

علمی پژوهشی

واکاوی چگونگی سازگاری و تاب‌آوری با بیماری سرطان: مطالعه موردی شهر کرمان

احمد کلاته ساداتی^{۱*}، زهرا فلک‌الدین^۲، سمیرا گنجعلیخانی^۳

چکیده

مقدمه و هدف: تاب‌آوری در مقابل بیماری سرطان، هنوز هم یک مسأله اجتماعی و یک موضوع مطالعاتی مهم است. اگر افراد بیمار بتوانند سازگاری و تاب‌آوری خود را در سطح بالایی نگه دارد، پذیرش بیماری برایش سهل‌تر خواهد بود. هدف پژوهش حاضر واکاوی چگونگی سازگاری با بیماری سرطان در میان بیماران است.

روش و داده‌ها: مطالعه، با روش کیفی و به شیوه تحلیل مضمونی در سال ۱۴۰۱ در شهر کرمان انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان پژوهش تعداد ۱۴ نفر از افراد مبتلا به سرطان بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار مصاحبه نیمه ساختارمند جمع‌آوری شد و با روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که موضوع سرطان، اگرچه یک مسأله زیستی-پزشکی می‌باشد، اما دارای ابعاد اجتماعی و شناختی نیز است. سه مضمون بر ساخت شده ناظر به سازگاری عبارتند از: پذیرش چندوجهی، خوش‌بینی‌سازی و زیست معنوی. همچنین مضمون نهایی تحت عنوان سازگاری کل‌نگرانه احصاء شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که توجه به روحیه، افزایش تاب‌آوری، سازگاری و حمایت اجتماعی در بیماران سرطانی به همان اندازه توجه به مسائل پزشکی لازم و ضروری می‌باشد، از این جهت لازم است که سیاست‌گذاران از برنامه‌هایی حمایت کنند که در این زمینه به بیماران و خانواده‌ها کمک کند و نوعی امنیت روانی را برای آنان به ارمغان بیاورد.

تاریخ دریافت:

۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش:

۰۴ شهریور ۱۴۰۴

کلیدواژه‌ها:

سرطان؛ امید؛ پذیرش چندوجهی؛ سازگاری کل‌نگرانه؛ معنویت.

مقدمه

امروزه با تغییرات در سبک زندگی انسان‌ها، مدل ابتلا به بیماری‌ها تغییر پیدا کرده است و متعاقب آن بیماری‌های مزمن، مهم‌ترین مشکلات در حوزه سلامت و روان‌شناختی جوامع محسوب می‌شود که خود مشکلات دیگری را به همراه دارد و هزینه‌های اقتصادی بسیاری را بر جامعه تحمیل می‌کند (سهله^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماری‌های مزمن انواع

^۱دانشیار جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (نویسنده مسئول). asadati@yazd.ac.ir

^۲مدرس، گروه جامعه‌شناسی، پردیس ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران

^۳کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

مختلفی دارند، یکی از مهم‌ترین آن‌ها سرطان^۱ است (بولارد و همکاران^۲، ۲۰۱۹). بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود که با تهدید سلامتی و زندگی انسان‌ها در سنین مختلف، خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی برای آنان ایجاد می‌کند (جانسن و همکاران^۳، ۲۰۱۹).

بیماری سرطان در نتیجه تقسیم غیرقابل کنترل سلول‌ها به وجود می‌آید. تحول روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش‌ازپیش به این بیماری معطوف گردد و سرطان به‌عنوان یک مشکل بهداشتی عمده معرفی شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). طبق آمارها سرطان مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و دومین عامل مرگ در کشورهای در حال توسعه است. براساس تخمین آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، حدود ۱۴/۱ میلیون مورد سرطان و ۸/۲ میلیون مرگ در اثر سرطان در جهان گزارش شده است (فرلای^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در ۱۵ سال آینده از ۸۰ تا ۱۰۰ درصد در خاورمیانه افزایش می‌یابد (همان، ۲۰۱۵). در همین زمینه، سازمان بهداشتی در گزارش خود در سال ۲۰۱۴ هشدار داده بود که موج سرطان در راه است و تعداد افراد مبتلا به سرطان در دنیا تا سال ۲۰۳۵ به سالانه ۲۴ میلیون نفر خواهد رسید و این بیماری در آینده نزدیک به‌عنوان نخستین عامل مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه خواهد بود (آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، ۲۰۱۴). همچنین در ایران نیز سرطان دومین گروه از بیماری‌های مزمن غیرواگیر و سومین علت پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات می‌باشد (دولت‌خواه و همکاران، ۲۰۱۵). براساس آمار سازمان بهداشت جهانی، ۱۳/۴ درصد مرگ‌ومیرها در ایران تا سال ۲۰۳۰ به علت سرطان اتفاق خواهد افتاد (محمدزاده، ۱۳۸۸: ۶۶).

فارغ از ابعاد زیستی و پزشکی آن، بیماری سرطان یک رویداد ناگهانی، مخرب و تنش‌زا برای بیمار و خانواده است که منجر به تغییراتی در حوزه‌های جسمانی، روان‌شناختی، روحی-روانی و اجتماعی در زندگی آن‌ها می‌شود (یانگ^۵، ۲۰۱۸). به همین دلیل درمان سرطان نیازمند سازگاری روانی و اجتماعی افراد است (آنتونی^۶ و همکاران، ۲۰۰۶)؛ زیرا تشخیص سرطان پیش‌فرض‌های اولیه فرد در مورد خود و جهان را به چالش می‌کشد و اگر بتواند به سازگاری موفق دست یابد شامل

¹ cancer

² