

Religion, Spirituality and Coping with Breast Cancer: A Phenomenological Study

Esmat Mehrabi¹, Sepideh Hajian^{1*}, Masoomeh Simbar¹, Mohammad Hoshyari²

1- Department of midwifery & reproductive health, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Radiation Oncology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Breast cancer is the most common cancer among women worldwide and in addition to the physical complications, caused multiple mental and emotional challenges for patients. Present study was performed through phenomenological qualitative approach in a sample of Iranian women to deep exploration and better understanding of coping ways that patients use when face with cancer, with a focus on methods based on religion and spirituality based.

Materials and Methods: Data were collected through in-depth semi-structured interviews with 27 eligible patients. Interviews were transcribed and analyzed using Van Manen thematic approach. Data collection and analysis were carried out simultaneously. In addition, Maxqda (Ver10) software was used for data management.

Results: The mean age of participants was 50 ± 8.77 years, ranging from 32 to 68 years. About 22% of these patients had Lumpectomy (remove part of breast tissue) and others (78%), mastectomy (remove of all breast), respectively. By analyzing and extracting the primary codes from the interviews, the final codes were extracted and divided into 6 sub and 2 conceptual categories, and relation between the conceptual categories led to emerge of the study main theme "Transcendence-oriented effort to adjustment".

Conclusion: Breast cancer patients in this study predominantly employed dynamic processes and coping strategies to deal with the reality of disease that had been formed from their religious and spiritual beliefs. Therefore, it is necessary to health care providers, while maintaining respect for patients and considering their spiritual and religious beliefs, make available religious counseling in order to providing spiritual health promotion for patients.

Keywords: Spirituality, Religious Attitudes, Coping, Compatibility, Breast Cancer, Phenomenology

*Corresponding Author: Sepideh Hajian; Email: Hajian74@yahoo.com

دین، معنویت و مقابله با سرطان پستان: یک مطالعه‌ی پدیدارشناسی

عصمت مهرابی^۱، سپیده حاجیان^{۱*}، معصومه سیمبر^۱، محمد هوشیاری^۲

۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه پرتودرمانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر دنیا است و بیماران مبتلا را علاوه بر عارضه‌های جسمی ناشی از این بیماری، با چالش‌های متعدد روانی و عاطفی مواجه می‌سازد. به منظور کندوکاوی عمیق برای درک بهتر راه‌های مقابله با بیماری در مبتلایان به این سرطان، با تمرکز بر روش‌های مبتنی بر مذهب و معنویت، مطالعه‌ی حاضر با رویکرد کیفی و پدیدارشناسی بر روی نمونه‌ی از زنان ایرانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: اطلاعات از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته‌ی عمیق با ۲۷ بیمار واجد شرایط جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها رونویسی شد و با استفاده از رویکرد تحلیل تماتیک ون منن مورد تحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها نیز به‌طور هم‌زمان انجام یافت. همچنین برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار مکس کیو دا (نسخه‌ی شماره‌ی ۱۰) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، $50 \pm 8/77$ سال بود که آن‌ها در دامنه‌ی سنی ۳۲ تا ۶۸ سال بودند. در حدود ۲۲٪ از این بیماران، لامپکوتومی (برداشتن بخشی از بافت پستان) و دیگران (۷۸٪)، ماستکتومی (برداشتن همه‌ی پستان) شده بودند. با بررسی و استخراج کدهای اولیه‌ی حاصل از مصاحبه‌ها، کدهای نهایی استخراج شد و در شش طبقه‌ی فرعی و دو طبقه‌ی مفهومی جای گرفت، که ارتباط بین این طبقه‌های مفهومی منجر به ظهور درونمایه‌ی اصلی مطالعه، به نام «تلاش تعالی‌گرایانه برای سازگاری» شد.

نتیجه‌گیری: مبتلایان به سرطان پستان در این مطالعه به‌طور غالب از فرایندهایی پویا و راهبردهایی مقابله‌ی برای کنارآمدن با واقعیت بیماری بهره می‌بردند، که شکل‌گرفته از آموزه‌های مذهبی و باورهای معنوی آن‌ها بود. بنابراین، لازم است عرضه‌کنندگان خدمات سلامت به این بیماران، ضمن حفظ احترام بیماران و در نظر گرفتن اعتقادات و نگرش معنوی و دینی آن‌ها، امکان دسترسی به مشاوره‌های مذهبی را برای ارتقای سلامت معنوی این دسته از بیماران فراهم سازند.

واژگان کلیدی: معنویت، نگرش دینی، مقابله، سازگاری، سرطان پستان، پدیدارشناسی

مقدمه

کشورهای با درآمد متوسط؛ و کمتر از ۴۰ درصد در کشورهای با درآمد پایین، متغیر بوده است (۳). نتیجه‌ی مطالعه‌ها مؤید این مطلب است که تا سال ۲۰۳۰، شمار افراد نجات یافته از این سرطان دو برابر خواهد شد (۴ و ۵). این بهبودی در میزان بقا، مرهون ارتقای روش‌های تشخیصی زودرس و پیشرفت‌های اخیر در درمان سرطان، به ویژه سرطان پستان، است (۶-۸). تشخیص سرطان و روش‌های درمانی آن، عوارض گوناگونی دارد که جنبه‌های جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی فرد مبتلا و خانواده و مراقبان وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶ و

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر دنیا است و بروز آن در جهان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است (۱). در ایران نیز، این سرطان از نظر فراوانی در میان ۱۰ سرطان شایع در زنان، رتبه‌ی اول را دارد (۲). با وجود این، میزان بقای متعاقب این سرطان طی سال‌های اخیر افزایش بسیاری یافته و بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، از ۸۰ درصد در شمال آمریکا و سوئد و ژاپن، تا ۶۰ درصد در

مذهبی به دو شکل مثبت و سازگارانه؛ و منفی و ناسازگارانه تقسیم‌بندی شده است. بدین صورت که مقابله‌ی مذهبی مثبت شامل ارتباط ایمن با خداوند حامی است (برای مثال: طلب حمایت از خداوند و تلاش برای حل مسائل با کمک خداوند). مقابله‌ی مذهبی منفی نیز این‌طور است که بیماری را، تنبیهی در نظر می‌گیریم که خداوند ما را دچار آن کرده و یا اینکه آن را دادخواهی از خداوند می‌پنداریم (۲۳). پژوهش‌ها در این‌باره گویای این است که استفاده از راهکارهای مذهبی مثبت در میان بیماران رایج‌تر از راهکارهای مذهبی منفی است و اغلب با افزایش رضایت و کیفیت زندگی و نیز کاهش افسردگی در این بیماران همراه بوده است (۲۱ و ۲۴).

معنویت، مفهومی است که آن را «درک شخصی افراد از باورهای اساسی درباره‌ی زندگی و داشتن جهتی مشخص و معنا بخشی بدان درک از باورها» تعریف کرده‌اند (۲۵). به عبارتی دیگر، معنویت، بُعدی از وجود انسان است که ارتباط و انسجام او را با جهان و منشاء هستی نشان می‌دهد و این ارتباط، به زندگی انسان امید و جهت می‌بخشد و او را از قید تعلقات مادی فراتر می‌برد. همچنین معنویت را پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای سلامت جسم و روان و بهبودی از بیماری دانسته‌اند. داشتن هدف و معنا در زندگی، داشتن احساس تعلق به منشاء عالم هستی و امیدواری به مدد پروردگار در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی، از راهکارهایی محسوب می‌شود که افراد با درک معنوی بالا قادرند در رویارویی با حادثه‌ها آسیب کم‌تری را متحمل شوند و بتوانند بیش‌تر در برابر مشکل‌ها تاب آورند (۴۶).

باید توجه داشت که عامل‌های متعددی، از جمله آموزه‌های دینی و نگرش فرهنگی غالب در اجتماع نسبت به سرطان پستان، با توجه به حساسیت آن، به ویژه در میان زنان جوان، به شدت استفاده از شیوه‌های مقابله‌ی دینی و معنوی را در واکنش به بیماری‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اما با وجود این، امروزه توجه به نقش معنویت در زمینه‌ی سلامتی و بیماری و مراقبت از سلامت، به شکل فزاینده‌ی گسترش و اهمیت یافته است (۲۱). با توجه به نقش مهم سلامت معنوی در کیفیت زندگی افراد و در عین حال برداشت‌ها و نگرش‌های متفاوت افراد نسبت به بُعدهای گوناگون این وجه از سلامت و نقش آن در سازگاری با شرایط چالش برانگیز در مسیر زندگی (همانند سرطان پستان) و همچنین در نظر داشتن تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در این سازگاری، لزوم بررسی عمیق‌تر و مبتنی بر تجربه‌ی انسانی از طریق انجام مطالعه‌ی کیفی، مطرح گردید. از این‌رو مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی عمیق-

۹-۱۲). بسیاری از بیماران، زندگی روزمره‌ی خود را با ترس، نگرانی، اضطراب و بی‌اطمینانی از بقا در آینده و نیز تنش‌های روانی مرتبط با انجام وظایف خود در زندگی، گزارش می‌کنند (۱۳). برخی بیماران نیز بحران‌های روانی عمیقی، مانند خیال‌پردازی‌های منفی همچون ترس از گسترش و یا عود بیماری در آینده، کاهش اعتماد به نفس و مخدوش شدن تصویر ذهنی از خود و در نتیجه کاهش تمایل به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی را به ویژه در ماه‌های اولیه‌ی پس از تشخیص بیماری تجربه می‌کنند که همه‌ی این عامل‌ها در نهایت منجر به کاهش فراوان کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۴-۱۸).

واکنش به تشخیص اولیه‌ی سرطان پستان در میان زنان، تفاوت‌هایی را از نظر درک فرد از ماهیت بیماری، سن بیمار، مرحله‌ی بیماری و نوع درمان و مهم‌تر از آن، فرهنگ حاکم بر جامعه‌ی که فرد در آن زندگی می‌کند، نشان می‌دهد (۱۴) و (۱۹) که مجموع این عامل‌ها، سازگاری^۱ فرد مبتلا را با وضعیت موجود، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). مقابله،^۲ به معنای به کارگیری راهبردهای شناختی و رفتاری برای مدیریت و کنترل تنش‌ها است و عمدتاً تحت دو مقوله‌ی راهبردهای متمرکز بر حل مسئله^۲ و مبتنی بر هیجان^۳، از یکدیگر متمایز شده است. راهبردهای حل مسئله بر روش‌های کنترل منشاء تنش متمرکز دارد؛ درحالی که راهبردهای مبتنی بر هیجان، تلاش‌هایی را برای کنترل فکرها و احساسات مرتبط با تنش شامل می‌شود (۲۰). گرچه واژه‌ی هیجان در معنای عمومی، نوعی ابراز احساسات آنی همراه با غلبه‌ی شور و احساس بر منطق، معنا می‌شود؛ اما در روان‌شناسی و علوم رفتاری، مفهوم «هیجان» عبارت است از مجموعه‌ی از عاطفه‌های منفی همچون ترس، اضطراب، نگرانی، ناامیدی، خشم، غم و یا عاطفه‌ها و احساسات مثبت، مانند حس شادمانی، امیدواری، مثبت‌اندیشی و درک اعتماد به نفس. در این محتوا، بهره‌گیری از راهکارهای مذهبی و معنوی در مقابله با بیماری و مشکل‌های مرتبط با آن، از جمله راهکارهای مبتنی بر هیجان‌ات مثبت محسوب می‌شود که در زمره‌ی منابع اساسی مقابله‌ی برای بسیاری از این‌گونه بیماران قرار دارد (۲۱).

اما مقابله با تنش مبتنی بر مذهب، بدین‌گونه تعریف شده است: نوعی از مقابله که به صورت استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی در برابر حوادث تنش‌زای زندگی است و با زمینه‌ی مذهبی و معنوی هر فرد مرتبط است (۲۲). مقابله‌ی

¹ adjustment

² problem-focused

³ emotion-focused

در مطالعه؛ آگاهی از تشخیص سرطان پستان؛ توانایی درک و بیان تجربه‌ها و انتقال آن‌ها به محقق؛ نداشتن سابقه‌ی بیماری روانی؛ داشتن سابقه‌ی درمان با یکی از روش‌های معمول این سرطان (جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و یا ترکیبی از این روش‌ها)؛ سپری شدن دست کم ۳-۶ ماه از زمان پایان بیماری و پیگیری درمان و کنترل بیماری نزد پزشک معالج؛ داشتن توانایی درک و صحبت کردن به زبان فارسی؛ و قرار نداشتن بیماری آن‌ها در مرحله‌ی عود و حالت درمان‌ناپذیر.

در این پژوهش، قبل از مصاحبه با هر یک از شرکت کنندگان واجد شرایط ورود به مطالعه، از آنان رضایت‌نامه‌ی آگاهانه گرفته شد و درباره‌ی محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن انصراف از مصاحبه و تحقیق؛ و داشتن استقلال در تمایل به ضبط صدا، به آنان اطمینان داده شد. همچنین برای رعایت آسایش و راحتی شرکت کنندگان طی مصاحبه، درباره‌ی زمان و مکان مناسب مصاحبه ملاحظه‌های لازم در نظر گرفته شد.

از آنجا که هیچ معیار یا قانون ثابتی برای تعیین شمار یا حجم نمونه در مطالعه‌های کیفی وجود ندارد، تعداد نمونه در مطالعه‌های کیفی تا حدّ زیادی تابع هدف پژوهش، کیفیت شرکت کنندگان، نوع استراتژی نمونه‌گیری و نیازهای اطلاعاتی پژوهشگران است و براساس این معیارها تعیین می‌شود. از این‌رو، یکی از اصل‌های راهنما در نمونه‌گیری، «شباع داده‌ها» است؛ یعنی نمونه‌گیری تا جایی ادامه می‌یابد که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید و پژوهشگر در به دست آوردن اطلاعات به تکرار افتاده باشد (۲۸). اما نمونه‌گیری در پژوهش‌های پدیدارشناسی، بر اساس الگوی تکرار نیست، بلکه تحقیق‌های پدیدارشناسی به دنبال مفاهیم و درون‌مایه‌های منحصر به فردی است که حتی ممکن است فقط یک بار در داده‌ها دیده شود (۲۹). در این مطالعه نیز با در نظر گرفتن موردهای یاد شده، نمونه‌گیری اولیه و پایلوت، با شش نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت و سپس مطالعه تا رسیدن به غنای درون‌مایه‌ها و به دست آوردن داده‌های با کیفیت و در جهت هدف پژوهش، با مصاحبه (با سؤال‌های باز) با ۲۸ بیمار ادامه یافت. در نهایت با توجه به احساس نیاز به انجام مصاحبه‌های مجدد، برای دستیابی به هدف‌های مطالعه، چهار مصاحبه‌ی تکمیلی با چهار بیمار انجام گرفت.

روش تفسیر داده‌ها در مطالعه‌ی حاضر، روش پدیدارشناسی تأویلی بوده است، زیرا پدیدارشناسی تأویلی، در واقع شناخت پدیده‌های تجربه‌شده‌ی افراد از طریق شنیدن توصیف آنان از دنیای درونشان است؛ بدین ترتیب که

تر تجربیات زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان در رابطه با شیوه‌های مذهبی و معنوی برای سازگاری با بیماریشان، انجام یافت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ی کیفی پدیدارشناسانه است. پژوهش‌های با رویکرد پدیدارشناسی همواره به دنبال درک تجربه‌های زنده‌ی انسانی از تمامی پدیده‌های اطراف است، که به منظور رسیدن به معنا و مفهومی واحد است که نماد ماهیت و ذات آن پدیده و توصیفی دقیق از تجربه‌های زنده‌ی روزمره‌ی آن پدیده باشد. از آنجا که پدیدارشناسی دارای دیدگاهی همه-جانبه نگر است و پایه و اساس آن، مطالعه بر روی تجربه‌های زنده (۲۶ و ۲۷)، بنابراین در تحقیق حاضر نیز با استفاده از روش پدیدارشناسی به بررسی تجربه‌های زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان در رابطه با درک نحوه‌ی مقابله با این بیماری، با استفاده از روش‌های مقابله‌ی مذهبی و معنوی پرداخته شد. بدین صورت که طی پژوهش، تجربه‌ی زنان مبتلا به سرطان پستان از چگونگی مقابله با بیماری با تکیه بر مذهب و معنویت، با استفاده از مصاحبه‌های عمیق کیفی و با بهره‌گیری از روش پدیدارشناسی جمع‌آوری شد.

نمونه‌گیری هدفمند از میان زنانی انجام شد که با تشخیص قطعی تومور اولیه‌ی بدخیم پستان، برای پیگیری درمان و کنترل بیماری خود به درمانگاه اونکولوژی یکی از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین یک مرکز غیردولتی پرتودرمانی سرطان در تهران، مراجعه می‌کردند. در مطالعه‌ی حاضر نیز برای انتخاب شرکت کنندگان، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ چراکه هدف، انتخاب افرادی بود که منبعی غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در مصاحبه شرکت کنند، تا در نتیجه پژوهشگر به درک بهتر تجربه‌ی آنان دست یابد. بدین منظور از همکاری پزشکان اونکولوژیست حاضر در درمانگاه‌های تخصصی اونکولوژی بیمارستان شهدای تجریش و تهران پارس برای دستیابی به بیماران با سابقه‌ی ابتلا به سرطان پستان، که برای پیگیری درمان به مرکزهای یاد شده مراجعه می‌کردند، استفاده شد. همچنین برای رسیدن به حداکثر تنوع در شرکت کنندگان، نمونه‌گیری در دو بیمارستان دولتی و خصوصی و از میان گروه‌های سنی ۳۲ تا ۶۸ سال و دارای سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال مختلف، مسلمان و ساکن در شهرهای مختلف ایران، انجام گرفت. بیماران شرکت کننده در این بخش از مطالعه دارای این ویژگی‌ها بودند: تمایل و رضایت به شرکت

شد. در نهایت، برای بررسی قابلیت اعتماد یافته‌های پژوهش، از روش حسابرسی تحقیق استفاده شد و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و درون‌مایه‌های اصلی، طبقات مفهومی و نمونه‌هایی از کدهای اولیه و نهایی، در اختیار پژوهشگر خارجی، که ارتباطی با پژوهش نداشت، قرار گرفت تا حسابرسی انجام گیرد.

یافته‌ها

جامعه‌ی پژوهش در مطالعه‌ی حاضر، عبارت بوده است از ۲۷ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان و واجد شرایط ورود به مطالعه. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۸/۷۷ ± ۵۰ سال بود که در دامنه‌ی سنی ۳۲ تا ۶۸ سال قرار داشتند. نمونه‌ها از شهرهای مختلف ایران برای پیگیری مراحل درمانی به مرکز آموزشی و درمانی شهدای تجریش و یکی از مراکزهای غیردولتی (خصوصی) درمان سرطان شهر تهران، مراجعه کرده بودند. میانگین زمانی طی شده از پایان دوره‌ی درمان بیماران، ۹ ماه (انحراف معیار ۳/۷) و با دامنه‌ی ۵ تا ۱۷ ماه بود. در حدود ۲۲٪ از این بیماران، لامپکتومی^۱ (برداشتن بخشی از بافت پستان) و دیگران (۷۸٪)، ماستکتومی^۲ (برداشتن همه‌ی پستان) شده بودند. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، در جدول شماره‌ی ۱ توصیف شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

متغیر	وضعیت	تعداد (نفر)
استان محل سکونت	تهران	۱۵
	سایر	۱۲
شغل	خانه‌دار	۱۷
	کارمند	۱۰
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲
	ابتدایی و سیکل	۵
	دیپلم	۹
وضعیت تأهل	دانشگاهی	۱۱
	متاهل	۲۳
نوع جراحی	مجرد	۱
	مطلقه	۳
بیمارستان محل درمان	ماستکتومی	۲۱
	لامپکتومی	۶
	دولتی	۲۱
	خصوصی	۶

پژوهشگر از عینیت به سوی انتزاع یا ذهنیت فزاینده پیش می‌رود. همچنین یکی دیگر از ویژگی‌های رویکرد ترکیبی (تأویلی) در مطالعه‌های پدیدارشناسی، اهمیت عقیده‌ها و تجربه‌های شخصی پژوهشگر در روند مطالعه است. در مطالعه‌ی حاضر، از رویکرد پدیدارشناسی تفسیری (یا همان ترکیبی) با تأکید بر روش ون منن استفاده شده است. هدف تحلیل پدیدارشناسی هرمنوتیک یا تفسیری، انجام تحلیل درون‌مایه‌ی و تعیین درون‌مایه‌های اصلی برای استخراج معنای واقعی پدیده است. فعالیت‌هایی که با هدف تأمل در درون‌مایه‌های ذاتی مشخص‌کننده‌ی پدیده انجام می‌پذیرد، تحلیل درون‌مایه‌ی نامیده می‌شود. شایان ذکر است که انجام دو مرحله‌ی جدا کردن جمله‌های درون‌مایه‌ی و تبدیل و تغییر شکل جمله‌های بیان شده، پس از پایان هر مصاحبه و پیش از انجام مصاحبه‌ی بعدی ضروری است؛ که البته تمامی این مرحله‌ها در پژوهش حاضر انجام شده است.

در مطالعه‌ی حاضر از هر سه روش اشاره شده در رویکرد ون مانن (کل‌نگر، انتخابی و جزءنگر) برای جدا کردن جمله‌های درون‌مایه‌ی استفاده شده است. در نهایت برای مدیریت داده‌ها و برای افزایش صحت و استحکام داده‌های کیفی (trustworthiness) در مطالعه‌ی حاضر، معیارهای گابا و لینکلن^۱ که شامل اعتبار و مقبولیت، انتقال‌پذیری و تناسب، قابلیت تأییدپذیری؛ و قابلیت وابستگی و اعتماد است، مورد بررسی قرار گرفت (۲۷). برای مثال، بازنگری و بازخورد مشارکت‌کنندگان (Member check) بررسی شد؛ بدین ترتیب که محقق برای تأیید درستی یا نادرستی یافته‌های خود، مصاحبه‌های گُدبندی شده را به ۹ نفر از شرکت‌کنندگان بازگرداند، که آنان نیز یافته‌های مطالعه را در جهت تجربه‌هایشان یافتند. همچنین از دیگر عضوهای تیم تحقیق حاضر، از جمله استادان محترم مشاور، درخواست شد تا به‌طور مستقل به بررسی و استخراج کدها اقدام نمایند (Peer Check) که در نهایت نتیجه‌های مشابهی به دست آمد. افزون بر این، به منظور بررسی انتقال‌پذیری و تناسب داده‌ها، پس از انجام شش مصاحبه‌ی اولیه به صورت پایلوت، ادامه‌ی نمونه‌گیری از طریق انتخاب ۲۲ نفر از میان نمونه‌های متناسب، یعنی کسانی که بیش‌ترین آگاهی و بهترین احاطه را نسبت به پدیده‌ی مورد مطالعه داشتند، انجام گرفت. برای بررسی قابلیت تأییدپذیری، دو صاحب‌نظر مسلط در زمینه‌ی پژوهش‌های کیفی و بهداشت باروری گزارش‌ها و نوشته‌ها را مرور کردند و بدین ترتیب میزان تشابه در نتیجه‌گیری‌ها مشخص

¹ Lumpectomy

² Mastectomy

¹ Guba and Lincoln

مذهبی و اعتقادات معنوی بود و مفهوم تلاش تعالی‌گرایانه برای سازگاری با بیماری، مقابله با بیماری و عارضه‌های کمابیش ناتوان‌کننده‌ی درمان سرطان سینه را، تبیین می‌کرد.

در اغلب مشارکت‌کنندگان، مقابله با بیماری در جهت سازگار شدن با آن در مسیر تلاش تعالی‌گرایانه، به منظور پذیرش واقعیت بیماری به جای فرار از مواجهه با مسئله و نیز یاری‌جویی از منابع موجود برای تسریع در درمان، بهبودی و بازگشت به روند عادی زندگی، معنا پیدا می‌کرد. بدین منظور، افراد راهبردهای گوناگونی را برای رسیدن به این هدف بیان کردند، که مهم‌ترین راهبردهای یاد شده در این باره، در طبقه‌های مفهومی «معنویت» و «رشد» جای گرفت. چگونگی ظهور درون‌مایه‌ی اصلی پژوهش، مفاهیم (طبقه‌ی مفهومی)، کدهای نهایی و واحدهای معنایی، در جدول شماره ۳ توصیف شده است. در اینجا به توضیح طبقه‌های مفهومی و طبقه‌های فرعی، با نگاهی به بخشی از تجربه‌های بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداخته می‌شود:

جدول ۲. مثالی از روند استخراج کدها و پدیدارشدن طبقه‌ها و درون‌مایه‌های انتزاعی از واحدهای معنایی

واحد معنایی	کدهای اولیه	کد نهایی	طبقه‌ی فرعی	طبقه‌ی مفهومی	درون‌مایه
خواست خدا بوده و فقط باید خودش کمک کنه. اگه مصلحت باشه که زنده بمونیم، زنده می‌مونیم و اگه نه، نمی‌مونیم. توکل به خدا نیرویی در من ایجاد کرد که به راحتی تونستم جلو این بیماری مقاومت کنم (۶۱ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).	خواست خدا	باورها و اعتقادات دینی	نگرش معنوی	معنویت-گرایی	تلاش تعالی‌گرایانه
	مصلحت خدا				
می‌تونم بگم مهم‌ترین عاملی که تو این مریضی کمکم کرد، توکل به خدا بود. خدا آرامشی به دل من داد که کاملاً آرام شدم و از هیچ چیز نمی‌ترسیدم (۶۳ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).	توکل به خدا	ایمان به خدا			
	یاد خدا				

تونستم جلو این بیماری مقاومت کنم» (۶۱ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).

«یکی از پزشکام می‌گفت شماها انتخاب شده هستید از طرف خداوند و منم به این موضوع باور دارم و مطمئنم هر چی خدا بخواد، همونه. این اعتقاد خودش بالاخره کمک می‌کنه بیمار با بدن خسته و رنجور از شیمی‌درمانی بتونه دوام بباره» (۵۴ ساله، متأهل، دکتری، مدرّس دانشگاه).

«می‌تونم بگم مهم‌ترین عاملی که تو این مریضی کمکم کرد، توکل به خدا بود. خدا آرامشی به دل من داد که کاملاً آرام شدم و از هیچ چیز نمی‌ترسیدم» (۶۳ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).

«به نظرم این (سرطان) یه امتحان سخت الهی بود؛ ولی خدا رو شکر من تونستم این مرحله‌ی مشکل از زندگیمو با کمک

در مرحله‌ی تجزیه و تحلیل، مصاحبه‌ها با دقت و کلمه به کلمه، مکتوب و وارد نرم افزار MAX-Q-DA-10 شد. جمله‌ها و عبارتهای مهم نیز تعیین و کدگذاری شد. سپس کدهای مشابه، ادغام شد و زیرطبقه‌ها شکل گرفت. در روند تقلیل داده‌ها (Data reduction)، در تمام واحدها تحلیل صورت گرفت؛ بدین ترتیب، طبقه‌های فرعی و طبقه‌های اصلی که دارای مفهوم انتزاعی تری بودند، پدیدار شدند و این روند تا کشف درون‌مایه‌ها ادامه یافت (جدول شماره ۲). در مجموع، پس از ادغام، حذف یا اصلاح کدهای اولیه‌ی حاصل از مصاحبه‌ها، کدهای نهایی استخراج شد و در شش طبقه‌ی فرعی و دو طبقه‌ی مفهومی جای گرفت که رابطه‌ی بین این طبقه‌های مفهومی منجر به ظهور درون‌مایه‌ی اصلی مطالعه، به نام «تلاش تعالی‌گرایانه برای سازگاری» شد. این بیماران مبتلا به سرطان پستان، برای کنار آمدن با واقعیت بیماری، از فرایندهای پویا و راهبردهای مقابله‌ی به روش‌های مختلف و به‌طور متناوب (از نظر زمانی)، بهره گرفته بودند؛ فرایندها و راهبردهایی که شکل گرفته از تعالیم دینی، آموزه‌های

۱- **معنویت‌گرایی:** این طبقه‌ی مفهومی، از واژه‌های کلیدی حاصل از مصاحبه‌ها، همانند احساسات و باورها؛ و در قالب کدهای اولیه و ادغام شدن آن‌ها در کد نهایی باورهای دینی، به دست آمد. سپس با توجه به رویکرد تأویلی روند تفسیر داده‌ها، از عینیت به سوی انتزاع فزاینده پیشرفت کرد و در طبقه‌های فرعی «نگرش معنوی» و «استمداد معنوی» جای گرفت.

۱-۱- **نگرش معنوی:** عمده‌ی شرکت‌کنندگان، توکل به خداوند و اعتقاد به شفا و بهبودی را در دستیابی به آرامش روان طی دوره‌ی این بیماری، از عامل‌های مؤثر یاری‌کننده برای پایداری در برابر عارضه‌های درمان و دشواری‌های بیماری مطرح می‌کردند. شرکت‌کنندگان در این باره چنین بیان کردند:

«اگه مصلحت باشه که زنده بمونیم، زنده می‌مونیم و اگه نه، نمی‌مونیم. توکل به خدا نیرویی در من ایجاد کرد که به راحتی

بینم زیادم مهم نیست کجا زندگی کنی و اجاره‌نشین باشی یا نباشی. تصمیم گرفتم تو زندگی خیلی سخت‌گیر نباشم، چون اصلاً ارزش نداره» (۴۴ ساله، متأهل، فوق دیپلم، معلم).

بیماری دیگر، تغییر دید خود نسبت به زندگی را این‌گونه توصیف کرده است: «بعد بیماریم، کلاً دیدم به دنیا عوض شد؛ دید مثبت پیدا کردم و از زندگی در کنار خانواده لذت بردم. بعد این بیماری دیگه فکر می‌کنم می‌تونم با هر اتفاقی تو زندگی سازگار بشم» (۵۲ ساله، متأهل، فوق دیپلم، حسابدار).

شرکت‌کننده‌ی دیگری، قوی‌تر شدن اعتقادات معنوی را پس از بروز بیماری، نقطه‌ی قوتی برای مبارزه با سرطان یاد کرده است: «بعد از مریضیم، اون قدر اعتقاد قوی شده که در مقابل هر چه خدا برام تقدیر کنه، سر تعظیم فرود میارم و می‌گم خدایا هر چی تو صلاح بدونی، همونه» (۶۱ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).

۲-۲- ارزش‌گذاری داشته‌ها: تجربه‌ی سرطان پستان منجر به تغییر ارزش‌ها و تمایل به شکرگزاری در زندگی شرکت‌کنندگان شده بود. در این باره اغلب بیماران اظهار می‌کردند که تجربه‌ی سخت بیماری در آنان، سبب پی بردن به ارزش‌های واقعی در زندگی و ارزش سلامتی شده است، به طوری که این افراد بیان می‌کردند که بیش‌تر از گذشته، داشته‌هایشان را ارج می‌نهند. این تجربه‌ی دشوار بیماری، حتی در برخی بیماران منجر به تلاش بیمار برای اصلاح رفتار خود در خانواده و بهبود رابطه با دیگران شده بود. شرکت‌کننده‌ی در این باره بیان کرده است: «الآن سعی می‌کنم قدر لحظه‌ها و زندگی با همسر و بچه‌ها رو بیش‌تر بدونم و فقط سلامتی برام مهم است» (۳۷ ساله، متأهل، دیپلم، خانه‌دار).

همچنین در این جهت، بیش‌تر بیماران به سبب بهبودی و دست آوردن سلامتی مجدد، علی‌رغم باقی ماندن برخی عارضه‌ها و ناتوانی‌های ناشی از بیماری، همچنان شاکر خداوند بوده‌اند. شرکت‌کننده‌ی تأثیر بیماری بر خود را چنین بیان کرده است: «بعد از بیماریم یاد گرفتم که برای با هم بودنمون، باید شکر خدا رو کنیم» (۳۷ ساله، متأهل، دیپلم، خانه‌دار).

بیمار دیگری، با احساس خرسندی از بازگشت دوباره به روال عادی زندگی، گفته است: «خدا رو شکر می‌کنم که به زندگی عادی برگشتم. البته دیگه هیچ چی دقیقاً مثل قبل نیست، ولی باز همین که درمانم نتیجه داد و تونستم برگردم سر خونه زندگی و حتی سر کارم، یه دنیا ارزش داشت واسم» (۴۴ ساله، متأهل، فوق دیپلم، معلم).

۲-۳- والایش کردار: برخی بیماران اظهار می‌کردند که بعد از ابتلا به بیماری، به اشتباه‌ها و گناهان گذشته‌ی خویش پی

خودش به سلامتی طی کنم» (۵۴ ساله، متأهل، لیسانس، کارمند).

۱-۲- استمداد معنوی: این بیماران با استمداد از خداوند، به طریق دعا و نیایش به درگاه ابدیت، سعی بر سپری کردن دوران سخت بیماری و درمان داشتند و در موقعیت‌های مختلف از آن بهره می‌گرفتند. برخی بیماران برای مقابله با ترس از عود بیماری، با دعا و نذر، از خداوند کمک می‌طلبیدند و برخی برای بهبودی خود و دیگر بیماران، به درگاه خداوند نیایش می‌کردند و می‌کوشیدند از این طریق به آرامش برسند. درباره‌ی اهمیت دعا، آیین‌های دینی و توسل به امامان معصوم (ع)، مضمون‌های یکسانی از تجربه‌های بیماران در رسیدن به آرامش روان و اطمینان قلبی به دست آمد. حرف‌های دو تن از بیماران در ادامه آمده است:

«الآن به خدا نزدیک‌تر شدم. نذر کردم و از امام حسین (ع) حاجتمو گرفتم. دعا خیلی تو روحیه‌ام تأثیر خوبی داشت» (۴۷ ساله، متأهل، سیکل، خانه‌دار، مسلمان).

«تو این مدت، نماز خوندن بیش‌تر از هر چیزی آرامش می‌داد بهم. دیگه توان ایستاده نماز خوندن رو نداشتم ولی هر طور شده با خدا حرف می‌زدم و دعا می‌کردم؛ هم واسه‌ی خودم دعا می‌کردم و هم واسه‌ی بقیه مریضا» (۶۱ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).

۲- رشد: معنا بخشی دوباره به زندگی، تغییر نگرش و رفتار و نیز جبران گذشته، یکی دیگر از بُعدهای سازگاری در مبتلایان به سرطان پستان بود؛ به طوری که شرکت‌کنندگان، سعی در اصلاح بینش و رفتارهای نامطلوب خود، ارتقای دید مثبت به زندگی، قدر دانستن داشته‌ها و شکرگزاری نعمت‌ها را از پیامدهای مثبت ناشی از این بیماری عنوان کردند.

این طبقه‌ی مفهومی، دربرگیرنده‌ی طبقه‌های فرعی متعددی، از جمله «اعتلای نگرش»، «ارزش‌گذاری داشته‌ها» و «والایش کردار» بوده است.

۲-۱- اعتلای نگرش: ابتلا به بیماری، موجب تغییر نگرش برخی شرکت‌کنندگان به زندگی و پی بردن آنان به بی‌اهمیت بودن بسیاری از مسائل گذشته بود. حتی در برخی موارد، این تغییر و یا بهبود نگرش سبب شده بود تا بیماران به اصلاح تفکر و رفتارها و رابطه‌های انسانی خود بپردازند و لذت بیش‌تری از زندگی با دیگران ببرند. یکی از شرکت‌کنندگان درباره‌ی اهمیت قدر دانستن داشته‌های زندگی و بهبود رابطه‌های اجتماعی با اطرافیان، چنین بیان کرده است: «بعد از بیماریم، به این نتیجه رسیدم که بی‌خودی این قدر تو زندگی به خودم سخت گرفتم و برای چیزای بی‌اهمیت، خودمو خانواده‌مو عذاب دادم. الان می‌

هم پرداخت کردم. از همه‌ی دوستان و آشناها طلب حلالیت کردم. این مریضی مثل یه تلنگور بود واسم تا به خودم پیام و اشتباه‌های گذشته رو جبران کنم. مدت طولانی بود که با یکی از برادرانم قهر بودم؛ بعد بیماریم رفتم و باهاش آشتی کردم. ازش خواستم منو ببخشه» (۶۱ ساله، بیوه، دیپلم، خانه‌دار).

بیماری نیز درباره‌ی تغییر رفتار با همسرش، چنین گفته است: «قبل مریضیم از هر کار شوهرم ایراد می‌گرفتم و همه‌ش باهاش سر دعوا داشتیم؛ ولی وقتی مریض بودم، این قدر صبر و تحمل از خودش نشون داد که تصمیم گرفتم رفتارمو باهاش عوض کنم» (۳۷ ساله، متأهل، دیپلم، خانه‌دار).

بروند و درصد جبران آن‌ها برآمدند. حتی برخی از بیماران بیان می‌کردند که بعد از بیماری، رفتار خود را اصلاح کردند و سعی کردند تا شادتر زندگی کنند. در واقع، شاید بیماری در آنان موجب بیداری و پی بردن به اشتباه‌های گذشته و در نتیجه، تلاش برای جبران آن اشتباه‌ها شده بود. یکی از بیماران گفته است: «بعد از بیماری خیلی رفتارم عوض شد و بیشتر شوخی می‌کنم و سعی می‌کنم شاد باشم» (۵۲ ساله، متأهل، فوق دیپلم، حسابدار).

بیمار دیگری، بیماری را فرصتی برای جبران اشتباه‌های گذشته می‌دانسته و گفته است: بعد از تموم شدن شیمی-درمانی، پیش یه مجتهد رفتم که خمس و زکات و اینا رو بدم. به خاطر جهیزیه‌ی دختر کوچیکم کمی بدهی داشتم که اونا رو

جدول ۳. طبقه‌های مفهومی و فرعی ظهور یافته از سازگاری با سرطان سینه

درون‌مایه	طبقه‌های مفهومی	طبقه‌ی فرعی	کد نهایی
تلاش تعالی‌گرایانه	معنویت‌گرایی	نگرش معنوی	باورها و اعتقادات دینی
		استمداد معنوی	دعا و نیایش
رشد	ارزش‌گذاری داشته‌ها	اعتلای نگرش	تغییر دیدگاه به زندگی
		قدردانی داشته‌ها	قدر دانستن زندگی و داشته‌ها
		والایش کردار	تلاش برای جبران اشتباه‌های گذشته

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، تجربه‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان درباره‌ی مذهب، معنویت و سازگاری با بیماری، حاکی از آن بود که بهره‌گیری از مذهب و معنویت، که منابعی برای ارتقای وضعیت روحی و سازگاری بیشتر با شرایط ایجاد شده بر اثر بیماری است، در میان این بیماران رایج و تا حدی کمک‌کننده بوده است. این یافته‌ها با نتیجه‌های به دست آمده از مطالعه‌ی های مشابه در این زمینه نیز، همخوانی دارد (۳۰-۳۲)؛ به-طوری‌که بهره‌گیری از منبع معنویت، منبعی اولیه در حمایت روانی یاد شده است. در مطالعه‌ی با رویکرد کیفی، که آن را Garssen و همکاران در زمینه‌ی تأثیر معنویت بر سازگاری با بیماری، انجام داده‌اند، پژوهشگران گزارش کرده‌اند که معنویت، به گونه‌ی مبتنی بر هیجان، به سازگاری با بیماری و دشواری‌های ناشی از آن منجر می‌شود؛ به نحوی که بیماران ذکر می‌کردند، معنویت در آنان، احساس حمایت از سوی نیرویی متعالی ایجاد می‌کند و همچنین نماز خواندن به آنان برای بیان احساسات منفی کمک می‌کند. در نتیجه، معنویت با تأثیر بر تنظیم احساسات فرد بیمار، به سازگاری وی با بیماری منجر می‌شود (۲۵).

در مطالعه‌ی حاضر، بیماران نگرش معنوی مشابهی به بیماری داشتند و معتقد بودند بنابر مصلحت الهی است که به بیماری مبتلا شده‌اند؛ از این‌رو با توکل بر خداوند و در صورت صلاحدید او، به سلامتی دوباره دست خواهند یافت. همچنین، بیش‌تر آنان، توکل به خداوند را نیرویی در برابر عارضه‌های ناشی از بیماری و یا درمان، ذکر کرده‌اند؛ نیرویی که کمک می‌کند تا بیمار در برابر مشکل‌ها مقاومت کند و به سازگاری دست یابد. همسو با این یافته، در بیش‌تر مطالعه‌هایی که در کشورهای اسلامی انجام شده، چنین یافته‌ی کمابیش گزارش شده است؛ به‌طوری‌که در بیش‌تر این پژوهش‌ها، اغلب بیماران معتقد بودند که بیماری، تقدیر الهی است و خداوند این را را جلو پای آنان قرار داده است. البته عده‌ی دیگر نیز به تسلیم شدن در برابر تقدیر الهی اشاره کرده‌اند و گفته‌اند که چاره‌ی جز انتخاب این مسیر نداشته‌اند، بنابراین به ناچار در برابر سرنوشت تسلیم شده‌اند و خود را به خدا سپرده‌اند؛ اما با پذیرش بیماری از این طریق، امید دارند که خداوند نیز به آنان در مقابله با مشکل‌های مرتبط با بیماری و ترس از آینده‌ی نامطمئن و مرگ، کمک کند. در نهایت، این‌گونه نگرش به بیماری، روشی مقابله‌ی، مبتنی بر هیجان‌های مثبت است که زمینه‌ساز سازگاری با بیماری در این دسته از بیماران شده و کیفیت زندگی آنان را افزایش داده است (۳۰ و ۳۳).

سختی‌ها. نگرش بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان به دعاکردن، این است که دعاکردن سبب برآورده شدن حاجت-های آنان می‌شود، که مهم‌ترین آن حاجت‌ها، نیاز به سلامت معنوی است (۲۵).

در مطالعه‌ی حاضر، بسیاری از بیماران بعد از تجربه‌ی بیماری، به نوعی دچار خودشکوفایی معنوی و رشد معنوی شده بودند و اظهار می‌کردند که دید و نگرش آنان به ارزش-های زندگی، بعد از بیماری تغییر کرده و بهبود یافته است؛ و همین امر منجر به پی بردن آنان به اشتباه‌های گذشته و تلاش برای جبران آن‌ها و نیز لزوم شکرگزاری بیشتر برای داشته‌ها شده است. این بیماران اظهار گفته‌اند که بعد از تجربه‌ی بیماری و دشواری‌های آن، معنای زندگی برای آنان تغییر کرده و اکنون بیش از گذشته قدر نعمت‌های خداوند و داشته‌هایشان را می‌دانند.

همسو با این نتیجه‌ها، در مطالعه‌های متعددی به تغییر نگرش به زندگی و ایجاد حسّ جستجوی جنبه‌های جدید در زندگی، پس از تجربه‌ی حادثه‌ی آسیب‌رسان و یا بیماری در بیماران، اشاره شده و از آن، به صورت جنبه‌های مثبت بیماری و یا رویدادی ناگوار که در رشد معنوی افراد مؤثر است، یاد شده (۳۶).

تغییری که بیماران مطالعه‌ی حاضر درباره‌ی درک بیشتر ارزش زندگی و بیش‌تر قدر دانستن داشته‌ها در مطالعه تجربه کرده بودند، اغلب برای رهایی و نجات از بیماری بود؛ و بیش‌تر مبتلایان، بیماری را در تغییر اولویت‌های زندگی آنان، درک و شکرگزاری برای سلامتی، مؤثر می‌دانستند، که این یافته نیز با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Cebeci در ترکیه، همسو است (۳۹). بهبود نگرش به زندگی پس از تجربه بیماری چالش‌برانگیز سرطان، در زنان مورد مطالعه منجر شده بود به کشف جنبه‌هایی متفاوت از زندگی و نیز سبب شده بود که معنا و ارزش‌های زندگی از دیدگاه آنان تغییر یابد. همین امر، موجب لذت بیش‌تر آنان از زندگی شده بود، که در یافته‌های بعضی مطالعه‌ها نیز به چنین چیزی اشاره شده است (۴۰ و ۴۱). افزون بر این، در برخی مطالعه‌ها نیز به وجود رابطه‌ی بین معنویت و بروز رشد بعد از بیماری یا حادثه‌ی ناگوار، اشاره کرده‌اند و به‌کارگیری اقدام‌های مذهبی و معنوی را، تلاش بیماران برای معنادگی و هدفمندسازی زندگی و ایجاد حسّ امیدواری در برابر بیماری دانسته‌اند (۴۲-۴۴).

به نظر می‌رسد، بیماران مبتلا به سرطان، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را، راهی برای دستیابی و معنابخشی به مفهوم زندگی در دوران بیماری و بهبود می‌دانند؛ و همچنین

رویکردهای مبتنی بر معنویت در مطالعه‌های بین دین‌های مختلف، نشان داده است که هویت و وابستگی‌های معنوی؛ و کنار آمدن با تنش حاصل از حادثه‌های مختلف زندگی، تفاوت زیادی با یکدیگر ندارد و حتی اثرهای دوره‌ی درمان کوتاه مدت روانی - آموزشی با تأکید بر جنبه‌های معنوی مقابله با تنش، تأثیرهای فراوانی در بهبود بیماری مبتلایان به سرطان دارد (۳۴).

استمداد از خداوند و یاری جستن از ائمه‌ی اطهار و معصومان (ع) و حضور در اماکن مقدس و نذر و دعا، از روش‌های مقابله‌ی مذهبی/ معنوی رایج در میان زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان مطالعه‌ی حاضر بوده است. برخی بیماران نیز ذکر می‌کردند که پس از ابتلا به بیماری، احساس می‌کنند به خداوند نزدیک‌تر شده‌اند و می‌کوشند با نماز خواندن و بیش‌تر دعا کردن، با شرایط جدید ایجاد شده بر اثر بیماری و درمان آن، سازگار شوند. بسیاری از بیماران از طریق دعا و مناجات به مقابله با ترس ناشی از عود بیماری و یا بدتر شدن وضعیت خود و حتی دیگر بیماران پرداخته بودند؛ و این روش را برای دستیابی به آرامش روانی بیش‌تر در خود، مؤثر می‌دانستند. در اهمیت دعا همین بس که در قرآن کریم آمده است: ای پیامبر، به بندگانم بگو اگر نبود دعای شما، پروردگارم اعتنایی به شما نمی‌کرد: «قُلْ مَا يَعْجُزُ بِكُمْ رَبِّي لَوْ لَا دُعَاؤُكُمْ» (سوره‌ی فرقان، آیه‌ی ۷۷).

آرامش بعد از انجام عبادت‌ها، از مواردی است که بیماران آن را در مطالعه‌های مختلف بارها گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که بعد از رفتن به انجمن‌های دینی و معنوی، ذکر دعا، زیارت و مجلس‌های سوگواری مذهبی، آنان به‌طور غالب احساس رهاشدگی و سبک‌باری را تجربه کرده‌اند، که در این مطالعه‌ها، این‌گونه فعالیت‌ها را از جمله راهبردهای مقابله‌ی معنوی مؤثر و مثبت برای سازگاری با عامل تنش‌زایی چون بیماری، ذکر کرده‌اند (۳۵ و ۳۶). در برخی مطالعه‌ها نیز، مداخله‌های معنوی، در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان، مؤثر بیان شده و سبب کاهش تنش، اضطراب و افسردگی بیماران، از جمله مبتلایان به سرطان شده است (۳۷ و ۳۸). از دیدگاه Baetz، انجام فعالیت‌های مذهبی و شرکت در مراسم دینی و آیین‌های مذهبی که منجر به اصلاح خود و پذیرش واقعیت شود، سبب کاهش تنش و نگرانی ناشی از بیماری و افزایش سطح تاب‌آوری در برابر عارضه‌های متعاقب آن خواهد شد.

برای اغلب بیماران، دعا عبارت است از اتصال به خداوند، نیل به آرامش درون، بیداری دوباره‌ی معنوی و دوری از

زمان بر، فراتر از حوصله پاسخگویان بود، امکان تأثیر وضعیت-های مختلف روانی آنان، مانند اضطراب و افسردگی خفیف قبل از تشخیص بیماری، برای پژوهشگر وجود نداشت؛ از این-رو تنها به گفته‌های بیماران، مبنی بر نبود ابتلای قبلی به بیماری‌های روانی، پیش از تشخیص سرطان، اکتفا شد.

References

1. World health organization.int [homepage on the Internet]: Breast cancer. [Updated 2016 Feb 16; cited 2015 Jul 9]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en>.
2. Etemad k, Goya M.M, Ramezani R, Modirian M, Partovi pour A, Arjomandi pour M, and et al. Cancer book: country report of cancer regesteries until 1388. Iran, Tehran: Ministry of Health and Medical Education. (Full Text in persian)
3. World health organization.int [homepage on the Internet]: Breast cancer. [Updated 2016 Feb 16; cited 2015 Jul 9]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
4. Campbell H.S, Sanson-Fisher R, Turner D, Hayward L, Wang X.S, Taylor-Brown J. Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. Supportive Care in Cancer. 2011;19(2):221-30.
5. Zucca A, Lambert S.D, Boyes A.W, Pallant J.F. Rasch analysis of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (mini-MAC) among a heterogeneous sample of long-term cancer survivors: A cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2012;10(1):1-12.
6. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Quality of Life Research. 2014;23(1):21-30.
7. Knobf M.T, Ferrucci L.M, Cartmel B, Jones B.A, Stevens D, Smith M, et al. Needs assessment of cancer survivors in Connecticut. Journal of Cancer Survivorship. 2012;6(1):1-10.
8. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2013;18(2):105-111.
9. Fergus K, McLeod D, Carter W, Warner E, Gardner S, Granek L, et al. Development and pilot testing of an online intervention to support young couples' coping and adjustment to breast cancer. European journal of cancer care. 2014;23:481-92.
10. Carey M.L, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher R.W, Shakeshaft A. Development of cancer needs questionnaire for parents and carers of adolescents and young adults with cancer. Supportive Care in Cancer. 2012;20(5):991-1010.

از آن، برای مقابله و کنار آمدن با مرگ استفاده می‌کنند(۴۵). بنابراین، به نظر می‌رسد تجربه‌ی بیماری‌ها، به ویژه سرطان، می‌تواند منجر به نوعی رشد و تکامل در افراد شود و معنای تازه‌ی را از زندگی، برای این دسته از بیماران، در پی داشته باشد. در این زمینه، همان‌طور که اشاره شد، بهره‌گیری از مذهب و معنویت می‌تواند نقش بالقوه‌ی در سازگاری این بیماران با شرایط دشوار حاصل از بیماری داشته باشد، که در نهایت می‌تواند به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر شود.

نتیجه‌گیری

تجربه‌های به دست آمده از بیماران مطالعه‌ی حاضر، حاکی از نقش بالقوه‌ی اعتقادات مذهبی و معنوی بر سازگاری با بیماری و مشکل‌ها و عارضه‌ی مرتبط با آن و یا درمان بیماری، بوده است. به نظر می‌رسد حلقه‌ی گمشده‌ی بین انسان و دستیابی به آرامش، در توسل به معنویت و ایمان به پروردگار متعال، تجلی پیدا می‌کند. اغلب مبتلایان به سرطان، توکل و استمداد معنوی را راهی برای دستیابی به آرامش روانی و کاهش حس نامطلوب ناشی از بیماری و ناامیدی القا شده از آن می‌دانند و توجه به این جنبه از راهکارهای مقابله‌ی، به ویژه در کشورهای اسلامی مانند ایران؛ و تقویت استفاده و به‌کارگیری روش مقابله‌ی مبتنی بر مذهب و معنویت در این بیماران، منجر به ارتقای سازگاری و در نتیجه کیفیت زندگی آنان می‌گردد. همچنین توجه به تأثیر جنبه‌های مثبت بیماری بر زندگی و نگرش و بینش بیماران؛ و تلاش برای متوجه کردن و آگاه‌سازی بیماران برای تفکر در این جنبه‌های مثبت، می‌تواند به رشد و تکامل معنوی بیماران و کنار آمدن بهتر آنان با شرایط بعد از بیماری منجر شود. از این‌رو، توصیه می‌شود مراقبان بهداشتی و روان‌شناسان، پس از شناسایی مددجویان نیازمند به اقدام‌های مداخله‌ی، برنامه‌های مداخله‌ی و حمایتی متناسب با فرهنگ و مذهب هر جامعه‌ی را، برای آموزش و یاری‌رسانی به نیازمندان به کار گیرند تا با بهره‌گیری از عامل‌های مذهبی و معنوی، به مقابله با مشکل‌های مرتبط با بیماری بپردازند و در نهایت موجب سازگاری بهتر بیماران با بیماری شوند و دستیابی آنان به کیفیت مطلوب زندگی را فراهم آوردند.

محدودیت‌های پژوهش

از آنجاکه سنجش و بررسی وضعیت سلامت روانی شرکت-کنندگان مستلزم صرف زمان بیش‌تری بود و نیز این سنجش

11. Anusasananun B.A, Pothiban L, Kasemkitwatana S, Soivong P, Trakultivakorn H. Coping Behaviors and Predicting Factors among Breast Cancer Survivors During Each Phase of Cancer Survivorship. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2013;17(2):148-66.
12. Vaziri S, Lotfi K.F. Sexuality After Breast Cancer: Need for Guideline. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2012;5(1): 10-5.
13. Günüşen N.P, İnan F.Ş, Üstün B. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(5):3143-9.
14. Cebeci F, Yangın H.B, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):406-12.
15. Drageset S, Lindstrøm T.C, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(1):149-58.
16. Kinsinger S.W, Laurenceau J.P, Carver C.S, Antoni M.H. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & health*. 2011;26(12):1571-88.
17. Miedema B, Easley J. Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(6):1193-201.
18. Segrin C, Badger T.A. Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology, health & medicine*. 2014;19(6):716-23.
19. Ghaffari F, Shali M, Shoghi M, Joolae S. Psychometric properties of the persian version of the self-assessed support needs questionnaire for breast cancer cases. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2014;15(3):1435-40.
20. Folkman S, Lazarus R.S. *Ways of Coping Questionnaire*: Palo Alto, CA: Consulting: Psychological Press; 1988.
21. Sherman A.C, Simonton S, Plante T. *Spirituality and cancer. Spirit, science, and health: How the spiritual mind fuels physical wellness*. Greenwood Publishing Group. 2007:157-75
22. Tix A.P, Frazier P.A. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(2):411-22.
23. Pargament K.I, Smith B.W, Koenig H.G, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*. 1998;37(4):710-24.
24. Vallurupalli M.M, Lauderdale M.K, Balboni M.J, Phelps A.C, Block S.D, Ng A.K, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*. 2012;10(2):81-7.
25. Garssen B, Uwland-Sikkema N.F, Visser A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *Journal of religion and health*. 2014;54(4):1245-65.
26. Van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*: Suny Press; 1990.
27. Speziale H.S, Streubert H.J, Carpenter D.R. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
28. Polit D.F, Beck C.T. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
29. Van Manen M. *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Vol 1. Left Coast Press; 2007.
30. Elsheshtawy E.A, Abo-Elez W.F, Ashour H.S, Farouk O, El Zaafarany M.I. Coping strategies in egyptian ladies with breast cancer. *Breast Cancer*. 2014;8:97-102.
31. Thune-Boyle I.C, Stygall J.A, Keshtgar M.R, Newman S.P. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science & medicine*. 2006;63(1):151-64.
32. Doumit M.A, Huijjer HA-S, Kelley J.H, El Saghir N, Nassar N. Coping with breast cancer: a phenomenological study. *Cancer nursing*. 2010;33(2):33-9.
33. Taleghani F, Yekta Z.P, Nasrabadi A.N, Käppeli S. Adjustment process in Iranian women with breast cancer. *Cancer nursing*. 2008;31(3):32-41.
34. Revheim N, Greenberg WM. Spirituality matters: Creating a time and place for hope. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2007;30(4):307-10.
35. Taleghani, F, Yekta, Z. P, Nasrabadi A.N. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54(3): 265-72.
36. Joolae A, Joolae S, Kadivar M, Hajibabae F. Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. *Int Nurs Rev*. 2012;59(3):362-8.
37. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of clinical psychology*. 2010;66(4):430-41.
38. Paukert A.L, Phillips L, Cully J.A, Loboprabhu S.M, Lomax J.W, Stanley M.A. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*. 2009;15(2):103-12.
39. Cebeci F, Yangın H.B, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey:

A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):406-12.

40. Brix S.A, Bidstrup P.E, Christensen J, Rottmann N, Olsen A, Tjønneland A, et al. Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free women. *Acta Oncol*. 2013;52(2):345-54.

41. Kucukkaya P.G. An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(2):166-73.

42. Gall T.L, Charbonneau C, Florack P. The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology and Health*. 2011;26(3):287-305.

43. Vonarx N, Hyppolite S.R. Religion, Spirituality , and Cancer The Question of Individual Empowerment. *Integrative cancer therapies*. 2013;12(1):69-80.

44. Park C.L, Chmielewski J, Blank T.O. Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*. 2010;19(11):1139-47.

45. Meraviglia M, editor. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*; 2006.

46. Taghizadeh M.A, Mir alaei M.S. Study of group spiritual therapy on resilience among women with Multiple Sclerosis in Esfahan. *Journal of Health Psychology*. 2013; 7(2):82-102.(Full Text in persian)