الأنشطة. ▪ توفير حيزات اجتماعية متنوعة لدعم الاحتياجات المحددة لكل مقيم على حدة،و تصميم العديد من مناطق الأنشطة التى تسمح بكلاً من التفاعل الاجتماعي السلبي والنشط. عن طريق تنظيم أماكن الجلوس لتوفر إطلالات على الخارج، مما يوفر فرصاً لمراقبة النشاط في المنطقة المجاورة. ▪ تصميم مناطق متعددة الأغراض لتشجيع تفاعل المقيمين والموظفين مع بعضهم بعضاً. ▪ الاندماج في المجتمعات المحيطة. يسمح قرب مجتمعات التقاعد للرعاية المستمرة CCRCs للمدن الكبرى وما فيها من المرافق الثقافية والاجتماعية والترفيهية، على اتاحة الفرص للمقيمين المستقلين على التواصل مع المجتمع الأوسع المحيط.
التكنولوجيا	
تم استخدام التكنولوجيا كعنصر وظيفي بحت، دون اعتبار لتجربة المقيم أو الراحة النفسية. مثل الأجهزة الطبية والتقنيات التشغيلية من أنظمة المراقبة والأسّرة الطبية الذكية.	تم توظيف التكنولوجيا لدعم رفاهية المقيم، مثل الإضاءة الذكية، أنظمة الصوتيات التفاعلية، أنظمة التحكم الفردي بدرجة الحرارة والصوت، الستائر الأوتوماتيكية، الأرضيات الذكية لكشف حالات السقوط، الشاشات التفاعلية، كما تم دمج أنظمة الواقع الافتراضي للتحفيز الحسي.

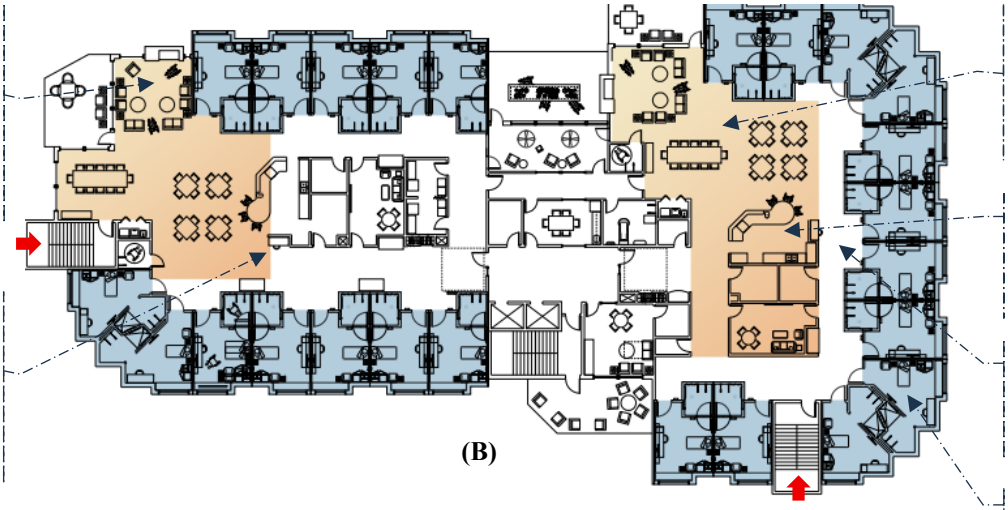
٦. أمثلة للعمارة الداخلية لمنشآت الرعاية طويلة الأمد ما قبل وبعد "حركة التحول الثقافي"

Examples of The Interior Architecture of Long-Term Care Facilities Before and After The "Cultural Change Movement"



شكل19: نموذج (A) تصميم تقليدي لمخطط أفقي لدور رعاية قبل حركة التحول الثقافي. (Rom et al., 2024:575)

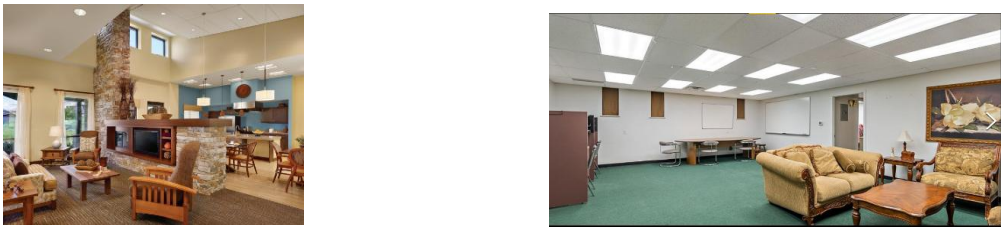
حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS



شكل20: نموذج (B) تصميم حديث لمخطط أفقي لدور رعاية بعد حركة التحول الثقافي. (FGI,2018:49)

(B) (A)

شكل٢١: التصميم التقليدي (A) مقابل التصميم الحديث (B) لمحطة الممرضات. (Perkins Eastman,2013:19,41)
نلاحظ حدوث تحول من المركزية والظهور البارز لمحطة الممرضات إلى اللامركزية والاندماج الخفي في التصميم.



(B) (A)

شكل٢٢: التصميم التقليدي(A) مقابل التصميم الحديث (B) لمنطقة المعيشة المشتركة. (Perkins Eastman,2013: 399)
نلاحظ حدوث تحول من غرف المعيشة المنعزلة والمحرومة حسيًا إلى مساحة مشتركة تشبه المنزل، بتصميم مفتوح يوفر تواصلًا بصريًا ووظيفيًا بين الأنشطة.

