



واکاوی نگرش‌های مطرح وجود گرایی؛ در طراحی معماری مراکز درمانی بیماران سرطانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۱

کد مقاله: ۳۵۴۷۰

علی فلاح^۱، علیرضا شیرخانی^{۲*}

چکیده

با توجه به مقوله اضطراب و ترس در کودکان سرطانی که هر لحظه نگرانی آنها را از امید به زندگی بیشتر می‌کند و از این حیث (از نظر خود باوری، مبارزه با اضطراب، غلبه بر ترس، افزایش فعالیت‌های اجتماعی و...) نسبت به انسان سالم مورد اهمیت و پذیرش اجتماع کمتر قرار می‌گیرد. این معضل یکی از دلایل مهم پژوهش (توجه به راهکارهای طراحی مرکز آموزشی-درمانی بیماران سرطانی) می‌باشد. مرکز آموزشی درمانی بیماران سرطانی بیش از هر چیز دیگری نیازمند فضایی با امکانات متناسب با روحیات و احساساتشان می‌باشند، فضایی که بتواند غذای روحی آنها را تامین و تکمیل بر نداشته‌هایشان باشد. لذا تمرکز پژوهش توجه به نگرش‌های مطرح اصل وجود گرایی صدرایی در بیماران (خودباوری با پیروی از وجودگرایی وحدانی و اهمیت دادن به آنان در امر کار، تفریح و اشتغال) می‌باشد. این افراد در صورت بی‌توجهی نیروی خودباوری و خودکفایی آنان خاموش می‌کند، لذا وجودگرایی به منظور ایجاد خود درمانی از اهداف مهم این تحقیق است که می‌تواند یک خودباوری و امید به زیست اجتماعی را در این افراد شکوفا سازد. روش تحقیق در پژوهش حاضر به صورت توصیفی تحلیلی و مطالعه کتابخانه‌ای و اسنادی و بررسی نمونه موردی همراستا با مراکز درمانی بیماران سرطانی می‌باشد نتایج این تحقیق در انتها می‌تواند منجر به ارتقاء بیماران از نظر وحدانیت وجودی بواسطه ماهیت کالبدی و محیطی عناصر) در حوزه‌های درمانی و بهبود کیفیت و سلامت آنان در محیط‌های درمانی گردد.

واژگان کلیدی: وجود گرایی، بیماران سرطانی، خودباوری، امید به زندگی، طراحی محیطی

سرطان، یکی از بیماری‌های است که اضطراب زیادی را در مورد مرگ ایجاد می‌کند و به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب‌العلاج تلقی می‌شود و فرد متعاقب آن تشخیص، دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد. (زاهد و برقی، ۱۳۹۶: ۱۱۰) به عبارت دیگر، آنچه که این بیماری را برای افراد هراس‌انگیز و هولناک جلوه می‌دهد، به مهم‌ترین دغدغه آنها یعنی تهدید حیات برمی‌گردد. احساسی که آنها پس از مواجهه با تشخیص سرطان دارند، حس مرگ قریب الوقوع و نزدیک بودن به مرگ است (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۱) با پیشرفت‌های اخیر در درمان سرطان، تعداد بیشتری از این بیماران، از مرگ‌رهایی می‌یابند ولی با این وجود، سرطان در مقایسه با سایر بیماری‌های دارای پیش‌آگهی بد، ترس و نگرانی بیشتری را برای بیمار و خانواده اش ایجاد می‌کند. (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۲۷) سرطان در هر سنی قابل توجه است. از طرفی بستری شدن در بیمارستان و حضور مداوم در محیط سرد و بی‌روح بیمارستان، انسان را غمگین و تنیده می‌کند. درمان‌های طولانی مدت و درد آور این بیماری، شدت مشکلات روانی موجود را افزون‌تر می‌کند. به گونه‌ای که مطالعات نشان داده‌اند بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور همزمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند. به نظر می‌رسد برای بازگشت و حفظ تعادل روانی-اجتماعی و اقتصادی بیمار و نیز جهت افزایش کارایی و توان فرد برای مقابله با بیماری، تجهیز شدن بیمار و خانواده به منابع اجتماعی، ایجاد ارتباط با دیگران و دسترسی به حمایت اجتماعی می‌تواند بسیار موثر واقع شود. (آقابخش و راشدی، ۱۳۹۳: ۵). متناسب با سبب‌شناسی مشکلات روانی بیماران سرطانی، شیوه‌های گروه‌درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود. یکی از این رویکردها روان‌درمانی اصالت وجود است. این رویکرد نوعی شیوه‌درمانی بر پایه فلسفه است. این شیوه‌درمان بر ابعاد بین‌فردی و فرافردی انسان تمرکز می‌کند و سعی دارد جهان‌بینی فرد را هدف قرار دهد و به آن دست یابد. دستیابی به چنین هدفی نیازمند تمرکز بر روشنگری و فهم عقاید و ارزش‌های شخصی و آشکارسازی مکنونات و ناگفته‌هاست. این رویکرد درصدد است فرد را قادر سازد که آگاهانه‌تر، با اصالت‌تر و هدفمندانه‌تر زندگی کند و بتواند محدودیت‌ها و تضادهای وجود انسان را بپذیرد. شاید بارزترین ویژگی روان‌درمانی وجودی انسان‌گرایانه که در تعریف این دیدگاه، برخی از چهره‌های مهم آن را مطرح کرده‌اند، تأکید این رویکرد بر رابطه‌درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر فکری، عاطفی، رفتاری و ارتباطی مراجعه‌کننده باشد. که در اینجا؛ اصالت وجود، یعنی اصولاً فلسفه‌ای که یک واقعیت وسیع را به عنوان وجود قائل است که همه چیز مظهری از آن و مرتبه‌ای از آن و درجه‌ای از آن است و مستغرق در آن واقعیت است و از آن واقعیت هیچ چیز خارج نیست و لکن آن وجود لایتناهی خداوندی است و عناصر طبیعی با وجودیت او دارای اصالت می‌باشند. همه پدیده‌های جهان در یک اصل مشترکند که همان «وجود» نام دارد و وجود یگانه است زیرا از هستی‌بخش (یعنی خداوند یگانه) سرچشمه گرفته، اما ویژگی‌های هر یک از این پدیده‌ها از تفاوت میان ذات و ماهیت آنها حکایت دارد. یکی از معانی اصالت وجود صدرائی این است که آنچه عالم واقع را پر کرده فقط وجود است. بنابراین ماهیت هیچ تحقیقی در خارج ندارد و اگر از تحقق آن سخن می‌گوییم به نحو مجازی و بالعرض است. صدرا در این باره می‌گوید: «ماهیت خودش خیال وجود و عکسی از وجود است که در ادراکات عقلی و حسی ظاهر میشود» (صدرالمآلهین، ۱۳۷۵: ۱۹۸). لذا سوال تحقیق بدین گونه است که، معیارهای طراحی فضاهای درمانی آموزشی برای بیماران سرطانی از منظر خودباوری و امید به زندگی دارای چگونه می‌باشد؟

۲- روش تحقیق

پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی و با جمع‌آوری اطلاعات به شیوه کتابخانه‌ای و میدانی می‌پردازد. در این پژوهش ابتدا با شناخت و بررسی ادبیات علمی تحقیق مطالعه مشخص شده و سپس برای جمع‌آوری داده‌ها از جستجوی منطقی در مطالعات کتابخانه‌ای و از پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنتی معتبر و سایت‌های معماری و مجلات معتبر در بحث فلسفی وجودگرایی و اصالت وجود استفاده شده است. کتابهای مورد استفاده بخش مطالعات از کتاب‌های فارسی و غیر فارسی بوده‌اند. کتابهای مربوطه مورد مطالعه و سپس از آنها فیش‌برداری شده و از آنها تحلیل محتوایی صورت می‌گیرد. سپس خروجی مرحله قبل به روش توصیفی تحلیلی مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته و با تفسیر نتایج توصیه‌هایی ارائه می‌گردد. در نتیجه روش تحقیق، مرکب از مطالعات کتابخانه‌ای، برداشت میدانی و استناد به نمونه‌های موجود، در جاهایی که نیاز باشد از نظرات اهالی و صاحب‌نظران استفاده خواهد شد.

