



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

**Strategic Research on Social Problems**

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 13(4), 93-116

Received: 13.07.2024

Accepted: 05.01.2025

#### Research Paper

### Phenomenological Analysis of Lived Experience of Cancer: A Case Study of Patients at Ayatollah Kashani Hospital in Shahrekord

Arman Heidari \* 

Associate professor in Sociology, Department of Sociology, Faculty of Literature & Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran  
armanheidari90@gmail.com

Seyyede Hashemi

Ph.D. student of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Literature & Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran  
sepideh.hashemi94@gmail.com

#### Introduction

Cancer is undeniably one of the most alarming terms in the fields of medicine and health sciences. The prospect of developing this disease can be one of the most daunting experiences in human life. Rather than being a single disease, cancer is a general term that encompasses a wide range of conditions characterized by the rapid proliferation of abnormal cells that multiply and spread beyond normal tissue boundaries. Beyond its biological effects and lethal consequences, cancer also has significant individual and social implications, which are often explored in non-medical disciplines, including sociology. From a sociological perspective, cancer can profoundly alter individuals' daily lives, reshape their social identities, and affect their relationships with others. More specifically, it can lead to a disruption of identity in the context of ordinary living. The incidence and prevalence of cancer, along with its diverse effects, can be examined from two perspectives: an "external" viewpoint that relies on objective statistics and data and an "internal" viewpoint that reflects the experiences and perceptions of cancer patients themselves. It is important to note that doctors and patients may perceive and evaluate the disease differently, highlighting various aspects as more significant. Given the complexity of the cancer phenomenon and the necessity for a comprehensive understanding, this article aimed to describe and interpret the lived experiences of cancer from the internal perspectives of those who are directly affected by it.

#### Materials & Methods

This study was conducted using a phenomenological approach, specifically employing Van Manen's descriptive-interpretive methodology. The participants included male and female cancer patients, who were hospitalized in the oncology ward of Ayatollah Kashani Hospital in Shahrekord during the year 2021. To access the patients, necessary permissions were obtained from both the university and the oncology department. Upon entering the ward and gaining access to the patients, interviews were conducted with 12 individuals selected based on their physical and mental capabilities, as well as criteria, such as willingness to cooperate and participate in the interview process. Consequently, a non-random, purposeful sampling method was employed. Data collection involved two primary techniques: comprehensive observation and semi-structured

interviews. The unit of analysis consisted of the sentences and contents of the participants' statements, which were initially categorized thematically and then interpreted using Van Manen's analytical framework, focusing on the four dimensions of lived body, lived space, lived time, and lived social relationships. To enhance the validity of the findings, the researchers engaged in multiple discussions regarding the processes of naming, extracting, and categorizing the collected data. Additionally, significant verbatim quotes were included to substantiate the themes and findings derived from the analysis.

#### Discussion of Results & Conclusion

The results of the study revealed that with the initial appearance of cancer symptoms and subsequent intensification of these signs, both the patients' self-image

\*Corresponding author

Heidari, A., & Hashemi, S. (2024). Phenomenological Analysis of Lived Experience of Cancer: A Case Study of Patients at Ayatollah Kashani Hospital in Shahrekord. *Strategic Research on Social Problems*, 13(4), 93-116. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142081.2014>

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142081.2014>

and self-evaluation underwent significant transformation. Furthermore, the perceptions and behaviors of others toward the patients also changed markedly. Additionally, the quantity and quality of the patients' interactions with others were fundamentally altered. It could be stated that the first and perhaps most crucial dimension of their lived experience with cancer emerged within the "incarnate subject". This concept represented the intersection of the patients' self-conception and their evolving relationships with themselves and others. Upon realizing they had cancer, patients often felt as if they were caught in a state of "disruption and discontinuity", which was accompanied by a range of adverse psychological, physical, cognitive, and behavioral consequences. In general, participants described their lived experiences as encompassing intense feelings of anxiety and despair, changes to and denial of their physical appearance, self-imposed isolation, and unpleasant emotions, such as loneliness, indifference, depletion, and a lack of sympathy and empathy. They also reported re-evaluating past experiences and viewing the future as uncertain and unpredictable, leading to an increased focus on health-oriented behaviors. In terms of lived time, most participants identified the moment they were first informed of their cancer diagnosis as the "most terrible" experience of their lives. Other challenging moments included waiting for chemotherapy and contemplating the futures of their children or loved ones, which they described as "the most unpleasant moments". Some participants reported heightened fear and stress at certain times, particularly at night, while conversely feeling calmer and less anxious in the presence of relatives and friends. The discontinuity and unpredictability of time could be seen as the essence of the participants' lived experience. In terms of the spatial dimension, as cancer progressed, patients often perceived themselves as weak,

helpless, unstable, and at risk of sudden death. Consequently, they tended to focus their attention on more comfortable and familiar spaces, such as their homes, while vehemently rejecting and avoiding unpleasant environments like hospitals. These hospitals were often viewed as stressful places associated with disrespectful encounters and negative relationships. Participants described the hospital environment as a symbol of dependence, representing "the end of one's life and the world" and characterized by "unpleasant experiences during chemotherapy", "inappropriate treatment by doctors", and "a place filled with sick and ill patients". In contrast, the atmosphere of home and time spent with family were depicted as sources of peace, joy, and positive experiences. Regarding the dimension of lived social relationships, participants noted a significant decline in the breadth of their interactions following their cancer diagnosis, along with a noticeable weakening of the strength of their relationships. Importantly, their abilities to cope with the emerging challenges and their evolving identities were largely influenced by how both close and distant individuals responded to them. In other words, whether a cancer patient's new identity was "validated and acknowledged" by those closest to them—such as spouses and parents—or by more distant acquaintances, including doctors and strangers, it had a profound impact on their abilities to manage their situations. Overall, these patients often felt alienated, lonely, and abandoned within the socio-physical spaces of their environment. In conclusion, the interconnected dimensions of lived body, lived time, lived space, and lived social relationships collectively shaped the essence of the participants' experiences of living with cancer.

**Keywords:** Lived Experience, Cancer Patients, Van Manen's Phenomenology, Shahrekord City.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی  
سال سیزدهم، شماره پیاپی (۴۷)، شماره چهارم، ۱۴۰۳، ص ۹۳-۱۱۶  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶

#### مقاله پژوهشی

## تحلیل پدیدارشناسانه سرطان زیسته (مورد مطالعه بیماران بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد)

آرمان حیدری<sup>id</sup>، دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

alheidari2011@yu.ac.ir

سیده سپیده هاشمی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج،

ایران

sepideh.hashemi994@gmail.com

#### چکیده

سرطان، به‌مثابه بیماری‌ای لاعلاج، به‌شدت زندگی افراد مبتلا را از جنبه‌های گوناگون بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی متحول می‌سازد. سرطان را می‌توان از منظرها و با رویکردهای مختلفی بررسی کرد. از مهم‌ترین روش‌های بررسی این پدیده، بررسی و تحلیل آن از منظر کسانی است که سرطان را می‌زند و با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند. برای شناخت و آکایوی سرطان زیسته، هدف این مقاله توصیف و تحلیل پدیدارشناسانه سرطان در بین ۱۲ نفر از بیماران مبتلا به سرطان بستری‌شده در بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد بوده است. رویکرد پدیدارشناسی ون‌منن برای مطالعه انتخاب شد. نمونه‌گیری از نوع غیراحتمالی و هدفمند بود و از تکنیک مصاحبه باز و نیمه‌ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. براساس یافته‌های تحقیق، بیماران وضعیت زیسته خود را در حالات بدنی متناقض به همراه احساس غریبی، انقطاع و پیش‌بینی‌ناپذیری زمانی، روابط اجتماعی مبتنی بر حمایت تا طرد همه‌جانبه و مرگان‌اندیشی و مرگ‌هراسی مداوم تا چنگ‌انداختن به نیروهای ماورای طبیعی توصیف و تفسیر کردند.

**واژه‌های کلیدی:** تجربه زیسته، بیماران صعب‌العلاج، سرطان زیسته، پدیدارشناسی ون‌منن

\* نویسنده مسئول

حیدری، آرمان، و هاشمی، سیده سپیده. (۱۴۰۳). تحلیل پدیدارشناسانه سرطان زیسته (مورد مطالعه بیماران بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد). پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۳(۴)، ۹۳-۱۱۶. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142081.2014>



3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142081.2014>

## مقدمه و بیان مسئله

ابتلا به بیماری‌های مزمن و تهدید کننده حیات مانند سرطان، هرچند از جمله عوامل تنش‌زا در انسان هستند که بر وضعیت جسمانی- روانی، هویت فردی و اجتماعی، رضایت از خود، احساس شایستگی و کارآمدی فرد، همچنین تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی او تأثیر فراوان دارد، به‌هرحال، هر فرد مبتلا به چنین بیماری خطرناکی، باز نیازمند مدیریت وضعیت فردی خود، تلاش برای ادامه زندگی و تنظیم روابط خود با دیگر افراد جامعه است (افراسیابی‌فر، ۱۳۸۸: ۴). بی‌شک یکی از «ترسناک‌ترین» اصطلاحات در حوزه بیماری، اصطلاح سرطان و احتمال یا قطعیت ابتلای به این بیماری است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سرطان اصطلاحی عمومی و متداول برای طیف وسیعی از بیماری‌ها است که به معنی تکثیر سریع سلول‌های غیرطبیعی است که به خارج از محدوده بافتی متداول خود رشد و گسترش می‌یابند. واژه‌های تومور مالیگننت<sup>۱</sup> و نئوپلاسم<sup>۲</sup> نیز به همین مفهوم اشاره دارند (ناصری‌مقدم، ۱۳۹۳: ۲۱). در واقع، اصطلاح سرطان برای بیماری‌هایی به کار برده می‌شود که در آن سلول‌های بیمار بدون کنترل، تقسیم و تکثیر می‌شوند و به بافت‌های دیگر هجوم می‌آورند. سلول‌های سرطانی قادرند از طریق سیستم لنفی و خونی به سایر بخش‌های بدن سرایت کنند؛ از این رو، سرطان فقط بیماری نیست، بلکه شامل انواع بیماری‌های مختلفی است که تنها نام واحدی دارند. به‌هرحال، گفته می‌شود بیش از ۱۰۰ نوع گوناگون سرطان وجود دارد که براساس عضو مبتلا یا نوع سلولی نام‌گذاری می‌شوند که بیماری از آن شروع می‌شود؛ برای مثال، سرطانی که منشأ آن روده است به سرطان روده معروف است (خدابخشی، ۱۳۸۸: ۱۱). طبق گزارش گلوبوکان<sup>۳</sup> تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۴۰، حدود ۲۸/۴ میلیون مورد سرطان در جهان وجود داشته باشد (Sung, et al., 2024). براساس تحقیقات، در ایران

سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی و حوادث است (نورایی و دیگران، ۱۳۸۵: ۴۸؛ Dolatkhah et al., 2015). براساس آمار منتشرشده رسمی گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۱۲ درصد از مرگ‌ومیر در ایران نیز به علت سرطان می‌است. همچنین از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۱۰ مرد و ۹۸ زن به سرطان مبتلا می‌شوند که از این آمار، میزان مرگ‌ومیر در مردان ۶۵ نفر و در زنان ۴۱ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. متناسب با توزیع جنسیتی، بیشترین نوع سرطان در مردان سرطان پروستات و در زنان سرطان پستان است (American Cancer Society, 2019). رشد افزایشی وقوع سرطان در کشور ایران حدود ۵ درصد است و براساس برآوردها، میزان بروز سرطانی از سال ۲۰۲۰ تا دو دهه آینده برای ایران به دلیل تغییرات جمعیتی به ۱۱۵ درصد افزایش خواهد یافت که فاصله خیلی زیادی با متوسط سطح جهانی (۶۳ درصد) دارد (نورایی و دیگران، ۱۳۸۵: ۴۸).

سرطان آثاری فراتر از آثار بیولوژیک و مرگ‌ومیر صرف دارد. وقوع و شیوع این پدیده، آثاری فردی و اجتماعی برای فرد مبتلا، اطرافیان دور و نزدیک وی یا نهادهای دیگر جامعه مانند خانواده دارد که رشته‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی بیشتر آنها را مورد توجه و تحلیل قرار می‌دهد. ابتلای یکی از افراد خانواده به سرطان می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش‌های روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود (Compas et al., 2015). از نظر جامعه‌شناختی، سرطان می‌تواند روال معمولی زندگی و هویت فردی - اجتماعی فرد مبتلا به سرطان و تعاملات دوسویه وی با دیگران را دگرگون کند. از این نظر می‌توان گفت از آنجاکه هر انسانی دارای هویت جسمانی- روانی فردی و اجتماعی معینی است که باعث یکپارچگی روحی - روانی وی یا شناسایی و تصدیق وی از خودش یا از سوی دیگران می‌شود، ابتلا به سرطان را می‌توان نوعی «گسست هویتی» تلقی کرد که زندگی طبیعی و بهنجار فرد را دچار اختلال می‌کند. این اختلال هویتی دو

<sup>1</sup> Malignant

<sup>2</sup> Neoplasm

<sup>3</sup> Globocan

می‌بینند؛ برای نمونه، در نظر پزشک بیماری حالتی است که توسط علائم و نشانه‌هایی مشخص تعریف می‌شود که به طریقی بر بدن تأثیر می‌گذارد؛ اما بیمار آن را به‌منابه ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه و تأثیراتی که بر انجام آنها دارد، تجربه می‌کند؛ از این رو وقتی پزشک و بیمار درباره بیماری صحبت می‌کنند، درباره واقیعت واحدی بحث نمی‌کنند (Toombs, 1992: 67). سالس<sup>۵</sup> و همکاران (2014) در این خصوص می‌گویند که زندگی با ترس از عود بیماری در دوران بهبودی، بیماران را قادر می‌سازد به معنای جدیدی از زندگی مانند به خاطر آوردن قدرت و توانایی، بازگشت به معنویت، ترس از عود بیماری و فراموش کردن زودگذربودن زندگی دست یابند. به‌هرحال، این مقاله در صدد است بیماری سرطان را از منظر درونی و با تکیه بر روش پدیدارشناسی ون‌منن<sup>۶</sup> تحلیل و بررسی کند. هدف مطالعات پدیدارشناسانه توصیفات تازه، پیچیده، غنی از یک پدیده به گونه‌ای است که آن به طور انضمامی زیسته می‌شود. به عبارتی، رجوع به معانی تجسدیافته و تجربی علاقه اصلی محققان پدیدارشناس است. ورتز<sup>۷</sup> (1983) می‌گوید پدیدارشناسی در «انضمامیت روابط شخص \_ جهان شکوفا می‌شود و تجربه زیسته را با همه تعین ناشدگی و ابهامش بر امر شناخته‌شده اولویت می‌دهد» (Wertz, 1983: 175). هدف مقاله حاضر نیز توصیف و تفسیر سرطان زیسته از منظر افرادی بوده است که به‌عنوان بیمار سرطانی در بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد در مراقبت و درمان بوده‌اند. تمرکز بر تجربه زیسته این بیماران با هدف آشنایی با درک، احساسات و تعاملات زیسته این بیماران، مسائل و دغدغه‌های آنان در ابعاد مختلف زندگی، تسهیل امور مربوط به آنان از طریق شناسایی عمیق درک زیسته آنان است. سؤال اساسی پژوهش این بوده است که بیماران سرطانی بیمارستان آیت‌الله کاشانی چه درک و تجربه‌ای از بیماری سرطانی خود دارند. آنان این بیماری را چگونه توصیف و تفسیر می‌کنند؟

جنبه بیرونی و درونی دارد؛ از منظر بیرونی، به تعبیر پارسونز<sup>۱</sup>، به فرد بیمار «نقش مریض<sup>۲</sup>» داده می‌شود که در نتیجه آن فرد سرطانی از منظر دیگران فردی بیمار، نیازمند مراقبت، رها از مسئولیت شغلی و کاری و به‌طور کلی «خاص» تلقی شده و شاید بتوان گفت درکل، مرادفات دیگران با وی نیز دگرگون می‌شود؛ برای مثال، از وی انتظار نمی‌رود مانند فردی سالم فعالیت کند یا در مراسمات مختلف حضور پیدا کند. در بین جامعه‌شناسان، پارسونز بیش از دیگران به نقش بیمار و آثار اجتماعی آن توجه کرده است. از جنبه درونی می‌توان گفت فرد بیمار نوعی زندگی را «می‌زید»، بیماری را از منظر و دیدگاه خاص خودش که البته متأثر از شرایط فرهنگی \_ اجتماعی پیرامونی‌اش نیز است، درک، تفسیر و تجربه می‌کند و متناسب با ماهیت چنین درک و تفسیری حالات و تعاملات خاصی را با اهمیت می‌داند یا تجسم می‌بخشد. لازم به ذکر است که اتکای بر تقابل‌های دوتایی مانند فردی - اجتماعی، بیرونی \_ درونی یا جسمانی \_ روانی و... همگی جنبه تحلیلی دارند و در عالم واقیعت و حداقل از منظر رویکردهای جدید تحلیلی، ناکافی و ناقص به نظر می‌رسند؛ برای مثال، باورها و ارزش‌های فرهنگی به طور فزاینده‌ای به‌عنوان تعیین‌کننده‌های مهم، نه تنها در پیشگیری از سرطان و کنترل رفتارها، بلکه از نظر نوع پیامدهای روانی و رفتاری بعد از تشخیص درمان سرطان مؤثرند (Hughes et al., 2003).

آنچه واضح است اینکه ابعاد تجربی<sup>۳</sup> و زیسته بیماری سرطان را نمی‌توان در پرتوی ارقام و آمار به تصویر کشید؛ برای مثال، هرچند از نظر بیرونی و عینی به تعبیر کندال و کندال<sup>۴</sup> (2012) سرطان در جریان فکری مسلط اجتماعی، در حکم مرگ تلقی می‌شود، از منظر درونی و زیسته هر کسی می‌تواند درک و تصویری خاص و متفاوت از بیماری سرطان داشته باشد. از طرف دیگری، پزشک و بیمار هریک از منظر خاصی به بیماری نگریسته و جنبه‌های مختلفی از بیماری را

<sup>1</sup> Parsons

<sup>2</sup> Sick Person

<sup>3</sup> Experiential

<sup>4</sup> Kendall & Kendall

<sup>5</sup> Salles

<sup>6</sup> Van Mannen

<sup>7</sup> Wertz

## پیشینه تحقیق

ترک‌مقدم (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی معنای زندگی در بیماران سرطانی» چهار جنبه زیر را برای معنای زندگی از دید بیماران سرطانی بیان کرده است: سازگاری و صلح، چشم‌انداز زندگی، مقصد و اهداف، کاسته‌شدن معنا و فواید معنویت. سلاجقه و رقیبی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «تأثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان» به این نتیجه رسیدند که گروهی که در درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی قرار گرفتند، در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات کلی علائم اضطراب مرگ در مقایسه با گروه گواه به دست آورد؛ بنابراین، درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ مؤثر است.

پژوهش خاکبازان و همکاران (۱۳۹۳) درباره «نقش تعاملات اجتماعی بر رفتارهای زنان با نشانه‌های سرطان پستان» نشان داد که آموزه‌های اثربخش در کنار تعاملات اجتماعی نقشی تأثیرگذار بر رفتارهای جست‌وجوی سلامت دارند. براساس تحقیق ایمان‌زاده و شریفی (۱۳۹۷) درباره «تجربه زیسته بیماران سرطانی از اضطراب مرگ با تکیه بر دیدگاه موقعیت‌های مرزی یاسپرس»، مرگان‌دیشی در موقعیت‌های مرزی نه تنها علامتی مرضی نیست، بلکه می‌تواند به ایجاد مؤلفه‌هایی در شکل‌گیری سلامت روان نیز منتهی شود؛ برای مثال، کیفیت‌بخشی به زندگی، معناداری زندگی، حمایت اجتماعی و خدمات مشاوره‌ای در بیماری چون سرطان می‌تواند تأثیر بسزایی در روند بهبود بیماری داشته باشد. افراد برخوردار از نگرش دینی پذیرش بیشتری از مرگ دارند و این امر در غلبه افراد بر عوامل افزاینده مرگ تأثیرگذار است. تحقیق شرافت و تقی‌خوان (۱۳۹۹) درخصوص «تجربه زیسته مردان و زنان مبتلا به سرطان در شهر تهران» نشان داد که این بیماری در دو بُعد اقتصادی و اجتماعی بر روی افراد تأثیر دارد. در بُعد اقتصادی هزینه زیاد درمان، از دست دادن شغل و مصرف‌کننده بودن باعث اختلال در زندگی فرد بیمار

می‌شود. از بُعد اجتماعی تجربه احساس طرد، تنهایی، تحمل کلیشه‌های جنسیتی و حفظ‌نشدن عزت‌نفس افراد توسط سازمان‌ها از مهم‌ترین موارد گزارش شده بود. عباس‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای با عنوان «بازماندگان بیماری سرطان با رویکرد پدیدارشناسی در شهر ارومیه» پی‌بردند که تجربه زیستن با سرطان منشأ گسست از طرحواره ذهنی پیشین است و سامان‌دهی تجربه زیسته بازماندگان نشان می‌دهد که بقا در بیماری مستلزم عامل بودن برای پذیرش تجربه‌های شناختی جدید است. مضامینی مانند اجتماعی‌شدن در گذاری آشفته، زیستن در کشاکش خطا و کمال، ادراک قضاوقدری استخراج می‌تواند توصیف‌گر تجربه زیسته این بیماران باشند.

علاوه بر محققان داخلی، پژوهشگران خارجی نیز تحقیقاتی درباره درک و تجربه افراد از سرطان انجام داده‌اند که به تعدادی از آنها اشاره می‌شود. دنی و همکاران<sup>۱</sup> (2011) در مطالعه‌ای با روش پدیدارشناسانه، رشد معنوی بیماران پس از ابتلا به سرطان را تحلیل کردند. آنان پی‌بردند که سرطان اثر مثبتی بر رشد معنوی بیماران مشارکت‌کننده دارد. مشارکت‌کنندگان مدعی تجربه رشد معنوی در حوزه‌های معنوی زیر بودند: ۱- معنویت عمومی؛ ۲- رشد معنوی؛ ۳- مشارکت اجتماعی معنوی؛ ۴- اعمال خصوصی معنوی و ۵- حمایت معنوی معنویت. کروم‌وید و کروم‌وید<sup>۲</sup> (2012) با روش ون‌منن، مطالعه‌ای درخصوص تجربه زیسته مردان مبتلا به سرطان پروستات انجام دادند. براساس مطالعه آنان، مضامین اصلی تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان تحلیل و بازنمایی شد؛ از جمله در بُعد فضای زیسته: زندگی کردن با امر ناشناخته و تلاش برای فهمیدن و دانستن؛ در بُعد بدن زیسته (جسمانیت): گلاویز شدن با بدن غیرقابل اعتماد؛ در بُعد زمان زیسته: تحمل تشخیص سرطان و اولویت‌های متغیر در شکاف (بین آگاهی و زیستن، و زندگی در حال و نگاه به آینده) و در بُعد دیگری زیسته (رابطه‌مندی): احساس آرامش

<sup>1</sup> Denney et al.

<sup>2</sup> Krumwiede & Krumwiede

دارد. کرودر<sup>۵</sup> و همکاران (2023) با مطالعه «تجربه زیسته بازمندگان جوان از سرطان پس از درمان» پی‌بردند که نگرانی‌های روانی و اجتماعی از جمله ترس از عود دوباره بیماری، اضافه‌وزن، ریزش مو و از دست دادن شغل مهم‌ترین تجربه زیسته این بیماران بوده است. بازمندگان همچنین از راهبردهایی مانند تماشای تلویزیون، یوگا، مدیتیشن و طلب حمایت از خانواده و دوستان برای مقابله با این نگرانی‌ها استفاده می‌کردند.

### چارچوب مفهومی

در کل هدف پدیدارشناسی توصیفات تازه، پیچیده و غنی از پدیده‌ای آن‌گونه است که به طور انضمامی زیسته می‌شود. به عبارتی، رجوع به معانی تجسدیافته و تجربی علاقه اصلی محققان پدیدارشناس است. به‌هرحال، فلاسفه پدیدارشناختی در علائق، تفسیر از مسائل مرکزی پدیدارشناسی و فهم به‌کارگیری روش پدیدارشناختی، فوق‌العاده گوناگون بوده‌اند (Moran, 2000: 3). یکی از مهم‌ترین خاستگاه‌های این تنوع و مجادلات لزوم، جایگاه و اهمیت بحث‌های نظری در تحقیقات پدیدارشناسانه است؛ برای مثال، پدیدارشناسی اپوخه را یکی از مهم‌ترین اصول پیشینی و الزامی تفکر و تحقیق پدیدارشناسانه دانسته‌اند. در مقابل، محققانی دیگر، در «پراتز» قراردادن نظریه‌ها و تفسیرها در تحقیق را موجب غیرممکن شدن درک و تجربه می‌دانند (Allen-Collinson, 2009). به‌هرحال، محققانی اتخاذ دیدگاه در تحقیقات پدیدارشناسانه را از آن جهت مهم می‌دانند که ما همیشه متأثر از دیدگاه ذهنی خودمان قرار داریم، تنها از یک دیدگاه معین است که به سمت ابژه یا حادثه جهت می‌یابیم و می‌توانیم بخش‌ها یا جنبه‌هایی از یک پدیده را درک کنیم (Szanto, 2020).

در این پژوهش به‌منظور فهم و حساس‌سازی بیشتر محققان و تسهیل امر سامان‌دهی انبوه داده‌های گردآوری‌شده، برخی نظریات مهم مرتبط طرح می‌شود. در مجموع، توصیف و

در حضور دیگران (روابط مبتنی بر اعتماد و حمایت نامتزلزل). هافمن و همکاران<sup>۱</sup> (2013) با مرور تحقیقات مربوط، الگویی از استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثر بر بقا استخراج کردند که شامل باورهای کارآمدی، عوامل شخصیتی و دریافت حمایت از محیط بود که به آن در تلاش برای بقا در برابر سرطان توجه شد.

مطالعه سالس<sup>۲</sup> و همکاران (2014) نشان داد زندگی با ترس از عود بیماری در دوران بهبودی، بیماران را قادر می‌سازد معنای جدیدی از زندگی پیدا کنند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، تجارب خود را در مضامینی چون به خاطر آوردن قدرت و توانایی، بازگشت به معنویت، ترس از عود بیماری و فراموش کردن زودگذربودن زندگی توصیف کردند. پژوهش ویلیامز و جیتا<sup>۳</sup> (2016) درباره «تجربه زیسته بازمندگان سرطان پستان پس از تشخیص، درمان و فراتر از آن»، بیانگر ناامیدی زنان در هنگام تشخیص سرطان و نگرانی آنها از تغییر در ظاهر و بدن خود بوده است. اینکه حمایت خانواده و دوستان می‌توانست به این بیماران کمک کند تا آنها با درمان خود کنار بیایند. این زنان پس از طی شدن زمان درمان و بهبودی احساس رهاشدگی می‌کردند و مطمئن نبودند که زنده‌اند برایشان چه معنایی دارد. در مطالعه دیگری نورومحمد<sup>۴</sup> و همکاران (2021) با واکاوی تجربه زیسته بیماران سرطانی در معرض شیمی‌درمانی در بیمارستان تخصصی گوندارو شمال غربی اتیوپی پی‌بردند که چهار مضمون اصلی «ناراحتی روانی، اختلال وضعیت عملکردی، تجارب درباره شیمی‌درمانی و مکانیسم مقابله» می‌توانند پوشش‌دهنده تجربه بیماران مشارکت‌کننده باشند. از نظر مشارکت‌کنندگان، تشخیص سرطان دردناک‌ترین تجربه است و بر تمام جنبه‌های زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد و درمان این بیماری باعث امید به زندگی می‌شود. همچنین حمایت‌های اجتماعی و معنوی در مقابله با اثرات منفی سرطان اهمیت

<sup>1</sup> Hoffman et al.

<sup>2</sup> Sales

<sup>3</sup> Williams & Jeanetta

<sup>4</sup> Nuru Muhamed

<sup>5</sup> Crowder



اساسی مرلوپونتی، «ذهن بدنی» یا «سوژه تن‌دار» است که بیانگر درهم‌تنیدگی ذهن\_ بدن قرار گرفته در واقعیت اجتماعی است. از نظر وی بدن نقشی اساسی در ادراک حسی، شناخت و معنا دارد؛ از این رو، رویکرد مکانیکی و رفتاری درباره بدن به نفع توسعه پدیدارشناسی بدن به‌عنوان تجربه زیسته و زیست جهان کنار گذاشته می‌شود (قادزاده، ۱۳۹۳: ۱۱). به عبارتی، رابطه بین بدن و ذهن به‌مثابه پیوندی تا حدودی پررمز و راز<sup>۲</sup> بین دو هستی مجزا در نظر گرفته نمی‌شود که همدلی برای اولین بار آن را تأسیس می‌کند؛ به‌علاوه، اشارات و حرکات بدنی دیگران به‌عنوان رابطه ابرازی<sup>۳</sup>، نه صرفاً نشانه‌هایی از ابراز<sup>۴</sup>، بلکه به معنای حقیقی کلمه، میدان‌های ابراز<sup>۵</sup> متجسد کردن ذهن بودگی<sup>۶</sup> هستند (Szanto, 2020).