٧. النتائج

- للسمات البيئية المحيطة تأثير كبير على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد داخل مرافق الرعاية طويلة الأمد.
- تستطيع العمارة الداخلية دعم وتعزيز نموذج الرعاية "الرعاية المتمركزة على الفرد"، لتطبيقة بأعلى كفاءة ممكنة.
- أدى التحول إلى تصميمات داخلية أكثر احتراماً لإستقلالية ولحرية ولكرامة متلقي الرعاية، وتحترم التفضيلات الفردية للمقيمين، إلى تحسين الراحة والرفاهية الجسدية والعاطفية للمقيمين بشكل كبير من خلال خلق المزيد من البيئات المنزلية المريحة، بالإضافة إلى خلق حيزات تحفز مختلف الحواس وتشجع التفاعل.
- جعلت التغييرات المدروسة في التصميم، مثل مخططات المرافق الأكثر وضوحاً والمسارات التي يمكن الوصول إليها بسهولة والأبعاد المصممة لذوي الهمم، مرافق الرعاية أسهل على المقيمين للتنقل، نتيجة لزيادة قدرتهم على الاستدراك

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

المكانى، مما يعزز استقلاليتهم.

- تشجع المساحات المجتمعية المفتوحة على مزيد من التفاعل بين المقيمين، وتعزيز المشاركة الاجتماعية وتقليل الشعور بالعزلة.
- جعلت تغييرات التصميم الداخلي، مثل مساحات العمل الأفضل والمناطق الهادئة، الموظفين أكثر كفاءة ورضا عن بيئة عملهم. مما بدوره أدى إلى تحسين مستوى العناية المقدم للمقيمين.

٨. التوصيات

- يجب أن تتبنى المزيد من مرافق الرعاية طويلة الأمد تصميمات تسمح بمزيد من التعبير الشخصي في غرف المقيمين، بما في ذلك خيارات التخصيص لتعكس الأذواق الفردية.
- يلزم إنشاء المزيد من المساحات المرنة التى يمكن أن تتكيف مع الاحتياجات المختلفة ، مثل مناطق التواصل الاجتماعي أو الأنشطة أو التفكير الهادئ.
- يجب أن تعطي التصميمات المستقبلية الأولوية لإمكانية التحرك بسهولة، بما في ذلك اللافتات الواضحة والمساحات الصديقة للكراسي المتحركة والحمامات المصممة جيداً لدعم الأفراد ذوي القدرات الخاصة.
- يجب أن تتبنى المزيد من مرافق الرعاية طويلة الأمد تصميمات لا تكتفِ بالحد الأدنى من المواصفات والمعايير، بل تتجاوزها لتحقيق مستوى أعلى من الراحة والرفاهية للمقيمين في مرافق الرعاية.

٩. المراجع

Books:

Boggatz,T.(2020). *Quality of Life and Person-Centered Care for Older People*.Springer Nature.

Rowles,G., Teaster.,P.(2016). *Long -Term Care in an Aging Society Theory and Practice*. Springer.

Perkins Eastman. (2013). *Building Type Basics for Senior Living*. (2nd ed.). JohnWiley & Sons.

Noelker,L.& Harel,Z.(2001). *Linking Quality of Long-Term Care and Quality of Life*. Springer.

Journals from the Internet:

Rom, Y., Morag, I., Palgi, Y., & Isaacson, M. (2024). The Architectural Layout of Long-Term Care Units: Relationships between Support for Residents' Well-Being and for Caregivers' Burnout and Resilience. *International journal of environmental research and public health*, 21(5), 575. https://doi.org/10.3390/ijerph21050575

Chen, Y., Zhang, J., & Wang, C.(2024). Promoting Person-Centered Care for Older Adults: Development of the Long-Term Care Unit Environment Assessment Tool (LTCU-EAT). *Buildings*, 14(9), 2726. https://doi.org/10.3390/buildings14092726

Calkins,M.P.(2011).Ten senior living design innovations.*Long-Term Living:NewYork* .Vol(60)3. https://www.proquest.com/docview/857657744?sourcetype=Trade%20Journals

Calkins M. P. (2009). Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation*, 25(3), 145–154.https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0512

Sloane, P. D., Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Gill, K. S., & Preisser, J. S. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45 Spec No 1(1), 37–49. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.37

Calkins, M.P. (2003). Powell Lawton's Contributions to Long-Term Care Settings. *Journal of Housing For the Elderly*,17,67- 84. https://www.semanticscholar.org/paper/Powell-Lawton's-Contributions-to-Long-Term-Care-Calkins/2669e7fd3ba407649ad44f21fc2731f7db8af7c0

Webpages:

National Institute on Aging (NIA).(2023). *Long-Term Care Facilities: Assisted Living, Nursing Homes, and Other Residential Care*.Retrieved 12/1/2025 from: https://www.nia.nih.gov/health/assisted-living-and-nursing-homes/long-term-care-facilities-assisted-living-nursing-homes

Online Government Reports:

New South Wales Department of Planning and Environment (NSW). (2023).*Seniors housing design guide: November 2023*.https://www.planning.nsw.gov.au/policy-and-legislation/housing/housing-sepp/seniors-housing

Australian Government Department of Health and Aged Care (ADHA). (2023). *Residential aged care accommodation framework: Final report on the development of the draft national aged care*

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS

design principles and guidelines. https://www.health.gov.au/resources/publications/draft-national-aged-care-design-principles-and-guidelines?language=en

World Health Organization (WHO).(2022).*Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*. https://iris.who.int/handle/10665/353912

World Health Organization (WHO).(2021).*Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. https://iris.who.int/handle/10665/349911

Facility Guidelines Institute (FGI).(2018).*Design Guide for Long Term Care Homes*. https://www.fgiguidelines.org/resource/design-guide-long-term-care-homes/

حقوق النشر ٢٠٢٥ © | لمجلة JAARS