۳- پیشینه تحقیق

در زمینه تأثیر روانی بیماری و اهمیت معنویت در بهبود بیماران سهرابی و نجفی (۱۳۸۸) معنویت را دو بعد می‌دانند: بعد اول؛ معنویت مذهبی است که در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی، به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم؛

معنویت وجودی است که در آن تجربیات روانشناختی خاص که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا غایبی ندارند، مدنظر می‌باشد. در ارتباط با تأثیرات روانی سرطان در بیماران مطالعه زاهد و برقی (۱۳۹۶)، با هدف مقایسه اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دل‌بستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، قلبی و افراد عادی صورت گرفته است. نتایج این بررسی نشان داد، اضطراب مرگ در بین بیماران سرطانی، بیشتر از بیماران قلبی می‌باشد. (زاهد و برقی، ۱۳۹۶: ۱۲۰) ایشان دریافتند تهدید حیات و احساس تنهایی، دغدغه اصلی بیماران سرطانی در مواجهه با تشخیص می‌باشد. لطفی کاشانی و همکاران، (۱۳۹۱) در مقاله خود تحت عنوان "اثر بخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان" دریافتند، معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، امید و ارزش زندگی را اعطا می‌کند. به آنان احساس تعادل در زندگیشان را می‌دهد، همچنین به آنان کمک می‌کند که چگونه با بیماری فرد مبتلا کنار آیند و از این طریق بر روی کیفیت زندگی این مراقبان اثر می‌گذارد. همچنین نتایج مطالعه آقابخش و راشدی (۱۳۹۳) در مورد "حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان" نشان داد که مهمترین متغیر و تنها متغیر پیش بینی کننده میزان توانمندی مقابله با بیماری، متغیر مستقل میزان حمایت تعاملات اجتماعی مثبت می‌باشد. این موضوع به اهمیت تعاملات در توانمندی مقابله با بیماری اشاره کرده و لازم است در طراحی معماری نیز به موضوع تعاملات توجه ویژه شود. نتایج پژوهش فرخ نیا و همکاران (۱۳۹۰) در مورد "بررسی تأثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد، پریشانی و بهبود کیفیت زندگی موقعیتی افراد مبتلا به سرطان" نشان داد که مداخلات شناختی آماده سازی بیمار و انحراف مسیر توجه او توانست شدت درد و سطح پریشانی را کاهش دهد و کیفیت زندگی موقعیتی آنان را بهبود بخشد. نیلی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان "چگونگی بازتاب شاخصه‌های مناظر شفابخش در الگوی منظر باغ ایرانی" اینگونه تشریح می‌کنند که: در بعد تأثیر محیط درمان بر بهبود بیماران نشان می‌دهد که این مناظر شفابخش علاوه بر ایجاد حس آرامش در انسان، او را به تمرکز حواس و اندیشه دعوت می‌کند (نیلی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۷) سعیدیان و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود نتیجه گرفتند که به کارگیری روش های طراحی شده نقاشی تعاملی که همگی با هدف تخلیه هیجانات، آرام سازی، پرداختن به خود برای پذیرش نواقص و رفع آنها از طریق تخیل، افزایش اعتماد به نفس، ایجاد امید به آینده، تمرکز بر روی علایق و رهایی از نگرانی های ناشی از بیماری جهت رهایی از اضطراب فیزیولوژیکی طراحی گردیده؛ توانسته بر کاهش اضطراب فیزیولوژیکی کودکان سرطانی تأثیر معناداری داشته باشد. گرائیلی و فرشید فر (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان «بررسی عوامل محیطی موثر در طراحی آسایشگاه بیماران سرطانی با رویکرد ارتقای سطح روحی روانی» بیان کرده‌اند، شش عامل محیطی موثر در طراحی آسایشگاه شامل رنگ، صدا، نور طبیعی و مصنوعی، کوراسیون و فضای سبز در طراحی معماری محیطهای درمانی موثر است (گران و رحمانی (۱۳۹۴)).

۴- مبانی نظری پژوهش

۴-۱- بیماری

در هر تعریفی از سلامتی، مفهوم بیماری نقش مهمی بازی میکند. در حقیقت بیماری نقطه مقابل سلامتی است و با توجه به تعریف سلامتی، بیماری هر گونه انحراف از سلامت کامل جسمی یا روانی است که میتواند به صورت آشکار یا پنهان باشد. در تعریف بیماری مشکلاتی وجود دارد: بیماری که غالباً تندرستی را مقابل آن قرار میدهند، براساس شناخت اجتماعی از حالات عادی یا غیرعادی تعریف میشود و مساله اینست که اینها نسبی هستند و فراهم آوردن الگوهای استاندارد در این زمینه با مشکل مواجه ش می‌ود (محسنی، ۱۳۸۲: ۴۲) بیماری اشاره به نقصان روحی، روانی و یا جسمی دارد که در کل اختلالات بدن را بر هم زده و باعث ایجاد بی نظمی در ساختار بدن گردیده است. این اختلال می‌تواند به صورت پایه ای و یا سطحی باشد. ابن سینا سلامت را عرضی از جنس کیف نفسانی دانسته و آن را ملکه یا حالی تعریف می‌کند که مبدا افعال سلیم از موضوع خود است (رضانی و همکاران، ۱۴۰۰). برای بیماری تعاریف مختلفی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را به شرح ذیل طبقه بندی نمود:

۱- تغییر در ساختمان عضو و خارج شدن از حالت طبیعی

۲- تغییر در وظایف طبیعی جسم و روان

۳- پیدایش حالتی که سبب رنج شخصی شود

۴- عدم تعادل روانی و اجتماعی (همان).

۴-۲- تعریف سرطان

سرطان در برخی منابع فارسی با نام چنگار آمده است. نامی است که به مجموعه بیماری‌هایی اطلاق می‌شود که از تکثیر ماهر نشده سلول‌ها پدید می‌آیند. سلول‌های سرطانی از سازوکارهای عادی تقسیم و رشد سلول‌ها جدا می‌افتند. سرطان یک بیماری ژنتیکی است که در نهایت زاییده اثرات عوامل محیطی است (پارسا، ۱۳۹۰).