از دیگر نظریه‌پردازان مهم جامعه‌شناختی خود، جورج هربرت مید<sup>۷</sup> است. برای مید، مشخصه اساسی خود «ابژه بودگی آن برای خودش است» (Mead, 1964: 200). به تعبیر مید، خود از طریق فرایند تعامل اجتماعی به‌عنوان نتیجه‌ای از توانایی مردم برای تأمل کردن درخصوص خود و کنش‌هایشان با اتخاذ موقعیت دیگر افراد یا اجتماع به‌عنوان کل ظهور می‌یابد؛ به‌عبارت‌دیگر، خود از درونی‌کردن بینشی توسعه می‌یابد که دیگران از ما دارند. مید همچنین بر توانایی ذهن برای نمادسازی<sup>۸</sup> (الصاق معانی مشترک به نشانه‌ها فراتر از وضعیت خاصشان) تأکید دارد. این توانایی نمادینه‌کردن مشخصه ارتباط انسانی است و باعث فهم و اخذ دیدگاه‌های اجتماع توسط افراد می‌شود. ظرفیت برقراری ارتباط از طریق نمادسازی همچنین آن چیزی است که گسترش پیوسته جامعه و تصدیق جهان‌شمول را امکان‌پذیر می‌کند. دیگر نظریه‌پرداز کلاسیک مهم مفهوم خود، چارلز هورتون کولی است. کولی مفهوم «خود آینه‌سان» را ابداع کرد. او استدلال کرد که افراد با

تحلیل «تجارب زیسته» کنونی یا گذشته مردم درگیر در موضوع از دیدگاه اول شخص، مخرج مشترک همه مؤلفان متعلق به جنبش پدیدارشناختی است (Groenewald, 2018; Szanto, 2020)؛ با این حال، «پدیده تجربه آگاهانه» و تجربه زیسته اول شخص، مخرج مشترکی به‌شدت گسترده و وسیع است که شامل ابژه‌های گوناگون مطالعه مانند درک ابژه‌های زمانی\_فضایی، نظریه‌های علمی، رابطه تجربی با حالات ذهنی، عواطف خود شخص و دیگران، فضا، زمانمندی، ارزش‌ها، هنجارها یا ابژه‌های زیبایی‌شناختی و به همین اندازه روابط ذهنی، تعاملات، واقعیات اجتماعی و انواع متفاوت صورت‌بندی‌های اجتماعی می‌شود. یکی از راه‌های پیشنهادی برای رهایی از این سردرگمی ناشی از محدوده وسیع تجربه، اتخاذ «دیدگاه یا دیدگاه‌های معینی» برای شناخت پدیده مطالعه‌شده است؛ در این راستا، اینجا به اختصار نظریات مرلوپونتی درباره بدن\_ آگاهی و تعامل‌گرایان‌نمادین درخصوص هویت و خود<sup>۱</sup> به‌عنوان مرتبط‌ترین نظریات مربوط به بیماری و آثار فردی\_ اجتماعی آن ارائه می‌شود. البته در کل باید اذعان کرد که دامنه و ابعاد تجربه زیسته انضمامی فراتر از هر گونه دیدگاه انتزاعی و دیدگاه مفهومی\_ نظری است.

مرلوپونتی بیش از دیگر پدیدارشناسان به نقش و جایگاه بدن در تحلیل پدیدارشناسی توجه کرده است. وی با تأکید که بر نقش بدن در حوزه شناخت دارد، در بین فیلسوفان و اندیشمندان به فیلسوف بدن مشهور است (Hass, 2008: 75). به تعبیر مرلوپونتی ساختار «هستی\_ در\_ جهان» انسان نه به‌صورت خطی بلکه به‌صورت رفت‌وبرگشتی و ارتباطی دو طرفه است که می‌تواند سه شکل داشته باشد: ۱- ارتباط آگاهی و بدن؛ ۲- ارتباط بدن\_ سوژه (آگاهی به همراه بدن) با جهان؛ ۳- ارتباط من و دیگری. از منظر وی، بدن من پیش از آنکه عینی باشد تا بتوانم آن را به‌عنوان امری فیزیولوژیک مفهوم‌سازی کنم، بُعدی از اگریستانس من است. مفهوم

<sup>2</sup> Mysterious

<sup>3</sup> Expressive

<sup>4</sup> Expressions of

<sup>5</sup> Fields of Expression

<sup>6</sup> Embodying Mindedness

<sup>7</sup> Mead

<sup>8</sup> Symbolize

<sup>1</sup> Self



پدیدآورنده شکل‌گیری آگاهی ثانوی، فرد سیاه‌پوست همیشه خودش را از زاویه نگاه‌های دیگران سفیدپوست برتر می‌بیند و نگاه ترحم‌آمیز و حقارت‌بار آنان را تحمل می‌کند؛ اما نکته جالب اینکه شخص به‌ندرت متوجه این دوبرودگی هویتی می‌شود. به تعبیر دوبواس «شخص هرگز دوبرودگی‌اش، یعنی یک آمریکایی-یک سیاه‌پوست بودگی»، را احساس نمی‌کند؛ دو روح، دو فکر، دو جدوجهد آشتی‌ناپذیر، دو ایده در حال جنگ در یک بدن تیره (Du Bois, 1903:2). سه عنصر مهم نظریه آگاهی دوبواس «برده، دوبرودگی و دیده‌شدن ثانوی» و تعاملات و پیامدهای هویتی ناشی از آنها هستند. نظریه دوبواس درباره روابط نژادی سیاه‌پوستان با سفیدپوستان آمریکایی است؛ اما می‌تواند به طور استعاری برای تحلیل سایر حوزه‌ها از جمله بیماران سرطانی به کار گرفته شود.

### روش‌شناسی تحقیق

پدیدارشناسی به‌عنوان یک رویکرد، حتی به تعبیر عده‌ای جنبش علمی انواع گوناگونی دارد. مطالعه حاضر، نوعی پدیدارشناسی توصیفی - تفسیری مبتنی بر رویکرد ون‌منن است. ون‌منن معتقد است برای انجام تحقیق پدیدارشناسی روش مشخصی با ترتیبی خاص وجود ندارد. براساس روش ون‌منن بعد از جمع‌آوری اطلاعات لازم از مشارکت‌کنندگان با روش‌های مصاحبه یا مشاهده، مضامین اولیه شناسایی، توصیف و تفسیر می‌شوند. ون‌منن پیچیدگی‌های زیست جهان و تجربه زیسته افراد را براساس چند بُعد اساسی زندگی تحلیل و تفسیر می‌کند. چند بُعدی که به تعبیر وی می‌تواند پایه هستی جهان زندگی انسان‌ها را بدون توجه به تاریخچه، فرهنگ یا موقعیت اجتماعی پوشش دهد. وی این ابعاد تجربه زیسته را ابعاد مهم «اصالت وجودی» می‌نامد که شامل بدن زیسته، فضای زیسته، زمان زیسته و ارتباطات زیسته (روابط زیسته) هستند. به تعبیر بعضی این گونه‌شناسی تقسیم‌بندی موجهی را برای فرایند طرح سؤال، بازان‌دیشی و نوشتن در پدیدارشناسی مطرح می‌کند (نواب و حاجی‌بابایی، ۱۳۹۵: ۱۹). به صورت مختصر، در تشریح این ابعاد چهارگانه می‌توان

دیدن خودشان از طریق نگاه‌های متصورشده دیگران یاد می‌گیرند که کی<sup>۱</sup> هستند. تنها از طریق ارتباط و تصدیق است که مردم توانایی تخیل این را دارند که آنها چگونه توسط دیگران دیده می‌شوند. به تعبیر کولی «تصدیق یک نیاز انسانی است» و مردم به دوستی و تقدیر از سوی دیگرانی نیاز دارند که تأیید و حمایت اجتماعی برای خود فرد فراهم می‌کند؛ بااین‌وجود کولی آگاه است که هرکسی تصدیق اجتماعی دریافت نمی‌کند (Cooley, 1956: 201).

در بین پدیدارشناسان، آلفرد شوتز به طرح تأثیرات فقدان ارتباط و تعامل بر ساخت بین ذهنیت شهرت دارد. در توصیف پدیدارشناختی جهان اجتماعی، شوتز بین باهم‌بودگی‌ها<sup>۲</sup> (آنهایی که ما با آنها فضای اجتماعی مشترک و تعامل داریم) و هم‌عصرها<sup>۳</sup> (آنانی که در زمان ما زندگی می‌کنند، اما در زندگی روزمره با آنها مواجه نیستیم) تمایز قائل شد. به تعبیر شوتز، فاصله‌گرفتن از تجارب هر روزی زندگی به ابهام‌گونی بیشتر این جهان می‌انجامد. بدین ترتیب، شناخت و ایده‌های ما درباره هم‌بودی‌ها از طریق تعامل و در مقابل، تصور ما از هم‌عصرانمان براساس «ایدئال تایپ‌های» ظهوریافته در زندگی هر روزی شکل می‌گیرد. تحلیل شوتز از جهان اجتماعی با همه اهمیتش، روابط قدرت و پویای انحصارگری را طرح نمی‌کند که در تعاملات هویتی مؤثرند؛ در این خصوص، دوبواس<sup>۴</sup> بیش از دیگران به درباره «آگاهی ثانوی»<sup>۵</sup> یعنی، محدودیت‌های مربوط به ارتباط و تصدیق متقابل در شرایط نژادی‌شدن<sup>۶</sup> بحث کرده است (Rawls, 2000). آگاهی مضاعف بیانگر حضور پرده<sup>۷</sup> (مرزی نامحسوس که بر ادراکات و روابط بین سوژه‌های نژادی‌ساز و نژادی‌شده تأثیر می‌گذارد) در روابط دو گروه است که از نظر فیزیکی در مجاورت هم زندگی می‌کنند، ولی از نظر هویتی و تعریف هویت در جایگاه برابری قرار ندارند. در نتیجه وضعیت

<sup>1</sup> Who

<sup>2</sup> Consociates

<sup>3</sup> Contemporaries

<sup>4</sup> Du Bois

<sup>5</sup> Double Awareness

<sup>6</sup> Racialization

<sup>7</sup> The Veil

فضای زیسته، زمان زیسته و رابطه اجتماعی زیسته توصیف و تفسیر شدند؛ بدین ترتیب که ابتدا به‌منظور درک عمیق و همه‌جانبه داده‌ها متن پیاده‌سازی شده مصاحبه‌ها ۳ تا ۴ بار بازخوانی شد. سپس، هم‌زمان متناسب با چارچوب تحلیلی پیشنهادی ون‌منن، همچنین، در نظر گرفتن غنای داده‌ها، متن مصاحبه‌ها براساس مضمون و محتوای جملات و در نظر گرفتن معانی و فهم مدنظر مشارکت‌کنندگان مفهوم‌سازی شد. به‌منظور سازمان‌دهی، تلخیص و توصیف و تفسیر دقیق‌تر مفاهیم در سطحی انتزاعی‌تر، مفاهیم مستخرج شده باتوجه به ارتباط نسبی‌شان به‌عنوان ابعاد فرعی بافتار زیسته مشارکت‌کنندگان ذیل مقولات کلان‌تر بدن زیسته، زمان زیسته، روابط اجتماعی زیسته و فضای زیسته توصیف و تفسیر شدند. به‌منظور حصول اعتبار، محققان در موارد متعددی با یکدیگر درباره نام‌گذاری، تحلیل و تفسیر داده‌ها و مضامین آنها با یکدیگر گفت‌وگو کردند. به‌علاوه، مواردی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان «به‌صورت مستقیم» ذیل هر مفهوم و مقوله فرعی ذکر شد تا امکان ارزیابی صحت و سقم دقیق و بی‌طرفانه توصیف و تفسیر داده‌ها از سوی دیگران فراهم شود.

### ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

تعداد مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۲ نفر از بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد بودند که بیماری آنها سرطان معده، ریه، سمنوم، سینه (پستان) و خون تشخیص داده شده بود. سن این بیماران از ۱۷ تا ۷۸ سال و سطح سواد آنها از بی‌سواد تا لیسانس متغیر بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان (بیش از ۸۰ درصد) متأهل و نیمی از آنان (۵۰ درصد) به سرطان معده مبتلا بودند. بعضی دیگر از ویژگی‌های مهم مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

گفت‌وگو بدن زیسته به واقعیتی پدیدارشناختی اشاره دارد که ما همیشه در آن زندگی می‌کنیم. رابطه زیسته رابطه‌ای است که ما با افراد دیگر در فضای بین فردی با آنها به اشتراک می‌گذاریم. فضای زیسته فضایی حسی است که به جهان یا چشم‌اندازی اشاره دارد که انسان‌ها در آن می‌زیند یا خود را در آن فضا پیدا می‌کنند. درنهایت، زمان زیسته به زمانی اشاره دارد که فرد باتوجه به حالت و وضع کلی و عمومی خودش در اوج لذت به سر می‌برد یا دچار اضطراب و دلهره می‌شود (Dinella et al., 2019).

جامعه آماری این پژوهش، زنان و مردان بیمار سرطانی بوده‌اند که در زمان تحقیق، سال ۱۴۰۰، در بخش آنکولوژی بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد بستری بودند. برای دسترسی به این بیماران، ابتدا مجوز لازم از دانشگاه و بخش آنکولوژی اخذ شد. بعد از ورود به بخش و دسترسی به بیماران، متناسب با وضعیت جسمی و روحی بیماران بستری شده در بیمارستان، سعی شد با بیمارانی مصاحبه شود که قابلیت‌ها و شرایطی مانند توان، حوصله و تمایل به همکاری و شرکت در مصاحبه را دارا بودند؛ بنابراین، باتوجه به ماهیت مطالعه و خصوصیات مشارکت‌کنندگان، می‌توان گفت از تکنیک نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد؛ بدین معنی که از بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان با افرادی به‌عنوان نمونه مصاحبه و گفت‌وگو شد که حداقل ۱۷ سال سن داشتند، ابتلای آنان به سرطان در مرحله تشخیص قطعی بود و خود و اطرافیان‌شان از وضعیت‌شان آگاهی داشتند و کسانی که رضایت، حوصله، آمادگی ذهنی و توانایی کلامی لازم و کافی برای شرکت در مصاحبه را داشتند. درنهایت، داده‌ها و اطلاعات لازم از طریق مشاهده عمیق و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۲ نفر از این بیماران گردآوری شد. واحد تحلیل، جمله و مضامین گفته‌های مشارکت‌کنندگان است که براساس چارچوب تحلیلی پیشنهادی ون‌منن، یعنی ابعاد چهارگانه بدن زیسته،

جدول ۱- ویژگی‌های جنسی، سنی، تحصیلی، شغلی و نوع و مدت زمان ابتلا به سرطان افراد مشارکت کننده در تحقیق

**Table 1- The research participants, some specificities such as gender, age, education, job, kind, and the duration of cancer**

ردیف	جنس	سن	وضع تأهل	مدرک تحصیلی	شغل	نوع سرطان	مدت زمان تشخیص ابتلا
۱	مرد	۳۶	متأهل	دیپلم	آزاد	سمینوم	دو سال
۲	مرد	۴۷	متأهل	لیسانس	معلم	معهده	۳ سال
۳	مرد	۴۷	متأهل	سیکل	کارگر	معهده	۳ سال
۴	مرد	۶۷	متأهل	راهنمایی	بازنشسته	ریه	۴ سال
۵	زن	۲۷	متأهل	فوق دیپلم	خیاط	سرطان سینه	دو سال
۶	زن	۳۴	متأهل	لیسانس	مریبه مهد کودک	سرطان معده	دو سال
۷	زن	۶۷	متأهل	بیسواد	خانه‌دار	معهده	یک سال
۸	مرد	۳۸	متأهل	دیپلم	آزاد	ریه	۳ سال
۹	مرد	۲۸	مجرد	دانشجو (در حال تحصیل)	دانشجو	لنفوم	۳ سال
۱۰	مرد	۱۷	مجرد	در حال تحصیل	دانش آموز	سرطان خون	یک سال
۱۱	مرد	۷۰	متأهل	بی سواد	کشاورز	معهده	دو سال
۱۲	مرد	۷۸	متأهل	سیکل	بازنشسته	معهده	یک سال

### یافته‌های پژوهش

بر اساس مضامین مصاحبه‌ها درک از بدن یا بدن زیسته مشارکت‌کنندگان را می‌توان ذیل سه تم فرعی بُعد جسمانیت زیسته<sup>۱</sup>، بدن آگاهی زیسته<sup>۲</sup> و حالات هیجانی-عاطفی زیسته توصیف و تفسیر کرد. جسمانیت زیسته بیشتر به تغییرات و نشانه‌های مرئی، محسوس و آشکار جسمانی اشاره دارد که در نتیجه ابتلای فرد به سرطان توجه یا تأکید بیشتر فرد بیمار یا اطرافیان وی را در بر دارد. بدن-آگاهی به ماهیت ادراک و تصور فرد بیمار از بدنش آن‌گونه اشاره دارد که بعد از ابتلا به بیماری یا در طول فرایند درمان به فهم وی در آمده است. بُعد هیجانی-عاطفی هم به نوع شناخت، هیجانات و احساسات فرد در هنگام اولین مواجهه و در طول مدت درگیری با بیماری و تجربه درمان مربوط است.

**جسمانیت زیسته:** بر اساس بُعد جسمانی زیسته می‌توان گفت همه مشارکت‌کنندگان درک و تفسیر یکسانی از جسم زیسته‌شان نداشته‌اند. بُعد جسمانی بر اساس دو ویژگی و کیفیت ظاهری و درونی تفسیر و به آنها توجه می‌شود. از نظر ظاهری، دگرپرسی بدن زیسته بیماران مانند ریختن موی سر،

همان‌طور که گفته شد در پدیدارشناسی و نمن ابعاد چهارگانه بدن زیسته، زمان زیسته، رابطه زیسته و فضای زیسته چارچوبی مفهومی برای تحلیل و ارائه داده‌های پدیدارشناختی فراهم می‌کند. البته لازم به ذکر است که این ابعاد چهارگانه تنها به مثابه چارچوبی تحلیلی و راهنما برای محققانی در نظر گرفته می‌شوند که از روش پدیدارشناختی و نمن استفاده می‌کنند؛ اما ماهیت و جوهره تجربه زیسته در هریک از ابعاد فوق به گونه‌ای است که توسط مشارکت‌کنندگان درگیر در یک پدیده، زندگی و زیسته شده است و محقق با اتکای به تجربه دست اول مشارکت‌کنندگان آنها را شرح، توصیف و تفسیر می‌کند. در این بخش از تحقیق، هریک از ابعاد بالا آن‌گونه ارائه می‌شود که در ادراک و زندگی روزانه مشارکت‌کنندگان زیسته شده و در بیان کلامی آنها به صورت مستقیم یا مضمونی باز نمود یافته است. البته هریک از این ابعاد دارای محتوای چندگانه و متکثری هستند که می‌توانند ذیل ابعاد یا عناصر فرعی تر نام‌گذاری و ارائه شوند.

### بدن زیسته

<sup>1</sup> Lived corporality

<sup>2</sup> Lived body -awareness

بیمار هم آن‌گونه که خود می‌گوید بیشتر از ریختن موی‌های سرش که باعث تغییر چهره‌اش شده است، «خجالت» می‌کشیده و نمی‌خواسته است تا فرزندان و اطرافیانش وی را در هیبت فردی «کچل» و «بی‌مو» ببینند.

**بدن-آگاهی زیسته:** از منظر پدیدارشناسی و براساس مفهوم قصدیت<sup>۱</sup>، ساختار تجربه توجه ویژه‌ای را بر دسته‌ای از تجربیات متمرکز می‌کند که همگی آنان با آگاه‌بودن از چیزی مشخص می‌شوند؛ یعنی تمامی آنان معطوف به یک ابژه هستند. البته باید بین آگاهی و صور مختلف آن و ابژه روی آوردی تمایز قائل شویم که در اینجا بدن است. صور مختلف آگاهی شامل ادراک، تفکر، حکم، خیال، شک، انتظار و یادآوری هستند و ادراک از صرف ابژه روی آوردی فراتر می‌رود (زه‌اوی، ۱۳۹۲: ۵۹-۶۲). در اینجا بیماران به انحاء گوناگون بدن خود را درک و تصویر کرده‌اند که این آگاهی بدنی حالات و ویژگی‌های مختلف اکنون، گذشته یا محتمل آنها را در آینده شامل می‌شود؛ برای مثال، شرکت‌کننده شماره (۴) می‌گوید:

«هر موقع وقت شیمی‌درمانیم میرسه، چه قبل از شیمی‌درمانی و چه بعدش، ناخودآگاه کم‌طاقت و بی‌حوصله می‌شم. بعدش خیلی دوست ندارم با کسی صحبت کنم. حس پوچی و بی‌ارزش بودن می‌کنم. دلم می‌خواد تنها باشم.»  
شرکت‌کننده شماره (۹) می‌گوید:

«امان از شیمی‌درمانی! خیلی از این مرحله بدم میاد. با اینکه بیماریم خیلی درد داره؛ ولی درد شیمی‌درمانی بیشتره. تا دو هفته‌ای نمی‌تونم چیزی بخورم. از بس حالت تهوع اذیتم می‌کنه. حس این را دارم که انگار می‌خوان بدنمو تکه‌تکه کنن.»

#### هیجان-عاطفه زیسته (احساس تنهایی و غریبگی): ترس

از مرگ یا ترس از عود بیماری از رایج‌ترین احساسات ناخوشایند گزارش شده در میان بیماران سرطانی و مخصوصاً افراد جوان‌تر است. این احساس به‌ویژه در بین بیمارانی که شاهد بروز موارد عود بیماری یا مرگ ناشی از سرطان در

در دامنه‌ای از حالات گوناگون و متقابل مانند رضایت و همذات‌پنداری با مشاهیر نمادین، عزت‌گزینی خودخواسته تا غیرمهم دانستن و انکار بُعد جسمانی تفسیر و تعبیر شده است. براساس محتوای مصاحبه‌ها یکی از بیماران که در نتیجه شیمی‌درمانی «موهایش ریخته و لاغر شده بود»، نه تنها از این حالت جسمانی «خجالت» نکشیده، بلکه خودش را «خوش‌تیپ‌تر» تصور کرده بود و از وضع جسمانی خودش خرسندتر بود؛ تاجایی که توانسته است با یک بازیگر معروف همذات‌پنداری کند. طبق اظهار شرکت‌کننده شماره (۱):

«وقتی در طول این دو سال به‌خاطر شیمی‌درمانی و پرتودرمانی همه موهام ریخت و لاغر شدم، ناراحت که نشدم هیچ، خجالتم نکشیدم. از قیافه‌ام خوشم اومد. حتی بیشتر از زمانی که مو داشتم و چاق‌تر بودم. هربار خودمو توی آینه می‌دیدم، به خودم می‌گفتم چه خوش‌تیپ شدم. تازه دوستانم می‌گفتن از وقتی کچل شدم، شبیه فلان بازیگر شدم. خیلی بهت میاد کچلی.»

در تقابل با شرکت‌کننده شماره ۱، یکی دیگر از بیماران به دلیل تغییر ظاهر جسمانی ناشی از ریزش «موهایش» خیلی ناراحت شده، سعی کرده بود تا تعاملات خودش با دیگران آشنا را از راه تمارض (برای نمونه خود را به خواب زدن در هنگام میهمانی) محدود کند یا با گذاشتن کلاه‌گیس وضعیت ظاهری خود را از نگاه‌های دیگران پنهان کند. شرکت‌کننده شماره (۴):

«در طی این سال‌ها از بس به‌خاطر قیافه‌ام و موهام ناراحت شدم، دیگه نه اجازه می‌دم مهمون بیاد و نه به مهمونی می‌رم. حتی به همسرم می‌گم خیلی خوشم نمیاد بچه‌ها مدام اینجا باشن. وقتی هم که سرزده مهمون میاد خونه، حتی اگه نوه‌هام یا بچه کوچک باشه، فوراً کلاه می‌ذارم سرم که کچلی موهامو نبینن و تو رختخواب دراز می‌کشم، خودم را به خواب می‌زنم. اصلاً این تغییر قیافه خیلی روی روحیه‌ام تأثیر گذاشته.»

هرچند عوارض شیمی‌درمانی و پرتودرمانی متعددند، تغییرات ظاهری مانند ریختن موی سر و صورت از مهم‌ترین نشانه‌های ظاهری و آشکار آن محسوب می‌شود. از آنجاکه موی سر می‌تواند تأثیر بسزایی در زیبایی فرد داشته باشد، این

<sup>1</sup> Intentionality

همتایان و نزدیکان خود بوده اند، بیشتر به چشم می‌خورد. ترس از بازگشت یا تشدید بیماری و نگرانی و عدم اطمینان از آینده تا سال‌های متمادی پس از خاتمه درمان، سبب تنش و اضطراب و بروز افسردگی مزمن می‌شود که تأثیر آن از خود بیماری سرطان مخرب‌تر است و منجر به بروز حس فقدان کنترل و در نتیجه وابستگی به سایرین در طی زمان می‌شود (Koch et al., 2013). مشارکت‌کنندگان مطالعه، احساسات متعددی مانند تنهایی، بی‌توجهی، نگرانی، عدم همدردی و همدلی و احساس پایان‌یافتگی را در گفته‌هایشان بیان کرده‌اند.

شرکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید:

«من خیلی تنهام. مخصوصاً الآن که بیمارم. هیچ وقت همسرم توجهی بهم نداشت. خیلی از حرف‌ها را نمی‌شه حتی به مادرم بگم. دلم شکسته برای احساس دوست داشته شدن، برای آغوشی از مهر، دلم می‌خواد سر بر شانه‌ای که هیچ وقت نبود بذارم و بلند بلند گریه کنم. اگه سهم از دنیا فقط این بیماریه، پس مظلومانه زیستم و مظلومانه می‌روم. وای بر دل پر از دردم!» شرکت‌کننده شماره (۴): «از زمانی که این بیماری به سراغم اومده، همش نگرانم. شب‌ها اصلاً خواب ندارم؛ انگار هر شب منتظرم فردا بشه و اینکه فردا چی می‌شه را نمی‌دونم؛ انگار منتظر پایان هستم.»

## زمان زیسته

برخلاف زمان مکانیکی مبتنی بر ساعت و عینی که در علم روزانه و محاسبات علمی-تاریخی تأکید و استفاده می‌شود، در پدیدارشناسی، درک و احساسات افراد از کمیت و کیفیت گذر زمان و حوادث متفاوت جهان مبنای ارزیابی و تحلیل زمان زیسته قرار می‌گیرد. به تعبیری، زمان زیسته همان دیرند<sup>۱</sup> زمانی است که در هنگام خوشحالی فرد احساس می‌کند زود می‌گذرد و برعکس هنگام ادراک ناخوشایند فرد از محیط یا وضعیتی، دیر سپری می‌شود. البته کیفیت این زمان می‌تواند متأثر از تجارب گذشته و حال ما و یادآوری حالات گذشته یا امید و انتظارات و آرزوهای ما از آینده ماهیت خاصی پیدا

کند. ناگفته نماند که ماهیت و محتوای همه حالات و زمان زیسته نیز همسان و همانند نیست، بلکه زمانیت و محتوای آن می‌تواند حالات و کیفیات خاصی پیدا کند. بیشتر مشارکت‌کنندگان اولین زمان مواجهه و مطلع شدن از داشتن بیماری سرطان را «دردناک‌ترین» لحظه دانسته‌اند. همچنین آنها زمان‌هایی مانند لحظه گذراندن شیمی‌درمانی یا هنگام فکر کردن به آینده بچه‌ها یا نزدیکان دیگر را «ناخوشایندترین لحظات دوران خود» تلقی کرده‌اند. آنها در لحظات خاصی مانند زمان شیمی‌درمانی تجربیات ناخوشایند خود را در قالب مفاهیمی مانند داشتن اضطراب، دلهره، آرزوی مرگ و... بیان کرده‌اند. بعضی از مشارکت‌کنندگان در لحظات خاصی مانند شب، ترس و استرس بیشتری را تجربه کرده‌اند. برعکس، در حضور دیگران و در جمع دوستان زمانی بوده است که آنها احساس آرامش و کاهش دغدغه کرده‌اند.

برای مثال شرکت‌کننده شماره (۵) می‌گوید:

«یادم هست اون روز وقتی پزشک گفت تشخیص ما سرطان است، بی‌هوا پاهام سست شد. نتونستم تا چند دقیقه‌ای راه برم. تمام اون روز را گریه کردم. همسرم مدام بهم دل‌داری می‌داد. نمی‌دونستم قضیه را چطور به مادرم بگم. ... اون روز برام بدترین روز زندگیم بود. دیگه نمی‌خوام تکرار بشه. حتی توی ذهنم.»

شرکت‌کننده شماره (۸) می‌گوید:

«این بیماری بدترین قسمتش زمانی است که برای شیمی‌درمانی قرار می‌شه به بیمارستان برم. از یک هفته قبلش مضطرب و بی‌قرار می‌شم. آرزوی زمانی را دارم که سالم بودم و قدر اون روزها را نمی‌دونستم.»

می‌توان گفت جوهر زمان زیسته این مشارکت‌کنندگان از نوعی انقطاع یافتگی و پیش‌بینی ناپذیری برخوردار بوده است. انقطاع یافتگی و پیش‌بینی ناپذیری به این معنی که آنان لحظات حساس گذشته، اکنون و آینده وجودشان را در پرتوی ابتلا به سرطان توصیف و تفسیر کرده‌اند. آنها لحظه آگاه شدن از سرطان را نوعی انقطاع و گسست بنیادی در تداوم روتین زندگی‌شان دانسته، اکنون خودشان را به شدت متزلزل می‌دانند و آینده‌شان را نیز در معرض ازهم‌پاشیدگی آنی پیش‌بینی ناپذیر و ناتمام‌شدگی وظایف نقشی مهم خود

<sup>1</sup> Duration

دانسته‌اند. عده‌ای نیز دایره تعاملات اجتماعی خود را به شدت محدود کرده و حتی در مواردی حوصله برقراری ارتباط با «فرزندان» خود را نیز از دست داده‌اند. شرکت‌کننده شماره ۵ که از حمایت همه‌جانبه همسر برخوردار بوده است، می‌گوید: «... خدا را شکر، همسرم خیلی درکش بالاست. وقتی همسرم متوجه بیماریم شد، گفت اصلاً نگران نباش همه‌جوره تلاش کرد که روحیه‌ام هیچ‌وقت خراب نشه. همه کارهای خونه را انجام می‌ده و به پسر می‌رسه. به من می‌گه فقط استراحت کن و غصه نخور تا خوب بشی.» شرکت‌کننده شماره (۱) می‌گوید:

«خدا را هزار مرتبه شکر که خدا همسر خوبی را سر راهم قرار داد. همیشه انگار حس امن بودن ارتباطمون دارم. از بس که وفاداری و از خودگذشتگی داره نسبت به من. همین حمایت عاطفی همسر هست که منو به زنده‌موندن و در کنارش زندگی کردن امیدوار می‌کنه.»

در مقایسه با افراد بالا بیمارانی نیز بودند که علاوه بر تحمل رنج دوران بیماری ناچار بوده‌اند بی‌تفاوتی‌ها، کم‌مهری‌ها و عدم درک از سوی همسرشان را بپذیرند. آنها می‌گفتند هیچ‌گونه حمایتی نه از نوع عاطفی و همدلانه، نه از نوع مالی و اقتصادی از سوی همسرشان دریافت نکردند و حتی همسر خود را فاقد درک حداقلی برای شناخت ماهیت درد سرطان و آثار و عوارض متعدد ناگوار آن می‌دانستند. مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید:

«وقتی همسرم متوجه شد سرطان دارم، اصلاً متأسف نشدم... منو در اون شرایط سخت تنها گذاشت و نه خرج زندگی، نه دارو و درمانمو داد. مرگ و زندگیم اصلاً برایش مهم نیست. ... آخه شوهرم اصلاً اهمیت نداد که من بیمارم، خرجی می‌خوام. انگار اصلاً متوجه نبود بیماری سرطان خرج داره. ای کاش یک‌بار از من حمایت و دلجویی می‌کرد! به‌خاطر بیماریم، دلداری بهم می‌داد؛ اما هیچ‌وقت بلد نبود، یک زن چقدر شکننده است. شاید از غصه‌ها سرطان اومد سراغم.»

البته شاید بتوان گفت از نظر فراوانی، بیشترین نوع حمایت‌های ابرازشده یا مورد توجه مشارکت‌کنندگان از جنس اقتصادی و مالی بوده است؛ به‌علاوه، مشارکت‌کنندگانی نیز که

توصیف و تفسیر کرده‌اند. مشارکت‌کنندگان ترس، دلهره، بی‌اطمینانی و ناامیدی به آینده خود، همچنین، وضعیت محتمل و پیش‌بینی ناپذیر انقطاع و گسیختگی تداوم حیات را با مفاهیمی مانند «پا در هوایی» یا «تثبیت‌نابودگی» امور به تصویر کشیده‌اند. البته دامنه این ترس و دلهره تنها به هستی خودشان محدود نبوده است، بلکه عدم حضور و ارتباط با دیگران نزدیک و مهم و ترس از سرنوشت آنان را نیز شامل می‌شود. شرکت‌کننده شماره (۱) می‌گوید:

«خیلی نگران آینده همسر و فرزندم هستم. نگران اینکه آگه من یک زمانی بر اثر این بیماری مُردم، چی به سرشون میاد. مال و ثروتی نداشتم که برای آینده اونها باشه. چون بیماریم مربوط به سرطان بیضه است، پزشکم گفته احتمالش هست که دیگه هیچ‌وقت در آینده بچه‌دار نشم. الان که تحت درمان هستم، پزشک گفت شاید در آینده باز هم بچه‌دار بشی؛ ولی فکر نکنم دیگه بتونم در آینده صاحب بچه بشم. من از آینده چیزی نمی‌دونم و امیدوارم همه چیز خوب پیش برود.» شرکت‌کننده دیگری می‌گوید: «از وقتی بیمار شدم، انگار فقط فردا را می‌بینم. منتظر فردام. هر روز که تموم می‌شه، با خودم می‌گم دیگه فردا آخرین روز زندگیم است. اون آینده‌ای که همیشه منتظرش بودم به بدترین صورت ممکن داره برام اتفاق میفته.»

## روابط اجتماعی زیسته

روابط اجتماعی زیسته بیماران مشارکت‌کننده را می‌توان از منظر تحلیلی در چهار مضمون فرعی توصیف و تفسیر کرد: شبکه تعاملات نقشی (ارتباط با اطرافیان نزدیک تا اطرافیان دور و پزشکان)، کمیت روابط (فراوانی تا کاسته‌شدن و قطع روابط)، ماهیت روابط (ماهیت اقتصادی، هیجانی-عاطفی، اطلاعاتی...) و کیفیت روابط (حمایت همه‌جانبه تا نادیده‌گرفتن و طرد بی‌رحمانه). تعدادی از مشارکت‌کنندگان از حمایت‌های همه‌جانبه و گوناگون همسر، خانواده و دیگران برخوردار بودند. در مقابل، تعدادی فراموش‌شدن توسط شوهر، اقوام یا کیفیت ارتباطی غیرمحترمانه و غیرعاطفی پزشکان را از مهم‌ترین تجارب اجتماعی زیسته خود

بیمارستان نزد پزشک رجوع کردم. پزشک بدون درنگ با مشاهده آزمایش‌ها با صدای بلند گفت خانم وضعیت شما خیلی بد است. باید فوراً بستری بشید. شما سرطان دارید. از نوع بدخیم... از حرف پزشک دقیقاً همون زمان شوک بزرگی بهم وارد شد که تا به امروز نتونستم با شرایط بیماری و پذیرفتن واقعیت کنار بیام.» فرد شماره ۸ می‌گوید: «با اینکه می‌دونستم سرطان دارم، آنقدر مریض و بدحال نبودم؛ ولی برخورد پزشک انقدر بد بود که انگار بزرگ‌ترین گناه دنیا را مرتکب شده بودم که سرطان گرفتم. از وقتی هم به بیمارستان اوادم، حالم خیلی بدتر شده. نه پزشک خوب رسیدگی می‌کنه و نه پرستار. فقط استرس بهم وارد کردن. کاش بمیرم راحت بشم.»

### فضای زیسته

مشارکت‌کنندگان تحقیق بیشترین توجه و کانون فضایی خود را به سمت فضاهای فیزیکی مانند خانه، بیمارستان، قبر و تاریکی آن و فضاهای ماورای مادی یا الهی مانند قیامت، تقدیر، خداوند، امر الهی و مرگ معطوف کرده‌اند. البته در مواقعی آنها آرزوی برگشتن به خانه و تجربه مجدد روزهای آرامش‌بخش سابق آن را داشتند. می‌توان گفت تصور و تجسم سه فضای خانه، بیمارستان و قبر و مقایسه دائمی آنها با یکدیگر، اضلاع مثلث فضایی متصور و متجسم رایج و برجسته مشارکت‌کنندگان بوده است. البته کانون توجه فضایی آنها بیشتر بر محور تقابل انگارانه خانه بیمارستان مبتنی بوده است. خانه از نظر آنها محل استقلال، آرامش، همدلی، باهم‌بودگی صمیمانه بوده و درمقابل، بیمارستان محل و نماد وابستگی، «پایان زندگی خود و دنیا»، «تجربه ناخوشایند شیمی‌درمانی»، «برخورد نامناسب پزشکان»، و «دیدن بیماران بدحال و بیمار» بوده است. به‌هرحال، در جوامع امروزی تصور و تجسم تجربه زیسته و هویت بیماران سرطانی دور از فضای بیمارستانی تقریباً غیرممکن است؛ اما برخلاف «نگرش طبیعی» رایج که معمولاً بیمارستان‌ها را مهم‌ترین عنصر نظام مراقبتی و درمانی در نظر می‌گیرد و مأموریت اصلی آنها را تأمین مراقبت باکیفیت برای بیماران و برآورده کردن نیازها و انتظارات آنها می‌داند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۳)، بیشتر

دغدغه اقتصادی نداشته یا منبع اقتصادی کافی و پیوسته‌ای (مانند حقوق ماهیانه) داشته‌اند، کمتر خود را نیازمند دیگران و اطرافیان دیده‌اند. مشارکت‌کنندگان شماره ۱، ۲ و ۴ مستقیماً به این موضوع اشاره کرده‌اند؛ برای مثال، شرکت‌کننده شماره (۲) می‌گوید:

«وضعیت اقتصادی خوبه. من دبیر آموزش و پرورشم. حقوقم هست. نگرانی بابت هزینه‌های منزل و درمان و... ندارم. خدا را شکر برادرهام وضعیت مالی خوبی دارن و همین الان هم حاضرن همه بود و نبودشون رو برای من فدا کنند تا من دوباره حالم خوب بشه و سلامتیم را به دست بیارم.»

تعدادی از این بیماران گفته‌اند که در نتیجه آثار بیماری توانسته‌اند تا حد زیادی «ماهیت» و خصوصیات اطرافیان نزدیک و دور خود را بشناسند و بسته به نوع ادراک خود، خود را مدیون آنان می‌دانند و امیدوار به جبران زحماتشان در آینده هستند یا برعکس، با اطرافیان دور و نزدیک قطع ارتباط کرده و به‌کلی از آنها فاصله گرفته‌اند؛ برای مثال، شرکت‌کننده شماره ۱۰ خودش را «مدیون» محبت‌های نامحدود مادرش می‌داند و آرزو دارد روزی بتواند محبت‌هایش را «جبران کند».

«... مادرم هنوز داغدار پدرم بود که منم سریار شدم. خیلی شرمسارم هستم و از درون می‌سوزم. برای این همه زحمتی که می‌کشه؛ ولی کاری نمی‌تونم برا خوشحال کردنش انجام دهم. اگه بیماریم خوب بشه، براش جبران می‌کنم و می‌دونم اگه بمیرم، غمی بزرگ‌تر روی دلش می‌مونه.»

برعکس، شرکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید:

«... این بیماری باعث شد اطرافیان و فامیل رو بهتر بشناسم که حاضرنشدن کوچک‌ترین مساعدتی به ما نکنند. انگار از این می‌ترسیدن، نکنه من محتاج به کمکشون باشم.»

چند نفر از مشارکت‌کنندگان به برخوردهای شتاب‌زده، بدون مقدمه و به تعبیر خودشان «بد» پزشکان در هنگام اطلاع‌رسانی از ابتلا به بیماری یا عدم رسیدگی و بی‌احترامی آنان در پروسه درمان اشاره کرده‌اند؛ برای مثال، مشارکت‌کننده شماره ۵ می‌گوید:

«قبل از اینکه از بیماری خودم اطلاع داشته باشم، به

مشارکت‌کنندگان بیمارستان را فضایی متفاوت، غم‌انگیز، کانون تجربه ناخوشایند حضور بیماران بدحال، روابط نامناسب پزشکان، تنفر و درعین حال لزوم تحمل و تن در دادن به اعمال ترسناک و دردآوری مانند شیمی‌درمانی و... تصور و ادراک کرده‌اند. شرکت‌کننده شماره (۱) می‌گوید:

«دوست دارم سلامتی را به دست بیارم و برگردم خونمون. زندگی زیر یک سقف با زن و بچه‌ام را خیلی دوست دارم...»

بعد از بیماری، معنای فضای خانه و جو خانوادگی برای آنها تغییر کرده و آنها دیگر خانه و زندگی در خانه را نه بسان روالی معمول و عادی، بلکه، آن را بسان آرزو و محل آرامش درک می‌کنند. فرد شماره (۷) می‌گوید:

«از فضای بیمارستان خیلی بدم می‌آید. زندگی کردن تو خونه خودم رو دوست دارم. حتی الان که بیمارم دلم می‌خواد تو خونه خودم بمیرم... می‌خوام هنوز اونجا زندگی کنم، حتی اگه شده چند ماه دیگه چند روز دیگه.»

مشارکت‌کننده (۴) می‌گوید:

«مراحل شیمی‌درمانی و مراجعه به پزشک را در مطب انجام می‌دم. به شدت از فضای بیمارستان بدم می‌آید؛ چون اومدن به بیمارستان و دیدن بیمارهای بدحال و بستری‌شده در بیمارستان برام حس مرگ داره.»

یکی دیگر از مهم‌ترین دغدغه‌مندی‌های فضایی این بیماران تجسم فضاهای مرتبط با مرگ مانند قبر، مراسم تشییع و تدفین خود و درکل، فضای «مرگ‌اندیشی و تا حدی مرگ‌هراسی» بوده است. البته درک و تفسیر همه مشارکت‌کنندگان از مرگ همسان و مشابه نبوده است. بیشتر آنها زندگی خود در این دنیا را «موقتی و کوتاه‌مدت» تصور می‌کنند و مرگ زودهنگام یا گریزناپذیر را فرجام و پایان «راه» سرطان می‌دانند. حتی اگر پزشکان و دیگران آنها را امیدوار به رفع بیماری و بازگشت به زندگی «عادی» کنند. بعضی از آنها با سرگرم کردن خود به انحراف گوناگون در صدد انتقال اندیشیدن به مرگ به «ناخودآگاه» برآمده‌اند. دیگرانی هستند که تاریکی زندگی در این دنیا را به «تاریکی قبر» تشبیه کرده‌اند و مرگ را نوعی «رهاشدگی» از این همه فضای غم و

غصه بی‌پایان و فراگیر تصور کرده‌اند.

شرکت‌کننده شماره (۹) می‌گوید:

«حتی یک لحظه هم نمی‌خوام به مرگ فکر کنم؛ وقتی ناخودآگاه فکر مردن بیاد توی ذهنم، فوراً فکرمو به چیز دیگه‌ای مشغول می‌کنم. متنفرم از مرگ. فقط دارم به خوب شدن فکر می‌کنم. مطمئنم خوب می‌شم. هنوز خیلی کارهای انجام نشده دارم.»

بعضی درمقابل، مرگ را دالانی برای رهایی از این «فضای قبرمانند زندگی» و «رهاشدگی» از رنج و غم بی‌پایان تصور کرده‌اند. شرکت‌کننده شماره (۳) می‌گوید:

«زندگی در این دنیا برام مثل فضای قبر می‌مونه؛ همین قدر تاریک. مرگ در نظرم مثل پروازه، رهاشدن از این همه رنج و غصه است. فقط به خاطر بچه‌هام و دل شکسته مادرمه که تحت درمان قرار گرفتم، وگرنه این زندگی برام خیلی وقته ارزش نداره و تموم شده.»

البته بعضی از بیماران که به تعبیر خودشان به «زندگی آن دنیایی» اعتقاد داشتند، وقوع مرگ و مواجهه با آن را متفاوت از دیگر بیماران توصیف و تفسیر کردند و حتی در راستای فضای آن دنیایی به کنکاش و کسب اطلاعات پرداخته‌اند؛ در این راستا، شرکت‌کننده شماره (۱) می‌گوید:

«گرچه زیاد به مرگ فکر می‌کنم، اما هیچ وقت از مرگ بدم نمی‌آید. معتقد به زندگی پس از مرگ هستم. حتی گاهی تاریکی و تنهایی قبر خودم را تصور می‌کنم. وقتی فهمیدم سرطان دارم، در مراسم تدفین و کفن و دفن خیلی از اقوام و دوستان حتی غریبه‌ها شرکت می‌کردم. راجع به اون دنیا و مرگ از افراد مطلع می‌پرسیدم، تا هم ترسی برام باقی نمونه هم خودم رو آماده کنم برای پذیرش واقعیت.»

به‌هرحال «مرگ‌اندیشی» یکی از مهم‌ترین عناصری بوده است که فضای ذهن و زندگی این بیماران را درگیر کرده است. هرچند تفسیر از مرگ در بین بیماران متفاوت است و آنان مرگ را «به‌مثابه پرواز پرنده‌ای برای رهاشدن از رنج‌ها»، «آغازی دوباره برای زندگی در جهانی دیگر» یا برعکس «اتمام راه زندگی»، «جدایی از دوستان و دل‌بستانان خود» تفسیر و تصویرپردازی کرده‌اند.

از نظر عمودی نیز، فضای تصویری خیلی از



«من وقتی فهمیدم بیمارم، توسل خاصی پیدا نکردم و نمی‌کنم؛ چون اعتقاد زیادی به خداوند ندارم و بیشتر معتقد به درمان با روش‌های علمی هستم. آگه خدایی وجود داشت، چرا باید بعضی از افراد سالم و ما بیمار باشیم.» در مقابل، شرکت‌کننده شماره (۹) بیان می‌کند: «از وقتی بیمار شدم، ایمانم بیشتر شده. قبلاً خیلی اهمیت نمی‌دادم به این امور؛ اما الآن چه شفا بگیرم از خدا و چه شفا نگیرم، خدا را عبادت می‌کنم. شاید این بیماری باعث شد متوجه شوم خدایی هم هست.»

مشارکت‌کنندگان از قلمروی جهان و امور مادی فراتر می‌رود و آگاهی‌شان پیوسته معطوف به جهان دینی، مقدس و الهی و ملزومات اعتقادی\_مناسکی آن مانند اعتقاد به خدا، روز قیامت است. همچنین، قدرت شفادهنگی خارق‌العاده و فراعلمی اموری مانند دعا و توسل به امور مذهبی است. در تقابل با افراد معتقد، دیگرانی بودند که بیماری و سرنوشت «ناخوشایند» خود را به‌عنوان نشانه‌ای از بی‌عدالتی خداوند توصیف و تفسیر کرده‌اند. شرکت‌کننده شماره (۲) می‌گوید:

#### جدول ۲- عناصر و مؤلفه‌های مضامین اصلی و فرعی بازنمایاننده سرطان زیسته مشارکت‌کنندگان

**Table 2- The main and subsidiary elements and components representing the participants, lived cancer**

مضمون اصلی	مضامین فرعی
بدن زیسته	هیجان- عاطفه زیسته، بدن- آگاهی زیسته، جسمانیت زیسته
زمان زیسته	زمان انقطاع یافته و پیش‌بینی ناپذیر
ارتباط اجتماعی زیسته	شبکه تعاملات، کمیت روابط، ماهیت روابط، کیفیت روابط
فضای زیسته	فضاهای افقی (خانه، بیمارستان، قبر)، فضاهای عمودی (ماورای مادی یا الهی و مرگان‌دیشی)

#### بحث و نتیجه

پیش‌رونده، وابستگی به دیگران و هراس از مرگ مواجه می‌شوند. این بیماران در این خصوص نگران‌اند که آیا پزشکان با آنها صادق بوده‌اند، آیا آنها بهترین درمان را دریافت می‌کنند و اینکه چگونه بیماری‌شان بر خانواده‌شان تأثیر می‌گذارد. آنان همچنین ناچارند با تنوعی از تغییرات و مسائل فیزیکی شامل درد، از دست دادن انرژی، بدفرمی<sup>۲</sup>، تهوع و انزجار، ریزش مو و بوی بد گلاویز شوند. واضح است چنین تغییراتی می‌توانند عمیقاً ناراحت‌کننده باشند و می‌توانند تأثیر کاملی بر خودادراکی بیماران داشته باشند (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). به تعبیر هایدگر، «دا-زاین»، نوعی هستی طبیعی دارد که در نتیجه مواجهه با بیماری سرطان به شدت «دلواپس هستی‌اش» می‌شود. به عبارتی فرد دچار نوعی «انقطاع هستی‌شناختی» می‌شود. دلواپسی و انقطاعی فراگیر که ابعاد متعدد و چندگانه بدنی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد. براساس تحلیل مضامین گفته‌ها و در راستای چارچوب تحلیلی ون‌منن می‌توان گفت که جوهر سرطان زیسته

نتایج این تحقیق نشان داد که هم‌زمان با ظهور اولین نشانه‌ها و علائم بیماری سرطان و تشدید تدریجی نشانه‌های اولیه یا تکثیر و عیان‌شدگی نشانه‌های بیشتر و مرئی‌تر، تصور و ارزیابی فرد از خودش همچون تصور و نحوه رفتار و ارزیابی دیگران از وی و در نهایت کمیت و کیفیت تعاملاتش با دیگران «دگرگون» می‌شود. به تعبیری، به محض تشخیص داده شدن، سرطان این پتانسیل را دارد که تقریباً بر هر جنبه‌ای از زندگی فرد شامل قلمروهای فیزیکی، روان‌شناختی، بین شخصی، فراغتی و ذهنی را تأثیر بگذارد (Aziz, 2007 in: Hoffman et al., 2012). افراد سرطانی، محتمل است درباره چیزهای زیادی به طور کامل ترسناک و نامطمئن باشند. محیطی که قبلاً حداقل، برای آنان تحمل‌پذیر بود، حالا پیش‌بینی ناپذیر و تهدیدآمیز تلقی می‌شود. مفروضات و باورهای پیشین بیمار درباره محیط و خودش<sup>۱</sup> به پرسش کشیده می‌شود. آنان با شبکه‌ای از ترس‌ها شامل ترس از درد، عود مجدد، زوال

<sup>2</sup> Disfigurement

<sup>1</sup> self



می‌زند و چنان رفتار می‌کند گویی که واقعاً هرگز مرگ خود را باور ندارد. برعکس، گویی کاملاً به «نامیرایی جسمانی خود» باور دارد (بکر، ۱۳۹۰: ۳۲)؛ اما حالت غیرعادی به‌ویژه سرطان، نوعی «رویاری با مرگ خود» محسوب می‌شود که می‌تواند موجب «هراس» و «فریفتارزدایی» از زندگی و جاودانی آن برای هر فردی باشد (صنعتی، ۱۳۸۴: ۴۸-۴۹).

بعد مهم دیگر مرتبط با سرطان زیسته مشارکت‌کنندگان، بعد روابط زیسته آنان بوده است. ارتباط زیسته، ارتباطی است که با دیگران در فضای بین فردی حفظ می‌کنیم که با آنها سهیم هستیم (نواب و حاجی‌بابایی، ۱۳۹۵: ۶۷) و شامل تعاملات بین سوژه و ابژه در جهان زندگی می‌شود؛ جایی که یک ابژه شامل دیگران، عکس‌العمل به دیگران، ادراک رفتار دیگران و... است (Mokhtari & Abootorabi, 2019). درکل، بیماران سرطانی مشکل درخور ملاحظه‌ای در روابط بین شخصی‌شان به‌عنوان نتیجه‌ای از بیماری‌شان تجربه می‌کنند؛ برای مثال، براساس تحقیقی از ۲۰ مسئله‌ای که بیشترین فراوانی را در بین بیماران سرطانی اشاره‌شده داشت، ۷ مورد ماهیتی بین شخصی داشتند. سهم زیادی از این روابط ناخوشایند به روابط بین شخصی با پزشکان و پرستاران مربوط بود. به‌علاوه، کسانی که توانسته بودند با وجود بیماری‌شان، روابط بین شخصی نزدیکی با خانواده و دوستانشان برقرار کنند، به طور مؤثرتری از پس مدیریت بیماری‌شان برآمده بودند (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). به تعبیر مید، کولی و شوتز می‌توان گفت دیگران اشاره‌شده در گفته‌های مشارکت‌کنندگان، در دامنه‌ای از دیگران نزدیک، خاص و باهم‌بودی‌ها تا دیگران عام و معاصران تنوع داشتند. اهمیت کیفیت روابط از نظر مشارکت‌کنندگان به حدی بوده است که ادراک سوژه-تن‌دار گلاویزشده با سرطان درخصوص وضعیت و هویت جدید خودش، تا حد زیادی متأثر از ادراکی است که وی از نحوه کنش و واکنش دیگران خاص و عام به بیماری خود دارد. به عبارتی، اینکه آیا شخص درگیر سرطان تصور می‌کند هویت جدیدش از سوی دیگران نزدیک (مانند همسر، پدر، مادر) یا تعمیم‌یافته و نوعی (مانند پزشکان، خویشاوندان دورتر و

مشارکت‌کنندگان در سطوح گوناگون و براساس شاخص‌ها و ابعاد چندگانه‌ای توصیف و تفسیرپذیر است. در سطح فردی و براساس مفهوم سوژه‌تن‌دارِ مرلوپونتی، بدن-سوژه درگیر سرطان از نظر روحی، جسمی، شناختی و رفتاری درگیر نوعی «گسست و انقطاع» می‌شود. مشارکت‌کنندگان تجاربی را زیسته‌اند؛ از جمله اضطراب و ناامیدی، تغییر حالت ظاهری جسمانی، عزت‌گزینی خودخواسته، انکار تنواره جسمانی، احساساتی مانند تنهایی، بی‌توجهی، عدم همدردی و همدلی، احساس پایان یافتگی، کسب شناخت جدید، گسسته و متفاوت از گذشته و نگاهی متفاوت به آینده متزلزل و پیش‌بینی‌ناپذیر و رفتارهای سلامت‌محورانه. ماهیت چنین تجربه زیسته‌ای در تحقیقات پیشین مانند سلاجقه و همکاران (۱۳۹۳)، خاکبازان و همکاران (۱۳۹۳)، عباس‌زاده و دیگران (۱۴۰۱)، کروم‌موید و کروم‌موید (2012)، ویلیامز و جینیتا (2016) و کرودر و همکاران (2023) همانند است که همگی با مضامین مشابه، اما شاید با توسل به اصطلاحاتی متفاوت نشان داده‌اند که افراد بعد از ابتلا به سرطان نگران تغییر در ظاهر بدنی خود بوده‌اند. نوعی اضطراب و ناامنی فراگیر، گسست از طرحواره‌های ذهنی روتین و کسب تجربه‌های شناختی جدید را تجربه کرده‌اند و بیشتر بر رفتارهای سلامت‌محور متمرکز شده‌اند؛ بنابراین، اولین و شاید مهم‌ترین بعد سرطان زیسته در «سوژه‌تن‌داری» متجسد شود که به‌مثابه کانون تلاقی ارتباط متفاوت و جدید این سوژه با دیگری‌ها و جهان عمل می‌کند. شاید بتوان گفت اولین، مرئی‌ترین و محسوس‌ترین نشانه بیماری سرطان در بدن تجلی و ظهور پیدا می‌کند. در پدیدارشناسی برخلاف دکارتیسم بین بدن و ذهن دوگانگی وجود ندارد و آنها درهم‌تنیده و از یکدیگر انفکاک‌ناپذیر انگاشته می‌شوند. حتی به تعبیر مرلوپونتی، بدن مقدم بر آگاهی دانسته می‌شود؛ چون تعامل فرد با دنیای پیرامون قبل از هر چیز از طریق بدن صورت می‌گیرد. به تعبیر مرلوپونتی «بدن زیسته هم جسمانی است و هم خودآگاه. ذهن در بدن است و بدن در ذهن» (Merleau-Ponty, 2005: 89). به تعبیر زیلبرگ انسان در حالت عادی «ترس از مرگ» را واپس

پا در هوا و... می‌داند، بیشترین توجه و کانون فضایی خود را به سمت فضاهاى فیزیکی آرامش‌زا مانند خانه معطوف می‌کند تا بیمارستان که به منزله کانون فشار، برخوردهای غیرمحترمانه و روابط ناخوشایند تصور و تفسیر می‌شود. آنان در فضای اجتماعی - فیزیکی این دنیایی احساس غریبگی، تنهایی و رهاشدگی می‌کنند. فضای زیسته می‌تواند به‌عنوان مکان یا جهانی دیده شود که مردم زندگی می‌کنند، آزادانه حرکت می‌کنند، با آن محیط تعامل برقرار می‌کنند و در یک موقعیت ویژه مانند خانه، محل کار، مدرسه یا هر مکان دیگری احساس آرامش یا ناراحتی می‌کنند (Van Manen, 1990 in: Waheed et al., 2022). لازم به ذکر است که فضا<sup>۲</sup> و مکان<sup>۳</sup>، دو پدیده به هم مرتبط، با هم فرق دارند. انضمامیت<sup>۴</sup> فضا از مکان کمتر است و فضا به معنی زمینه را برای دریافت چیزی یا بازگشت چیزی فراهم‌کردن است. هیچ فضای خالی‌ای وجود ندارد، درحالی‌که من می‌توانم به سمت یک مکان و از یک مکان حرکت کنم؛ اما در فضا حرکت می‌کنم و ممکن است همچنین فضا را حرکت دهم. فضا همیشه با چیزی پر می‌شود و فراتر از محتوایش بسط نمی‌یابد. برخلاف یک مکان که همیشه یک موقعیت دارد، به جا و مکانی خاص اشاره دارد، فضا هرجایی است و خودش را پر می‌کند (Sommer & Saevi, 2018)؛ از این‌رو فضای احساس، ادراک و زیسته‌شده می‌تواند متفاوت با مکان یا فضای مادی واقعی باشد که بیشتر در علم جغرافیا و با روش طبیعت‌گرایانه به آن توجه و تأکید می‌شود (مرلوپوتی، ۱۳۹۴: ۴۵). به تعبیر نوربرت الیاس<sup>۵</sup> یکی از وجوه بارز مرگ به‌عنوان موضوعی به‌شدت رازآلود در دوران مدرن آن است که مردن و تصور مردن در فضایی واقعی و هراسناک از «تنهایی و احساس تنهایی» اتفاق می‌افتد؛ زیرا تنها مردن هیچ‌گاه به اندازه امروز معمول نبوده است و امروزه باید در کنار کاستن از درد و رنج جسمانی محضران با آنان تعامل داشت و نشان داد که ایشان معنا و

غریبه‌ها) «تصدیق و تأیید» می‌شود یا خیر، نقشی مهم در کیفیت روابط زیسته این افراد داشته است؛ در این راستا، مشارکت‌کنندگانی که از حمایت‌های همه‌جانبه و گوناگون همسر، خانواده و دیگران برخوردار بودند با سهولت بیشتری توانسته بودند خودشان را با شرایط و وضعیت جدیدشان سازگار کنند. درمقابل، تعدادی که ادعا داشتند توسط شوهر یا اقوام نادیده گرفته شده یا با برخورد غیرمحترمانه، شتاب‌زده، سهل‌گیرانه و غیرعاطفی پزشکان مواجه بوده‌اند، نوعی درد مضاعف را تجربه کرده و مرگ را نوعی رهایی از وضعیت تصدیق‌ناشده خود دانسته‌اند. آنها بسته به نوع ادراک خود یا رفتار دیگران نزدیک، خود را مدیون آنان می‌دانند و امیدوار به جبران زحماتشان در آینده محتمل و متزلزل هستند یا برعکس، با اطرافیان دور و نزدیک قطع ارتباط کرده و به کلی از آنها فاصله گرفته‌اند. این یافته نیز با نتایج تحقیقاتی مانند خاکبازان و همکاران (۱۳۹۳)، شرافت و تقی‌خوان (۱۳۹۹)، کروموید و کروموید (2012)، ویلیامز و جینیتا (2016) و نورومحمد و همکاران (2021) همانند است که بیانگر اثرات مثبت تصدیق اجتماعی و حمایت خانواده و دوستان بر رفتارهای سلامت‌گرایانه و استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثر افراد سرطانی و در مقابل، اثرات اختلال‌کنندگی احساس پردشدگی هستند.

نکته دیگری که با کمک‌گرفتن از استعاره «حضور پرده»<sup>۱</sup> دوبواس می‌توان گفت این است که هرچند ظهور سرطان به‌مثابه نوعی پرده «ناخواسته و نوظهور»<sup>۱</sup> است که به‌صورت اتفاقی رخ می‌دهد و آگزیستانس فرد را درگیر می‌کند، تا اینکه مانند رنگین‌پوستی پرده‌ای «انتسابی و آغازین» باشد که همزاد فرد است؛ اما تشخیص آغازین سرطان می‌تواند به‌مثابه «پرده‌ای» تصور و تفسیر شود که موجب دگردیسی، جدایی و انشقاق تصویری-رابطه‌ای سوژه-تندار با گذشته زیسته خودش و نوع رابطه و درک روتین وی از زمان، فضا و اطرافیان می‌شود. با ظهور سرطان، فرد بیمار که خودش را ضعیف، ناتوان، متزلزل، نیازمند مراقبت، در معرض مرگ‌آنی،

2 Space

3 Place

4 Concrete

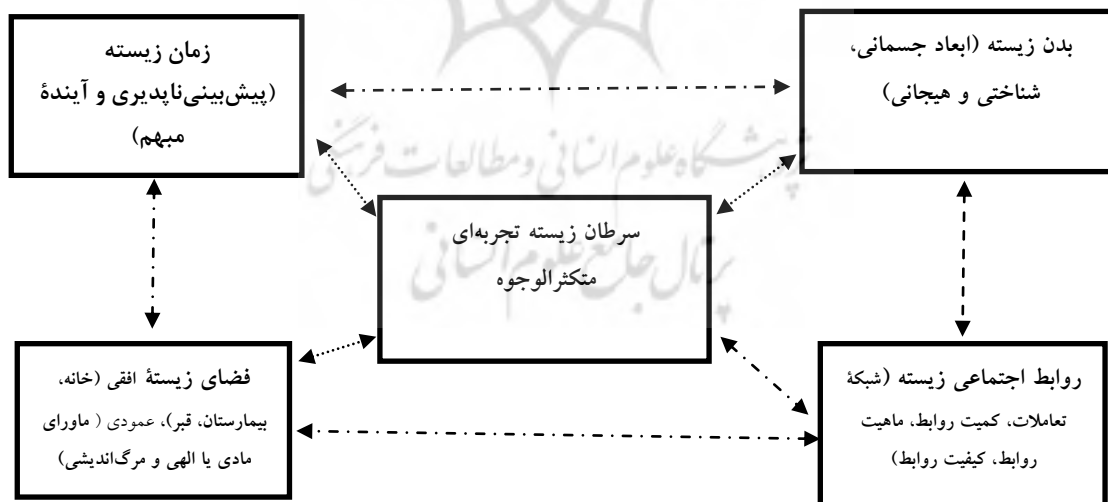
5 Norbert Elias

1 Emergent

معطوف بوده است. یافته‌ای که شاید کمتر و نمن به آن توجه کرده است و بیشتر در فضاهای دینی جامعه ما سازگاری دارد. این یافته با نتایج تحقیق ایمان‌زاده و شریفی (۱۳۹۷) سازگار است که نشان داده‌اند افراد برخوردار از نگرش دینی با سهولت بیشتری می‌توانند با بیماری‌های خطرناک منتهی به مرگ کنار بیایند.

در پایان لازم است گفته شود هرچند سرطان زیسته مشارکت‌کنندگان براساس چارچوب تحلیلی پیشنهادی ونمن در ابعاد چهارگانه مجزای بدن زیسته، زمان زیسته، روابط زیسته و فضای زیسته می‌توانند جدای از هم تحلیل شوند، آنها در واقعیت و در سطح انضمامی عناصر درهم‌تنیده‌ای هستند که با هم ساختار سرطان زیسته افراد را متبلور می‌کنند. به تعبیر مرلوپونتی در اگزیستانسیسوزۀ تن‌دار موقعیت‌مند، آنها عناصر تشکیل‌دهنده سرطان زیسته مشارکت‌کنندگان محسوب می‌شوند که پیوند دوسویه و متقابل آنها می‌تواند تا حدی در قالب نمودار زیر به تصویر کشیده شود.

ارزششان را برای دیگران از دست نداده‌اند. رواج فردگرایی افراطی سبب دوری ما از دیگران هنگام زندگی و زمان مرگ می‌شود و جلوگیری از حضور خویشاوندان بیمار محتضر، مانع از پشت‌گرمی‌ها و پشتوانه‌هایی می‌شود که فرد محتضر می‌تواند بر آنها تکیه کند (الیاس، ۱۳۸۴: ۸۲). از نظر فضایی، مشارکت‌کنندگان فضای بیمارستان را محل و نماد وابستگی، «پایان زندگی خود و دنیا»، «تجربه ناخوشایند شیمی‌درمانی»، «برخورد نامناسب پزشکان»، و «دیدن بیماران بدحال و بیمار» دانسته‌اند. در مقابل، فضای خانه و با اهل خانواده بودن را محل و کانون آرامش، لذت، گذران اوقات خوش توصیف و تفسیر کرده‌اند. از منظری دیگر، فضای زیسته می‌تواند به طور «عمودی» از امور دم‌دستی تا امور ماورای طبیعی و مافوق مادی و بشری امتداد یابد؛ همچنان‌که از نظر «افقی» می‌تواند در پهنه‌ای «محلی-ملی-جهانی» تصویرپردازی شود و تداعی یا بازنمایی‌کننده فضای فکری، احساسی و واقعی ما باشد؛ از این منظر، توجه بیشتر مشارکت‌کنندگان بیشتر به نیروهای ماورای طبیعی، الهی، آن‌دنیایی و گذرگاه ورود به آن، یعنی قبر



نمودار ۱- بازنمایی مفهومی و مضمونی عناصر درهم‌تنیده سرطان زیسته مشارکت‌کنندگان

**Diagram 1-** The Conceptual and thematic representation of interwoven elements of the participants, s lived cancer.

سهولت دسترسی پژوهشگر مصاحبه‌گر به مشارکت‌کنندگان

محدودیت‌های تحقیق: اولین محدودیت این تحقیق عدم

بود که در نتیجه شرایطی مانند مرخص شدن مقطعی یا دائمی بیماران از بیمارستان، در زمان شیمی‌درمانی، شرایط جسمانی و روحی روانی دشوار آنان، کسب مجوز برای ورود به بیمارستان، برخورد سخت‌گیرانه حراست بیمارستان در بخش بیماران سرطانی به‌خصوص در زمان اوج‌گیری بیماری کرونا، گردآوری داده‌ها در زمان اولیه و در صورت لزوم، رجوع مجدد به مشارکت‌کنندگان را سخت و دشوار و در مواردی غیرممکن می‌کرد.

**پیشنهادات:** پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها و خویشاوندان افراد سرطانی با تصدیق و درک حالات روانی و نیازهای متعدد این بیماران در صدد برقراری «ارتباط» همه‌جانبه با بیماران برآیند. باتوجه به تأثیرگذار بودن نحوه مطلع کردن آغازین بیمار از نوع بیماری، پیشنهاد می‌شود پزشکان به‌صورت غیرمستقیم، تدریجی و با زمینه‌سازی لازم، بیماران درگیر در سرطان را از وضعیت بیماری‌شان مطلع کنند. در مرحله بعد از تشخیص نیز در طول فرایند درمان، آنان با همدلی و همدردی بیشتری با بیماران سرطانی رفتار کنند و شرایط حساس جسمانی و روانی خاص آنان مانند زودرنجی، خستگی مفرط و... را درک کنند. در مواردی، سازمان‌ها و نهادهای دولتی یا ذی‌ربط می‌توانند حداقل با کمک‌های مالی و یارانه‌ای خاص از تشدید نگرانی‌ها و دغدغه‌های اقتصادی این بیماران و خانواده‌های آنان بکاهند.

## منابع فارسی

افراسیابی فر، ا؛ حسنی، پ؛ فلاحی خشک‌ناب، م. و یغمایی، ف. (۱۳۸۸). الگوهای سازگاری با بیماری. *دانشکده پرستاری و مامائی*، ۱۹ (۶۷)، ۴۲-۴۸.  
<https://www.sid.ir/paper/108285/fa>  
 ایمان‌زاده، ع. و شریفی گلزردی، ف. (۱۳۹۷). تجربیات زیسته بیماران سرطانی از اضطراب مرگ با تکیه بر دیدگاه موقعیت‌های مرزی یاسپرس. *روان پرستاری*، ۶ (۶)، ۳۵-۴۷.  
<http://ijpn.ir/article-1-1079-fa.html>  
 الیاس، ن. (۱۳۸۴). *تنهایی دم مرگ (امید مهرگان و صالح*

نجفی، مترجمان). گام نو.

بکر، ا. (۱۳۸۴). وحشت از مرگ (سامان توکلی، مترجم).

ارغندون، ۲۶/۲۶، ۳۱۳-۳۳۰.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/23403>

تاسیک، م؛ میکلو، ج. و سویدی، س. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*

*بیماری‌های روانی* (احمد عبداللهی، مترجم). سمت.

ترک‌مقدم، ل. (۱۳۸۸). ارزیابی معنای زندگی در بیماران

سرطانی. *اخلاق پزشکی*، ۳ (۷)، ۸۵-۹۵.

<https://journals.sbmu.ac.ir/me/article/view/3756>

خاکبازان، ز؛ لطیف‌نژاد رودسری، ر؛ تقی‌پور، ع. و محمدی،

ع. (۱۳۹۳). نقش تعاملات اجتماعی بر رفتارهای

جست‌وجوی سلامت زنان ایرانی با نشانه‌های سرطان

پستان (یک مطالعه کیفی). *حیات*، ۲۰ (۳)، ۴۳-۵۹.

<https://hayat.tums.ac.ir/article-1-1144-fa-pdf>

خدابخشی، ر. (۱۳۸۸). *سرطان و بحران‌های روانی (سرطان*

*زنگ بیداری)*. قطره.

دوران، ب. (۱۳۸۳). پیشنهاد برای حل مسئله اعتیاد به مواد

مخدر با اتکا بر شبکه ارتباطات کامپیوتر واسط. *مطالعات*

*فرهنگی و ارتباطات*، ۱ (۳-۲)، ۱۹-۴۴.

<https://sid.ir/paper/118123/fa>

ریتزر، ج. (۱۳۸۰). *نظریه جامعه‌شناختی معاصر (محسن*

*ثلاثی، مترجم)*. چاپ پنجم. علمی.

زهاوی، د. (۱۳۹۲). *پدیدارشناسی هوسرل (مهدی صاحبکار و*

*ایمان واقفی، مترجمان)*. روزبهان.

سلاجقه، ص. و رقیبی، م. (۱۳۹۳). تأثیر درمان ترکیبی گروه

درمان معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران

مبتلا به سرطان. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*،

۲۲ (۲)، ۱۱۳۰-۱۱۳۹. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2322-fa.html>

fa.html

شرافت، ش. و تقی‌خوان، ک. (۱۳۹۹). بررسی تجربه زیسته

زنان و مردان مبتلا به سرطان در شهر تهران. *تغییرات*

*اجتماعی و فرهنگی*، ۱۷ (۱)، ۶۴-۸۳.

<https://sanad.iau.ir/Journal/aukh/Article/1075097/FullText>

صنعتی، م. (۱۳۸۴). *درآمدی بر مرگ در اندیشه غرب*.

ارغندون، ۲۶/۲۶، ۱-۶۴.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/23389>

موسوی، ع. ر. (۱۳۸۵). رخداد سرطان در ایران، یک تخمین بین‌المللی. *سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۴ (۱)، ۴۸-۵۶. <http://jmciri.ir/article-1-1111-56-fa.html>

نواب، ا. و حاجی‌بابایی، ف. (۱۳۹۵). *پدیدارشناسی با تمرکز بر روش ون‌منن*. اندیشه رفیع.

## References

- Afrasiabifar, A., Hasani, P., Fallahi, K. M., & Yaghmaei, F. (2010). Models of adjustment to illness. *Advances in Nursing & Midwifery*, 19(67), 42-48. [In Persian]. <https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/1550>
- Abbaszadeh, M., Golabi, F., Alizadehaghdam, M. B., Aghayarihir, T., & Ghasemi, M. (2022). Designing the cognitive model of cancer survivors with a phenomenological approach (Case study of patients in Urmia city). *Strategic Research on Social Problems*, 11(1), 109-136. [In Persian]. <https://doi.org/10.22108/srsp.2022.128527.1697>
- American Cancer Society (2019). 1599 Clifton Road, NE Atlanta, Georgia 30329-4251 USA (404) 320-3333(800) ACS-2345 (227-2345). <http://www.cancer.org>
- Allen-Collinson, J. (2009). Sporting embodiment: Sports studies and the (continuing) promise of phenomenology. *Qualitative Research in Sport and Exercise*, 1(3), 279-296. <https://doi.org/10.1080/19398440903192340>
- Becker, E. (2011). Fear of death (S. Tavakoli, trans). *Arghanun*, 26/27, 313-330. [In Persian].
- Bertero, C. M. (2000). Types and sources of social support for people affected with cancer. *Nursing & Health Sciences*, 2(2), 93-101. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2000.00044.x>
- Compas, B. E., Bemis, H., Gerhardt, C. A., Dunn, M. J., Rodriguez, E. M., Desjardins, L., ... & Vannatta, K. (2015). Mothers and fathers coping with their children's cancer: Individual and interpersonal processes. *Health Psychology*, 34(8), 783-793. <https://doi.org/10.1037/hea0000202>
- Cooley, C. H. ([1922] 1956ed.). *Human nature and the social order* (in the Two Major Works of Charles H. Cooley). Glencoe, IL: The Free Press.
- Groenewald, C. (2018). A mother, s reflections of living with an adolescent drug abuser: A case report. *Journal of Substance Use*, 23(6), 667- 669. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2018.1459902>.
- Crowder, S. L., Sauls, R., Gudenkauf, L. M., James, C., Skinner, A., Reed, D. R., & Stern, M. (2023). The lived experience of young adult cancer survivors after treatment: A qualitative study. *Nutrients*, 15(14), 3145.

- عباس‌زاده، م؛ گلابی، ف؛ عزیززاده اقدم، م. ب؛ آقایی هیر، ت. و قاسمی، م. (۱۴۰۱). طرح الگوی شناختی بازماندگان سرطان با رویکرد پدیدارشناسی (مطالعه موردی بیماران در شهر ارومیه). *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۱۱ (۱)، ۱۰۹-۱۳۶. [https://journals.ui.ac.ir/article\\_26741\\_65e2fda10ca45b5c7\\_a538799cf3787c1.pdf](https://journals.ui.ac.ir/article_26741_65e2fda10ca45b5c7_a538799cf3787c1.pdf)
- فریار، ا. (۱۳۷۳). *مروری بر پدیدارشناسی و جامعه‌شناسی پدیداری*. علوم اجتماعی، ۳ (۵-۶)، ۱۶۹-۲۰۲. <https://doi.org/10.22054/qjss.1995.5158>
- قادرزاده، ا. و پیری، ک. (۱۳۹۳). *مطالعه پدیدارشناختی اقدام به خودکشی در شهر آبدانان ایلام*. *جامعه‌شناسی ایران*، ۱۴ (۱)، ۲۹-۳۳. [http://www.jsi-isa.ir/article\\_21056\\_b7013df853582b546270f7b062a47b0a.pdf](http://www.jsi-isa.ir/article_21056_b7013df853582b546270f7b062a47b0a.pdf)
- گیدنز، آ. (۱۳۷۸). *تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید* (ناصر موفقیان، مترجم). نی.
- ماتیوس، ا. (۱۳۸۹). *درآمدی به اندیشه‌های مرلوپوتنی* (رمضان برخوردار، مترجم). چاپ اول. گام نو.
- محمدی، ع؛ افتخار اردبیلی، ح؛ اکبری حقیقی، ف؛ محمودی، م. و پوررضا، ا. (۱۳۸۳). *سنجش کیفیت خدمات براساس انتظارات و ادراک بیماران در بیمارستان‌های زنجان*. *دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت*، ۲ (۲)، ۷۱-۸۴. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-271-fa.html>
- مرلو- پوتنی، م. (۱۳۹۴). *جهان ادراک* (فرزاد جابراانصار، مترجم). چاپ دوم. ققنوس.
- مظفری، ت؛ اصغرزاد، ع. ا؛ دژمان، م؛ فتحعلی لواسانی، ف. و فرانش، م. (۱۳۹۵). *خداوند و معنای زندگی، تجربه زیسته کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی*. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۲)، ۹۳-۱۰۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2597-fa.html>
- ناصری مقدم، ک. (۱۳۹۳). *دارودرمانی سرطان* (به همراه *مدالیت‌های دیگر درمانی تک‌نگار داروهای ضدسرطان*). سفیر اردهال.
- نورایی، س. م؛ سجادی، ع. ر؛ ملکزاده، ر؛ محقق، م. ع. و

- cancer patients. *Crisis*, 33(6), 325–334. <https://psycnet.apa.org/record/2012-31445-003>.
- Khodabakshi, R. (2008). *Cancer and mental crises (Cancer is a Wake-up Call)*. Qatrah Publications. [In Persian]
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, v. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (5 years) cancer survivors- a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Krumwiede, K. A., & Krumwiede, N. (2012). The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*, 39(5), E443-450. <https://doi.org/10.1188/12.onf.e443-e450>
- Khakbazan, Z., Latifnejad, R. R., Taghipour, A., & Mohammadi, I. (2013). The role of social interactions on health-seeking behaviors of Iranian women with breast cancer symptoms (A qualitative study). *Hayat Magazine*, 20(3), 43-59. [In Persian]. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1144-fa.html>
- Leder, D. (1992). *A tale of two bodies: The cartesian corpse and the lived body*. In D. Leder (Ed.), *The body in medical thought and practice* (pp. 17-35). Philosophy and Medicine, vol 43. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7_2)
- Mathews, E. (2020). *Introduction to merleau-ponty's thoughts*. (R. Bashart, Trans.; 1<sup>st</sup> ed). Game Nu. [In Persian].
- Mead, G. (1964). *Mind, self and society*. In A. Strauss (Ed.), *George herbert mead: On social psychology* (pp. 115-284). Chicago: University of Chicago Press. <http://tankona.free.fr/mead1934.pdf>
- Merleau-Pponty, M. (2005). *Phenomenology of perception* (C. Smith, Trans.). Routledge 8 Kegan Paul.
- Merleau- Ponty, M. (2015). *The world of perception*. Tehran: Qognoos, second printed. [In Persian]
- Mohammadi, A., Eftekharardebffi, H., Akbarihighighi, F., Mahmoudi, M., & Poorreza, A. (2005). Evaluation of services quality based on the patients' expectations and perceptions in Zanjan Hospitals. *Journal of the Faculty of Health and Health Research Institute*, 2(2), 71-84. [In Persian]. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-271-fa.html>
- Mozafari, N. T., Asgharnejad, A. A., Dejman, M., Fathalil-Lavasani, F., & Faranoosh, M. (2016). God and the meaning of life, the lived experience of children with cancer: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Psychology*, 22(2), 93-102. [In Persian]. <https://psycnet.apa.org/record/2017-12088-002>
- Mokhtari, M., & Abootorabi, F. (2019). Lived experiences of mothers of children with cerebral palsy in Iran: A phenomenological study. *Child & Youth Services*, 40(3), 224-244. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0145935X.https://doi.org/10.3390/nu15143145>
- Dinella, L. M., Fulcher, M., & Weisgram, E. S. (2019). Sex-typed personality traits and gender identity as predictors of young adults' career interests. *Archives of Sexual Behavior*, 43(3), 493-504. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0234-6>
- Dolatkah, R., Dastgiri S., Somi, M. H., Bonyadi, M. J., Gherami S., Fotouhi, N., Abdolmohammadi, R., Mohammadi, T., Ezati, F., Oskoui, S., Rahbari, F. Z.; Saeedi, L.; Gholchin, M. (2015). Common KRAS and BRAF mutations in colorectal cancer patients. *Govaresh*, 20(1), 27-33. <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/1375>
- Doran, B. (2004). A proposal to solve the problem of drug addiction by relying on computer-based communication network. *Iranian Quarterly of Cultural and Communication Studies*, 1(2-3), 19-44. [In Persian].
- Denney, R. M., Aten, J. D., & Leavell, K. (2011). Posttraumatic spiritual growth: A phenomenological study of cancer survivors. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4), 371-391. <https://doi.org/10.1080/13674671003758667>
- Du Bois, W. E. B. ([1903] 1965ed.). *The souls of black folk*. London: Longmans, Green and Co. Ltd.
- Elias, N. (2005). *Loneliness of death*. (O. Mehrgan, & S. Najafi, trans.). Gam Nu. [In Persian].
- Faryar, A. (1994). A review of phenomenology and phenomenological sociology. *Social Sciences Quarterly*, 3(5-6), 169-202. [In Persian]. <http://doi.org/10.22054/gjss.19955158>.
- Ghadirzadeh, O., & Piri, K. (2013). Phenomenological study of suicide attempt in Abadan, Ilam. *Iranian Journal of Sociology*, 14(1), 3-29. [In Persian]. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1393.15.1.1.8>
- Giddens, A. (2008). *Society*. (M. Sabori, Trans.). Ney.
- Giddens, A. (1999). *Modernity and identity: Society and personal identity in the new age* (N. Moafaqian, trans.). Ney. [In Persian].
- Hass, L. (2008). *Merleau-ponty, philosophy*. Indiana University Press.
- Hughes, C., Fasaye, G. A., Lasall, V. H., & Finch, C. (2003). Sociocultural influences on participation in genetic risk assessment and testing among African American women. *Patient Education Counseling*, 51(2), 107-114. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00179-9](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00179-9)
- Hoffman, M. A., Lent, R. W., Reque-Bogdan, T. L. (2012). A Social cognitive perspective on coping with cancer: Theory, research and intervention. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 240 -267. <https://doi.org/10.1177/0011000012461378>
- Imanzadeh, A., & Sharifgolzardi, F. (2016). Lived experiences of cancer patients from death anxiety based on Jaspers borderline situations. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(6), 35-47. [In Persian]. <http://ijpn.ir/article-1-1079-fa.htm>
- Kendal, W. S., & Kendal, W. M. (2012). Comparative risk factors for accidental and suicidal death in

- Sommer, M., & Saevi, T. (2018). Lived space and support as interrelated phenomena in the context of young people with mental health problems. *Phenomenology & Practice*, 12(1), 40- 56. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2576815>.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinician*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Szanto, T. (2020). *Phenomenology and social theory*. In P. Kivisto (Eds.), *The Cambridge Handbook of Social Theory* (292-316). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316677445.016>
- Tasik, M., Miklo, J., & Subdi, S. (2006). *Sociology of mental illnesses* (A. Abdollahi, Trans.). Samt. [In Persian].
- Turner, B. S. (1996). *Body and society*. Sage.
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient (Philosophy and Medicine)*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Turkmoghadam, L. (2008). Evaluation of the meaning of life in cancer patients. *Journal of Medical Ethics*, 3(7), 85-95. [In Persian]. <https://doi.org/10.22037/mej.v3i7.3756>
- Waheed, S. A., Gilani, N., Raza, M., & Sharif, S. (2022). Understanding student,s experiences of lived space in schools: A phenomenological perspective. *Journal of Research and Reviews in Social Sciences Pakistan*, 5(2), 1764-1776. <https://journal.kinnaird.edu.pk/wp-content/uploads/2024/07/5.-Dr.-Syed-Abdul-Waheed-JRRSSP22015.pdf>.
- Wertz, F. (1983). Some constituents of descriptive psychological reflection. *Human Studies*, 6, 35-51. <file:///C:/Users/cpb/Downloads/ComponentsofDescriptiv ePsychologicalReflection1983.pdf>.
- Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: Qualitative study. *Health Expect*, 19(3), 631-642. <https://doi.org/10.1111/hex.12372>
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35(1), 120- 155. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00792.x>
- Zahavi, D. (2012). *Phenomenology of Husserl*. (M. Sahibkar, & I. Waqfi, Trans.). [In Persian]. 2019.1594757.
- Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. London and New York: Routledge.
- Nasrimoghadam, K. (2013). *Drug therapy of cancer (Along With Other Therapeutic Modalities, A Monograph of Anti-Cancer Drugs)*. Sefir Ardahal. [In Persian].
- Nouraei, S. M., Sajjadi, A., Malekzadeh, R., Mohagheghi, M. A., & Mousavi, A. (2006). Cancer incidence in Iran, an international estimate. *Journal of the Medical System of the Islamic Republic of Iran*, 24(1), 48-56. [In Persian] <http://jmciri.ir/article-1-1111-fa.html>.
- Nurumuhamed, A., Kerie, S., Biresaw, H., Zewdie, A., Habtie, A., & Kassa, A. (2021). Lived experiences of adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment at University of Gondar Specialized Hospital, North West Ethiopia, 2021. *Journal of Patient Experience*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.1177/23743735231166496>
- Nawab, E., & Hajibabaei, F. (2015). *Phenomenology with a focus on van menen's method*. Andishe Rafi. [In Persian].
- Rawls, A. W. (2000). Race as an interaction order Phenomenon W. E. B. Du Bois, s “Double Consciousness” thesis revisited. *Sociological Theory*, 18(2), 241-274. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/0735-2751.00097>.
- Reitzer, G. (2002). *Contemporary sociological theory* (M. Salasi, Trans). Scientific Publication. [In Persian]
- Selajgeh, S., & Raqibi, M. (2013). The effect of combined therapy of spiritual - cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *Journal of Shahid Sadougi University of Medical Sciences*, 22(2), 1130-1139. [In Persian]. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2322-en.html>
- Sales, C. A., Almeida, C. S., Wakiuchi, J., Piolli, K. C., & Reticena, K. O. (2014). I survived cancer: A phenomenological analysis of the survivors language. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(4), 880-888. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002050013>
- Santi, M. (2018). An introduction to death in western thought. *Arghanun*, 26/27, 1-64. [In Persian].
- Shrafat, S., & Taghikhan, K. (2019). A study on the experience of men and women with cancer in Tehran. *Journal of Socio - Cultural Changes*, 17(1), 64-83. [In Persian]. <https://sanad.iaui.ir/en/Journal/aukh/Article/675217?jid=675217&lang=en>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7-34. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>