محققان انگلیسی در تحقیقات خود متوجه شدند که عدم توازن غیر ژنتیکی پروتئین باعث رشد خارج از کنترل تومور می‌شود. سرطان شامل انواع تومورهای بدخیم می‌شود. که در پزشکی آن‌ها را بیشتر با نام نئوپلاسم می‌شناسند. این اتفاق زمانی می‌افتد که یکی از سلول‌های بدن، در اثر عوامل مختلف، دچار رشد غیرطبیعی سلول‌های دیگر می‌شود. این فرایند در نهایت منجر به تولید تومور می‌شود که آن قسمت را از کار می‌اندازد و به قسمت‌های دیگر نیز سرایت می‌کند. سرطان با این نوع تومور گاهی بدون جراحی قابل درمان نخواهد بود. تومور خوش خیم برخلاف بدخیم نمی‌تواند دیگر قسمت‌های بدن را از خود پر کند. گاهی اوقات این تومور می‌تواند بسیار بزرگ باشد. البته نباید ناگفته بماند که تومورهای خوش خیم مغزی می‌توانند منجر به مرگ شوند به همین علت درمان این نوع از تومور خوش خیم بسیار اهمیت دارد (عبدالله زاده، ۱۳۸۶).

۳-۴-سلامتی

موضوع سلامتی از بدو پیدایش و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عمدتاً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی و به خصوص بعد روانی آن توجه شده است (معینی، ۱۳۸۶: ۲). مفهوم سلامت به معنای امروزی آن شامل تعادل و هماهنگی تمامی امکانات جسمی، روانی و اجتماعی، زندگی همراه با شادی، کارایی و اعتدال و مقاومت در برابر فشارها و عوامل خارجی است. با توجه به این منظر، سلامت نوین تدریجاً از طب سنتی فاصله گرفته است و بیشتر به نوع و سبک ویژه زندگی توجه دارد. به همین دلیل بیماری‌های جدیدی امروزه مطرح شده است که با سبک زندگی ارتباط دارد و برای رفع آنها باید تغییراتی در روشهای زندگی به وجود آید. از این رو مفهوم سلامت در دنیای امروز متحول شده و بیشتر معنای پیشگیری پیدا کرده است (همتی مقدم، ۱۳۸۶).

۴-۴-ناامیدی کشنده تر از بیماری

هر فردی به امید زنده است و اگر امید قطع شود مسلماً بیماری سیر پیشرفته تری به خود می‌گیرد. دکتر مهران شریفی افزود: ناامیدی باعث می‌شود بیمار حتی اگر بر اثر بیماری و شدت آن فوت نکند از مسائل جانبی و نداشتن روحیه و انگیزه زندگی دچار مرگ شود. باید در نظر داشت که شاد کردن بیمار با تحقق آرزوهایشان اقدامی شایسته در امیدبخشی به ادامه درمان و زندگی و شایسته تر از آن فراهم کردن زمینه و بسترهای تحقق آن برای دایره گسترده تری از این بیماران است. ضمن اینکه برای توسعه این فعالیت ارزشمند نیاز به همکاری و همت همگانی همه نهادها و سازمان‌های، هنرمندان، ورزشکاران و همه و همه در کنار مسوولان و مدیران است. علاوه بر این باید توجه داشت که این اقدام به صورت کاملاً رایگان و بدون هیچ هزینه‌ای برای خانواده بیماران صورت می‌گیرد و حیات بخشیدن به یک نفر به معنی حیات بخشیدن به یک جامعه و همه انسان‌هاست. بی‌علت نیست که خداوند متعال در قرآن کریم در سوره مائده می‌فرماید، هر کس، انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است. (موحدی و موحدی یزدان، ۱۳۹۲).

۵-۴-امید به زندگی در بیماران سرطانی

سرطان دسته‌ای از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز مشخص می‌شود. روحیه امیدوارانه از عوامل بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی بر سازگاری بیماران با شرایط زندگی، به خصوص در زمان درد و محرومیت دارد. امید می‌تواند در افزایش سلامت عمومی بیماران سرطانی سهم به‌سزایی داشته و در مراحل مختلف بیماری تأثیرگذار باشد. به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید با روشهای مناسب مانند یادگیری بر اساس حل مساله یا مشارکت فعال بیمار می‌تواند اثرات مفیدی بر جای گذارد (موحدی و موحدی یزدان، ۱۳۹۲).

۶-۴-نظریه‌های مختلف در مورد امید به زندگی

امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس آور می‌شود. جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امید به زندگی هستند. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق‌نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد. از تعاریف چنین برمی‌آید که امید به زندگی دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود.

افرادی که مبتلا به بیماریهای مزمن هستند نیازهای فیزیولوژیکی، روانشناختی و عاطفی متفاوتی دارند؛ ارضای اینگونه نیازها بخشی از درمان محسوب می شود. بنابراین سودمندترین انتخاب، چه در زمینه بهبود بیماری و چه در زمینه ارضای نیازهایشان، مداخلاتی هستند که علاوه بر درمانهای جسمی، درمانهای روانشناختی را نیز در نظر بگیرند (Kar, 2008). سرطان و تفکر امیدوارانه به دو طریق به هم مرتبط می شوند. اولاً، افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه تر عمل می کنند. آنها به احتمال بیشتری رفتارهای غربالگری سرطان را انجام می دهند. ثانیاً، افرادی که امیدوارانه می اندیشند در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری نشان می دهند. (Snyder et al, 1999) ارتقای امید، که از عوامل معنادار شدن زندگی است، به افراد کمک می کند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، رنج روانی خود را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامت عمومی خود را افزایش دهند (Herth, 1999). اسنایدر، بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم توانایی طراحی گذرگاه هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل یا انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها "تعریف کرده است (Snyder et al, 1999)

۴-۷- وجودگرایی

اصالت وجود، نظریه ای در فلسفه اسلامی است که در چند قرن اخیر مطرح و برجسته شده است در مقابل اصالت ماهیت. قائلین به اصالت وجود، خارجیت و عینیت اشیاء را ناشی از وجود آنها می دانند و ماهیت را امری اعتباری می دانند. در مقابل، قائلین به اصالت ماهیت، امور مذکور را ناشی از ماهیت آنها می دانند. از آنجا که وجودگرایی صدرایی یکی از کاملترین مباحث وجودگرایی است اینگونه بیان می کند که ذهن پس از انتزاع مفاهیم ماهوی از موجودات ممکن باید وجود را اصل قرار دهد و بعد ماهیت را بر آن حمل کند. یعنی «این وجود انسان است» بر این اساس دیگر مشکل رخ نمی دهد (صدرالمتألهین، ۱۳۷۵: ۱۹۷).

۴-۸- اصالت وجود اسلامی

وجود در فلسفه اسلامی اساساً مفهومی مغایر این موضوع دارد. در فلسفه اسلامی وجود یک مفهوم ذهنی صرف نیست، بلکه عینیت دارد و تمام اشیا و موجودات خارجی را نیز در بر می گیرد. فلاسفه اسلامی اعم از مشایی و اشراقی و صدرایی برای وجود، مصداق عینی قائل هستند، یعنی معتقد به حقیقتی مطلق در خارج از ذهن انسان هستند. البته این نکته لازم به ذکر است که اصطلاحاً لفظ اصالت وجود تا پیش از صدرای نبوده است که بدان اشاره ای شده باشد و این حکمت متعالیه صدرای است که فضلی میان فلاسفه اصالت وجود و اصالت ماهیت می اندازد در حالی که همان طور که اشاره شد تا پیش از او چنین تقسیم بندی بین فلاسفه وجود نداشتند و این نیز غلط است که بر اساس اشاره یک فیلسوف در فلان کتاب او را اصالت ماهیتی یا اصالت وجودی بنامیم. در حکمت متعالیه صدرالمتألهین، وجود واقعیتی اصیل و وسیع است که همه چیز مظهر و مرتبه ای از آن می باشد و هیچ واقعیتی خارج از آن نیست. صدرای برای نخستین بار برای وجود مراتب قائل می شود و مسئله تشکیک وجود را مطرح می کند. او برای نخستین بار در میان متکلمین و حکما مسئله امکان فقری را مطرح ساخت که البته این موضوع میراث پیشینیان است که او آن را متعالی نمود. فلاسفه اسلامی وجود را بدیهی و آن را مقدم بر ماهیت می دانند، اما مسئله ای که مطرح می شود این است که در آغاز کتب فلسفی اسلامی همواره بابتی مفصل درباره وجود نوشته شده است، در حالی که وجود را بدیهی شمرده، بیشترین بحث را به امری بدیهی اختصاص داده اند که این موضوع باید در مقالی جدا بررسی و مطالعه شود. اشراقیون را گفته اند که برای ماهیت اشیا اصالت قائل هستند و وجود هر شی را عارض بر آن و وجود را فقط در ذات باری تعالی اصیل و مستقل می دانند؛ در حالی که در هیچ جا این مسئله صراحتاً نیامده است. در حکمت متعالیه علاوه بر آنکه وجود مطلق از آن خداوند است، در هر شی آنچه که به آن واقعیت می بخشد وجود است نه ماهیت آن. این وجه افتراق از دو نگرش از یک حقیقت واحد به وجود آمده است. بنابراین در اصالت وجود اسلامی اشیا از همدیگر در ذات خود جدا نیستند، بلکه همه به درجاتی بهره مند از وجود و پرتویی از وجود مطلق را دارا هستند. البته برای توضیح تکمیلی لازم به ذکر است که این حقیقتی واحد است که در افکار عرفا نیز وجود دارد. برداشت از یک حقیقت مطلق و واحد است که همان ذات خداوند است که همه چیز از آن سرچشمه می گیرد. حال عرفا با ظاهر و مظهر و تجلی و فلاسفه با علت و معلول و مبدأ و اثر، اختلاف در عنب و انگور است.

۴-۹- ماهیت در فلسفه صدرایی

ملاصدرا همیشه از ماهیت و کلی طبیعی سخن گفته و آنها را در نظام فلسفی خود جای داده است. بنابراین، یا باید به این امر ملتزم شویم که از آنجایی که دیدگاه جدید ملاصدرا در باب اصالت وجود و حرکت جوهری در بافت و سنت ریشه دار اصالت ماهیت پدید آمد، وی فرصت کافی برای رهایی از همه لوازم بین و غیر بین اصالت ماهیت را نیافت. به همین جهت مطرح شدن بحث ماهیت و کلی طبیعی و مباحث مربوط به آنها در آثار ملاصدرا از

رسوبات سنت اصالت ماهیت است (مصباح یزدی، ۱۳۶۶، ص ۲۶). و در صورتی که نظام صدراپی به نحو صحیح بازخوانی شود به نام گرای منتهی خواهد شد؛ یا اینکه بگوییم وی متوجه همه لوازم نوآوری های فلسفی خود بوده است و مباحث ماهیت، کلی طبیعی و ماده، صورت و غیره را از اساس بر مبنای استوار کرده است که اگر کسی آن را بررسی کند هیچگونه تفاوتی در مکتب صدراپی نخواهد یافت. ملاصدرا هیچگاه منکر ماهیت، کلی طبیعی، و صور نوعیه نبوده است، بلکه در پرتو نظریه اصالت وجود تفسیر جدیدی از این امور ارائه می کند.

۴-۱۰-۱- اصالت وجود صدراپی

واقعیت آن است که در نظام صدراپی اصالت وجود به معنای نفی ماهیات نیست، بلکه به معنای نفی اصالت آنهاست. نفی ماهیت با نفی اصالت ماهیت بسیار متفاوت است. اگر کسی بر اساس نظام صدراپی قائل به اصالت وجود شود به این معنا نیست که ماهیات را اموری موهوم، و خیالی بدانند، بلکه آنها را اصیل نمی دانند. به عبارت دیگر، در نظام صدراپی ماهیات مجعول هستند نه موهوم، اما مجعول بالعرض یا بالتبع (صدرالدین شیرازی، ۱۳۶۰). در نظام صدراپی، حقیقت وجود دارای مراتب طولی و عرضی است. و هر مرتبه ذاتاً با مراتب دیگر مختلف است و به همین دلیل هر مرتبه از وجود آثار خاصی دارد. به عبارت دیگر، هر مرتبه از وجود مقوم همان مرتبه است. وجود عینی هر چند یک واحد یکپارچه است، اما هر مرتبه موجب پدید آمدن یک نحوه خاصیت در همان مرتبه از وجود است و همین ویژگی و خاص بودن یک مرتبه، آن را بالقوه از مراتب دیگر جدا می کند. بالقوه در اینجا یعنی به صورت بسیط و بدون حد و مرز و انفصال خارجی. بر اساس آنچه، به اجمال، از نظریه ملاصدرا ارائه شد، این نتیجه به دست می آید که ماهیات اموری واقعی هستند (نه اینکه وابسته به چشم انداز و اعتبار معتبرین باشد)؛ هر چند واقعیت خود را از برکت وجودات خاص به دست آورده اند. خاص بودن هر یک از وجودات نیز در اثر تشکیکی است که در وجود واحد عینی حکم فرماست و هر مرتبه از درجات این تشکیک، خاصیتی واقعی در وجود ایجاد می کند که منجر به پدید آمدن یا پدیدار شدن نوعی از انواع می شود.

۴-۱۱- معماری شفا بخش

اصطلاح درمان یا شفا به معنای از بین بردن علایم بیماری و بهبود احوال نامساعد بیمار است. همچنین، اصطلاح درمان برای کاهش نگرانی و استرس بیماران به کار رفته است به این سبب که **معماری** به عنوان عاملی شفابخش امکان بهره بردن از پتانسیل های محیط درمانی را فراهم و بایستی توانایی برانگیختن انگیزه ی مثبت را در بیمار ایجاد کند. معماری شفابخش تأثیرات منفی ناشی از استرس را کاهش می دهد در نتیجه واکنش های فیزیکی و روانشناسی مثبت در فرد به نحوی است که اثرات دارویی در طول درمان افزایش می یابد. معماری و طراحی می تواند عاملی شفابخش در فرایند درمان بیماران باشد توسط کمک های روانشناسی و فیزیکی که مراجعه کنندگان برخوردار می شوند. معماری شفابخش بایستی فعالانه و به طور موثری در کاهش استرس و فرایند بهبود بیماران نقش داشته باشد. نور روز، رنگ، طراحی داخلی مدرن سبب نوآوری در نحوه ی درمان و ایجاد انگیزه مثبت در بیماران است. با غهای شفابخش به عنوان منظر برنامه ریزی شده، بر موضوع سلامت روان و ترمیم آسیب های روحی، تأکید دارند. نحوه برنامه ریزی این نوع منظر به گونه ای است که تمام حواس انسان را درگیر و با انسان ارتباط برقرار می کند. مغز دو نوع دقت دارد: دقت مستقیم وابسته به مرکز شناختی بالاتر و شیفتگی ملایم مربوط به بخش حافظه. در محیط طبیعی، مرکز شناختی بالاتر استراحت و بخش قدیمی و حافظه، ترمیم پیدا می کند. لذا با پیروی از متون فوق و به نقل از کاپلان "با طراحی و مدیریت محی ط طبیعی، بازیابی ذهن از خستگی فکری ممکن است (Kaplan, 2014).

۴-۱۲- وجودگرایی بر افزایش امید به زندگی

وجود رابطه با تجربه بر زندگی، معنای زندگی، خودمختاری و روحی و معنوی، می تواند به افزایش امید به زندگی در سرطان کمک کند:

۱. ایجاد فضاهای طراحی معنادار و امیدبخش: محیطهای درمانی بر اساس اصول وجودگرایی می تواند به ایجاد فضاهایی منجر شود که به زندگی کمک کند تا به معنای خود بیندیشند و امید به زندگی داشته باشند.
۲. تقویت احساس کنترل و خودمختاری: طراحی محیطهای درمانی بر اساس اصول وجودگرایی می تواند به تقویت کنترل و خودمختاری در بیماران سرطانی کمک کند، که این امر می تواند به افزایش امید به زندگی منجر شود.
۳. توجه به روحیات و معنویات: طراحی محیطهای درمانی بر اساس اصول گرایمی می تواند با توجه به روحیات و معالجه های بیماری ها باشد، که این امر می تواند به افزایش امید به زندگی کمک کند.

در مجموع، وجودگرایی با تجربه بر تجربه زیسته، معنای زندگی، خودختاری و روحی و معنوی، می‌تواند در طراحی محیط‌های درمانی برای بیماری‌های سرطانی نقش مهمی ایفا کند و به افزایش امید به زندگی آنها کمک کند.

۵- بررسی نمونه های موردی

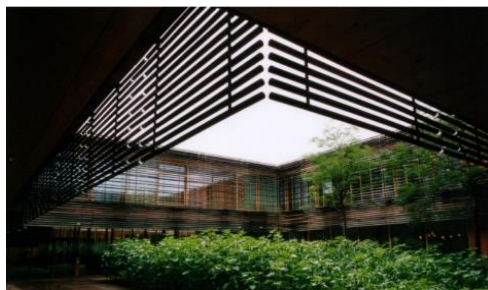
۵-۱- نمونه موردی شماره ۱: بیمارستان توانبخشی | هرزوغ و دمورون

کریدورهای احاطه شده، تصاویری متداول از طرح یک بیمارستان است که هرزوغ و دمورون در طراحی بیمارستان باز پروری (ریهاب بازل) سعی کرده اند از آن استفاده کنند. این بیمارستان جایست که افراد دچار سانحه تصادف و صدمات مغزی و نخاعی را به مدت ۱۸ ماه پذیرا خواهد بود تا بیاموزند که چگونه با شرایط جدید خود کنار آمده و استقلال هرچه بیشتر خود را دوباره به دست آورند. به دلیل شرایط سخت روحی و جسمی و همچنین اجبار بیماران به اقامت طولانی مدت معماران طرح یک ساختمان را با کاربری ها و فضاهای متنوع با روحیه ای همچون یک دهکده دارای خیابان، میدان، باغ، فضاها و امکانات عمومی و بخش های اقامتی مستقل که ساکنان آن برای رسیدن از یک نقطه به نقطه دیگر گزینه های متنوع و امکان انتخاب مسیر داشته باشند پیشنهاد کردند. طرح پیشنهاد شده توانست برنده مسابقه طراحی بیمارستان در سال ۱۹۹۸ گردد.



شکل ۱- بیمارستان توانبخشی ریهاب بازل (ماخذ: www.memarfa.com)

این ساختمان افقی دو طبقه طوری طراحی شده که دسترسی به تمام فضاها توسط ویلچر امکان پذیر است. در طبقه همکف بخش های درمانی، معاینات و اداری و در سمت شمال فضای بازی و تمرین برای ورزش درمانی قرار گرفته است. در بالای این طبقه یک تراس بام بزرگ با منظری از یک سو به شهر و از سوی دیگر به کوهستان برای استفاده بیماران و همراهانشان است. همچنین سالن کنفرانس و اتاق ورزش کارکنان، کتابخانه و امکانات اقامت شبانه برای ملاقات کنندگان قرار گرفته است.



شکل ۲- حیاط مرکزی ارگانیک در فضای درمانی ریهاب بازل

شفاف سازی جداره ها و حیاط های مرکزی، مصالح سبک و جداره های نازک شفافیتی بی نظیر به بنا داده است. تراس چوبی پیوسته کنسول شده در پیرامون ساختمان امکان دسترسی مستقیم بیماران به فضای بیرونی را از طریق درهای کشویی شیشه ای فراهم میکند. حفاصل این تراس و فضای اتاق جداره ای تمام شیشه ای است که حداکثر نور و دید به بیرون را فراهم می کند. یک گنبد کره ای شفاف به قطر دو متر بر روی سقف اتاق ها علاوه بر تامین نور طبیعی فرصت تماشای آسمان را به بیماران روی تخت می دهد در حالی که بخش های ورزشی، کارگاهی و اتاق های پر نور بیماران رو به منظره بیرونی دارند کلیت فضا با استفاده از حیاط های متعدد با هندسه های متفاوت بنایی درونگرا می سازد.



شکل ۳- فضای تعریف شده و آرامش بخش در بیمارستان ریهاب بازل (ماخذ: www.memarfa.com).

کاربردهای متنوع چوب در ترکیب با پارچه مصالح غالب نماها و فضاهای داخلی را شکل می دهد. پوشش نما از میله هایی با چوبی بلوط تابش را کنترل کرده اما مانع دید به بیرون نمیشوند و به همراه لبه افقی معلق بالای آن که از مواد نیمه شفاف ساخته شده به کیفیت خطی و افقی بودن بنا تاکید می کند.



شکل ۴- فضای لابی مرکزی و متریال طبیعی چوب در بیمارستان ریهاب بازل (ماخذ: www.memarfa.com).

سطح چوبی تراس بام علاوه بر ایجاد عایق حرارتی اب باران را جمع اوری کرده که برای استفاده مجدد در فضای سبز سایت تصفیه می شود. فضای سبز با گیاهان و درختان بومی که نیاز به مراقبت های خاص و آبیاری زیاد ندارند در قالب باغ های زینتی و باغچه های سبزیکاری شده در جنوب مجموعه طراحی شده اند.



شکل ۵- پلان بیمارستان ریهاب بازل (ماخذ: www.memarfa.com).

حیاط های حاصل از برش های نامنظم این توده وسیع راست گوشه علاوه بر جهت یابی و هدایت نور طبیعی و هوای تازه را برای بخش های داخلی فراهم می کنند. این ساختمان جعبه مانند طوری طراحی شد که فضاهای بیرون به درون کشیده شوند. این موضوع به همراه ارتفاع کم آن سبب پیوند گسست ناپذیر بنا با محیط اطراف و زمینه ان شده است، کیفیتی که به آرامش هرچه بیشتر کمک می کند.

جدول ۱- مولفه های موثر در طراحی بیمارستان ریهاب بازل

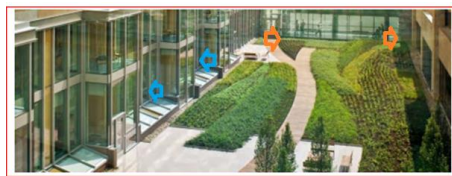
نمونه	تاریخچه	ایده	مولفه های کالبدی موثر در طرح
بیمارستان سرطان ریهاب بازل	۱۹۸۶ ساخته شد و برنده مسابقه طراحی ۱۹۹۸	متمركز و درونگر و دارای فضای حیاط مرکزی	دارای محیط طبیعی و فضای سبز-امکانات و خدمات رفاهی و تفریحی-توجه به محیط ارگانیک و سبز در همه بخش ها-توجه به فضاهای جمعی و تعاملات اجتماعی-استفاده از خط و خطوط منحنی و قوس در جهت آرامش بیماران

۵-۲- نمونه موردی شماره ۲: بیمارستان بیماری های سرطانی هرشی / هرشی، پنسیلوانیا، آمریکا / پایت

در فضاهای درمانی معمول ایزوله سازی، به عنوان راهی برای کنترل بیماری ها و ویروس های واگیردار است و ساخت بناهایی مستقل و جدا از هم، راهی برای رسیدن به این مقصود تلقی می شود؛ اما ساخت نوساز بیمارستان هرشی، که بر اساس فلسفه ی ذهنی کارفرما (دانشگاه پنسیلوانیا) طراحی شده، بر یک حجم واحد تاکید دارد که هم روند تحقیقاتی و هم درمانی را شامل می شود. ساختمان، با ۱۶۳۰۰ متر مربع مساحت، تعداد زیادی فضای داخلی و بیرونی برای بخش های مختلف خود دارد که موجب افزایش و اعتالی تعامل بین بیمار و درمانگر، و بیمار و خانواده ی او میگردد. مرکز پزشکی هرشی در ایالت پنسیلوانیا، طرح گسترش محوطه ی خود، که شامل افزودن یک الحاق برای انیستیتوی سرطان، یک بیمارستان کودکان و یک پارکینگ می شد را به شرکت طراحی پایت محول کرد. همچنین ساخت یک لابی پیش بینی و نیت قبلی، محقق شدند.

ساختمان انیستیتوی سرطان، با قاب فلزی خود، سبک تر و گشوده تر از بنای بتونی و منحنی هلال شکل به نظر می رسد و با سایبانی از چوب و فلز و طبقات فوقانی شفاف که بر فراز همکفی پوشیده از گرانیک، سنگ آهک و پنل

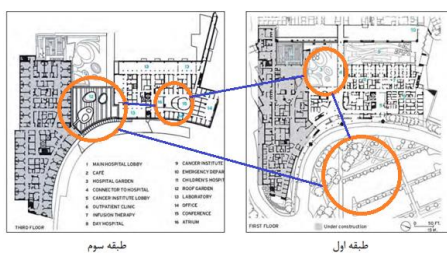
های برابر فلزی هستند، پذیرای افرادی ست که به این مکان وارد می شوند. در ساختمانهای قدیمی، فضای سبز در قالب باغ های سبز در جبهه ی دانشکده ی پزشکی واقع شده اند، در حالی که این محدوده، در طرح جدید، در قالب ردیفی از حیاط های سبز و در قسمت ورودی های تعبیه شده است؛ یک محدوده ی سبز برای انیستیتوی مرکز سرطان، یکی برای بیمارستان عمومی و دو تا برای بیمارستان کودکان و باغ های سبز، نیروی زنده ی پروژه هستند و معماران عقیده دارند که ادغام طبیعت در طرح، نه تنها باعث اعتالی آن می شوند، بلکه یقینا به بهبود و سلامت افراد مراجعه کننده نیز کمک خواهند کرد. ضرورت تردد آسان از میان ساختمان های جدید، معماران را برآن داشت تا فضاهای عمومی اصلی رابه مثابه مجموعه ای از فرم های منحنی و نرم بسازند. میزهای پذیرش، گلکاری ها و نورگیرها همچون جزیره هایی انتزاعی هستند که طبیعت موج و سبز رنگ از میان آنها گذر کرده است. فضاهای البی بیمارستان اصلی و مرکز سرطان، با یکدیگر برخورد دارند و قرار است که این شگرد در آینده ی نزدیک، لابی بیمارستان کودکان را نیز شامل شود. یک آتریوم به ارتفاع چهار طبقه از میان ساختمان مرکز سرطان برش خورده که دید طبقات به یکدیگر را میسر می سازد. از آنجایی که این مکان، یک نقطه ی تمرکز اجتماعی به وجود آورده، معماران فضای تجمع را دو برابر کردند.



برای شکست سنت های نادرست قدیمی در طراحی و ساخت، کاربری ها و فضاهایی که پیش از این در نقاط پراکنده و متفاوتی از محوطه قرار داشتند، در کنار هم جانمایی شده و دفاتر تحقیقاتی به همراه دفاتر کلینیکی در دو طبقه ی آخر قرار گرفتند. فضاهای استراحت و لژ، در طبقات فوقانی و مشرف به فضای تجمع وسیع، محلی عالی برای آرام شدن تمام اعضای تیم پزشکی و تغذیه و گفت و گو بین آنهاست. فضای حیاط مرکزی در نقش فضای جمعی و تعاملی منجر به روحانیت فضای می گردد و محلی را جهت بازدید های همگانی و استراحت فراهم کرده است

شکل ۶- فضای داخلی و مرکزی بیمارستان بیماری های سرطانی هرشی (ماخذ: www.architecturalrecord.com).

-ترانسپارانسی بودن جداره ها می تواند حس امنیت محیطی و شفافیت فضایی را بالا ببرد و برای کاربران حس مطلوب ایجاد کند. این طرحی ست که با هزینه ی ۳۲ میلیون دالر، یک مدل دپارتمانی و چندبخشی را به مرکزی منسجم و واحد تبدیل کرده و همانطور که کاربران می گویند، طرحی مفید و یاری رسان است. طبقات اول و دوم از روشنایی طبیعی بهره مند هستند و امکانات تزریقات و کلینیک بیماران سرپایی را در خود دارند. در برخی نقاط هم یک اتاق کوچک با دیوارهایی شفاف و اشراف به باغ برای اعضای خانواده وجود دارد که در طول معالجه ی بیمار، وقت خود را در آنجا سپری خواهند کرد. ارتباط بین ساختمان ها به واسطه ی فضاهای بیرونی، ویژگی خاص و امتیاز بزرگی برای این طرح محسوب می شود. آتریوم که فضای وسیع تجمع است، نور و تحرک را به قلب کشانده و در استراحتگاه های مرتفع خود، محل آرامی بزرای تجمزع مراجعین محققان و پزشکان فراهم نموده است؛ در عین حال که ارتباط بصری بین پزشکان و مراجعین را نیز برقرار نگه می دارد.



شکل ۷- پلان های اصلی بیمارستان بیماری های سرطانی هرشی (ماخذ: www.architecturalrecord.com).

سیرکوالسیون های طرح که همچون میانبرهایی هستند، با ایجاد این حس که مسیرهای تازه فاصله ی بین تحقیق و درمان را کوتاه تر خواهند کرد، تسکینی در قلب انسان به وجود می آورند.



شکل ۸- فضای داخلی بیمارستان بیماری های سرطانی هرشی (ماخذ: www.architecturalrecord.com).

جدول ۲- نتایج طراحی بیمارستان سرطانی هرشی

نمونه	تاریخچه	ایده	مولفه های کالبدی موثر
بیمارستان سرطانی هرشی	۲۰۱۲	ایده طراحی درونگرا و طرح گسترش محوطه ی خود، که شامل افزودن یک الحاق برای انیستیتوی سرطان	استفاده از فضای سبز با گیاهان و درختان بومی- تلفیق خطوط منحنی و قوسی با مترپال های جدید قاب های فلزی و شیشه ساختمانی سبک تر و گشوده تر را پدید آورده- پیوند گسست ناپذیر بنا با محیط اطراف و زمینه-ادغام طبیعت در طرح، به بهبود و سلامت افراد مراجعه کننده کمک خواهند کرد- استفاده از فرو رفتگی ها و برآمدگی ها در طراحی نما -وجود المانها و نشانه های خاص در ورودی بیرون و لابی های داخلی که به بیمار و همراهش کمک میکند تا به یاد داشته باشند از کدام ورودی و لابی وارد شده اند- طراحی لابی با پنجره های سراسری و وید ۲ طبقه که حس محصوریت و خفگی از بیمار را در بدو ورودی از وی می رهند.

۶- ماتریس برگرفته از مبانی نظری تحقیق

با توجه به مطالعات نظری تحقیق و همچنین بررسی نمونه های موردی در مورد راهکارهای فضای آموزشی درمانی کودکان سرطانی، نیاز و توجه هر چه بیشتر فضایی برای این کودکان در بعد کاهش استرس از اهمیت مطالعه مربوطه می باشد و لذا توجه به بعد فضایی و گسترش فضا از حالت محصور به فضای باز از ملزومات طراحی می باشد که بایستی با آن توجه گردد.

توجه به بعد معنوی فضای درمانی و تقویت فضاهای داخلی با نگرش های آموزش دین پروری و ایمان به وحدانیت

توجه به آرامش معنوی و اخروی با نگرش های نگاه به آینده و بعد اخروی و زندگی بعد از مرگ

توجه به نیازهای روانی و فیزیکی استفاده کنندگان از فضا از بعد نیازهای روزمره و شخصی

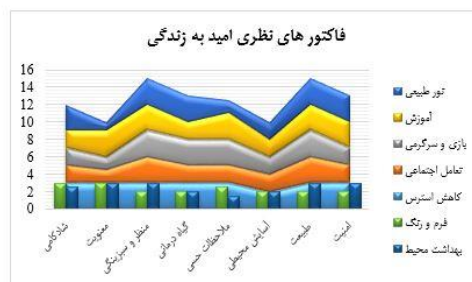
توجه به فضای تفریحی و بازی های جمعی با مقیاس و استاندارد مرتبط با کودک سرطانی

ترکیب فضاهای عملکردی از حیث تفکیک فضاها و در عین حال مرتبط بودن آنها با همدیگر

استفاده از استانداردهای ایمنی و امنیت در فضای فعالیت کودکان

توجه به نقش رنگ و میلمان در درمان پذیری و معکوس آن

استفاده از درختان و ایجاد سبزیبندی درون محیطی و مسیرهای حرکتی



شکل ۹- ماتریس برگرفته مبانی نظری تحقیق. ماخذ: نگارنده

۶- تحلیل یافته ها

با پیروی از متون پژوهش، تأثیر وجودگرایی بر طراحی محیط‌های درمانی اینگونه برآیند می‌شود که؛ وجود گرایی به یک مکتب فلسفی، برای تجربه زیسته و معنای زندگی برای افراد مختلف است و در برآیند آن اهمیت موجودیت انسانی با الگوهای محیطی به وحدانیت خداوندی اشاره دارد. این امر می‌تواند در طراحی محیط‌های درمانی برای بیماری‌های سرطانی نقش مهمی ایفا کند:

-توجه به تجربه زیستی بیماران: وجودگرایی بر تجربه زیسته افراد و معنای زندگی آنها در آن وجود دارد. در طراحی محیط‌های درمانی، این به معنای توجه به نیازها، احساسات و تجربیات بیماری‌های سرطانی است.

-ایجاد فضای معنادار: وجودگرایی بر معنا و هدف در زندگی افراد اشاره دارد. در طراحی محیط‌های درمانی، این مکان به معنای ایجاد فضاهایی است که کمک کند تا به معنای زندگی خود بیندیشند و امید به زندگی داشته باشند.

-توجه به روحی و معنوی: وجودگرایی بر مفهوم روحی و زندگی معنوی افراد اشاره دارد. در طراحی محیط‌های درمانی، این به معنای توجه به نیازهای فضای سبز و محیط‌های شفاف‌بخش و توجه به عوامل نور و رنگ در بهتر نمایان شدن بعد مادی و ارتقاء تفکر به سوی بعد معنوی و روحی بیماری‌های سرطانی است.

با توجه به مطالعات نظری تحقیق در مورد فضای آموزشی درمانی بیماران سرطانی توجه به بعد فضایی و گسترش فضا از حالت محصور به فضای روحانی و غیر محصور از معیارهای طراحی منطبق بر بحث وجود گرایی و وحدانیت می‌باشد که بایستی با آن توجه گردد. لذا منطبق بر رویکرد توجه به معیارهای ذیل مهم می‌باشد:

توجه به بعد معنوی فضای درمانی و تقویت فضاهای داخلی با نگرش‌های آموزش دین پروری و ایمان به وحدانیت

توجه به آرامش معنوی و اخروی با نگرش‌های نگاه به آینده و بعد اخروی و زندگی بعد از مرگ

توجه به نیازهای روانی و فیزیکی استفاده کنندگان از فضا از بعد نیازهای روزمره و شخصی

توجه به فضای تفریحی و بازی نیز با مقیاس مرتبط با بیمار سرطانی

توجه به نقش رنگ و مبلمان در درمان پذیری

جدول ۳- معیارها و راهکارهای نظری استخراجی روانشناسی محیط آموزشی کودک سرطانی (ماخذ: نگارنده).

ردیف	معیارهای نظری استخراجی	راهکارها
۱	بازی درمانی در تقویت حافظه حسی کودک	ایجاد محیط‌های انگیزشی جهت بازی و تحرک- محیط‌های روان درمانگر مانند استفاده از آب نما و حوض
۲	نقش رنگ در رفتار درمانی	استفاده از رنگ‌های ملایم در محیط آموزشی و کلاس‌ها و همچنین استفاده از رنگ‌های شاد در علائم راهنما در مسیر و هدایت‌کنندگی.. مثلا استفاده از رنگ آبی و نیلی جهت آرامش و رنگ زرد جهت شادی و ...
۳	فرم فضایی مطلوب جهت درمان و استفاده از فرم‌های ساده و منحنی	کودک سرطانی با فرم ساده ایجاد احساس امنیت و آرامش کمک می‌کند- استفاده از خطوط منحنی در جداره‌ها به جای خطوط تیز و شکننده و غیر صاف
۴	بافت، مقیاس و تناسب	هرچه مقیاس فضا با کودک متناسب تر باشد، کیفیت فضا و تنوع بازی کودکان بیشتر می‌شود- استفاده از بافت‌های نرم و غیر تیز و لیه دار- استفاده از مصالح غیرشکننده و منعطف- بافت فضایی نرم در کف و جداره‌ها
۵	تزئینات و مبلمان کودک	تحریک رنگ جداره‌ها و مبلمان تهیج‌پذیر- استفاده کمتر از پله
۶	توجه به فضای کالبدی	طراحی پلان باز بهتر از طراحی کلاس درس سنتی با میزهای به سمت معلم می‌باشد- شفافیت محیط داخلی جهت کنترل بهتر
۷	توجه به بعد عملکردی فضا	استفاده از رنگ‌های شاد و فرح بخش- استفاده از پنجره‌های دوجداره و رنگی- استفاده از فضاهای بازی با طراحی غیر پیچیده- توجه به مسیرهای حرکتی و کاشت درختان و بوته‌های سبز در این محدوده‌ها
۸	بعد روانی فضا	ایجاد محیط‌های آموزش معرفت‌شناسی و دین‌ورزی در بعد معنوی- ایجاد محیط‌های فرح بخش از نظر مناظر بهشتی- ایجاد کلاس‌های تقویت نگرش‌های دین‌ورزی و اعتقادی

۷- نتیجه گیری

محیط نقش مهمی در عزت نفس بیماران سرطانی با تأثیرگذاری بر خلق و خو، رفاه و تجربه کلی آنها در طول درمان دارد. مطالعات نشان داده اند که تأثیرات حسی مثبت، مانند معماری، دکوراسیون و دسترسی به طبیعت در محیط های بیمارستانی، می تواند به طور قابل توجهی بر خلق و خوی بیماران تأثیر بگذارد و افکار و احساسات مثبت ایجاد کند و در نهایت به آنها کمک کند تا هویت خود را حفظ کنند و با خاطرات خوب ارتباط برقرار کنند. علاوه بر این، محیط فیزیکی مراکز درمانی، از جمله عواملی مانند کنترل بیمار بر محیط اطراف و دسترسی به حمایت اجتماعی، می تواند بر ادراک بیماران از مراقبت و رفاه تأثیر بگذارد، با اتناهای انتظار شلوغ و دمای ناخوشایند که منجر به احتمال بیشتر تأثیرات منفی بر خلق و خو می شود. علاوه بر این، پرداختن به محیط شفا بخش با به حداقل رساندن استرس و اضطراب در بین بیماران، خانواده ها می تواند به نتایج بهتر سلامت روان در بیماران سرطانی کمک کند. هستی شناسی از نگاه فلاسفه بزرگی مانند ملاصدرا (صدر المتاهلین) نقش موثری در تکوین بعد امید به زندگی شخص بیمار دارند که بواسطه فاکتورهای ادراکی، عاطفی و اجتماعی خود می تواند نقش ارزنده ای در محیط کالبدی داشته باشد. هستی شناسی که بیشتر به پی بردن به ذات خداوندی به عنوان واحد بی همتا می باشد، امید به زندگی را در محیطی که پر است از خلقت خداوندی می تواند شکوفا سازد.

منابع

۱. اسمعیلی، روانبخش، احمدی، فضل اله، محمدی، عیسی، و تیرگری سراج، عبدالحکیم (۱۳۹۱)، تهذیب حیات، دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان: یک مطالعه کیفی. حیات، ۱۸ (ویژه نامه)، ۱۲-۲۲.
۲. آقابخشی، حبیب و راشدی، اسماعیل (۱۳۹۳)، «حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان» پژوهش نامه مددکاری اجتماعی، شماره ۱، صص ۱-۳۸.
۳. پارسا، ناصر (۱۳۹۰)، اساس سلولی و مولکولی سرطان در انسان، مقاله مروری. سلول و بافت، ۲ (زمستان ۹۰)، ۳۶۵-۳۷۶.
۴. رضائی گیوی، سمانه، مرادی، حسن، و عمارتکار، الهام (۱۴۰۰). تعریف سلامت و بیماری از منظر ابن سینا و طب رایج. طب سنتی اسلام و ایران، ۱۲ (۳)، ۱۹۷-۲۰۸.
۵. زاهد بابلان، عادل و برقی، سیدا (۱۳۹۶)، «مقایسه اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دل بستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم» روانشناسی و دین، شماره ۳۸، صص ۱۰۹-۱۲۴.
۶. سعیدیان، افروز؛ افسانه ناظری؛ پریسا دارویی و آناهیتا تاشک (۱۳۹۵)، تأثیر نقاشی تعاملی بر کاهش اضطراب فیزیولوژیکی کودکان سرطانی ۶-۸ سال، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت خدمات برتر.
۷. فرخ نیا، مریم، شهیدی، شهریار، فتح آبادی، جلیل (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد، پریشانی و بهبود کیفیت زندگی موقعیتی کودکان مبتلا به سرطان. روان شناسی بالینی، ۳ (۲)، ۳۵-۴۲.
۸. گران، فریبرز و محمد رحمانی قصبه (۱۳۹۴)، تأثیرات طراحی داخلی در کلینیکال کودکان سرطانی با رویکرد روان درمانی برای بهبود وضع درمان، همایش بین المللی معماری عمران و شهرسازی در آغاز هزاره سوم، تهران، کانون سراسری انجمن های صنفی مهندسان معمار ایران.
۹. گرائیلی، خانه و رامین فرشیدفر (۱۳۹۴)، بررسی عوامل محیطی موثر در طراحی آسایشگاه کودکان سرطانی با رویکرد ارتقای سطح روحی روانی، اولین همایش ملی توسعه پایدار شهری، تهران، گروه پژوهشی کیمیا.
۱۰. لطفی کاشانی، فرح و همکاران (۱۳۹۱)، «اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان» نشریه فقه پزشکی، شماره ۱۱ و ۱۲، صص ۱۲۵-۱۵۰.
۱۱. محسنی، منوچهر (۱۳۸۲)، جامعه، شناسی پزشکی، انتشارات طهموری، تهران.
۱۲. محمدی، معصومه و موحدی یزدان، فرهاد علی (۱۳۹۴)، تأثیر آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتال به سرطان، پرستاری و مامایی جامع نگر، شماره ۷۶، صص ۹۲-۸۴.
۱۳. همتی مقدم، احمد رضا (۱۳۸۶)، عوامل بیماری زا، فصلنامه ذهن، شماره ۱۹.
14. Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities. Translated by: Pasha Sharifi. Tehran: Sokhan; 2008. Persian.
15. Snyder C R, Cheavens J, Michael ST. Hoping. In C.R. Snyder (ed.), Coping: The psychology of what works. 1999. New York: Oxford University Press.
16. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. Journal Adv Nurs. 2000; 32(6):1431-41.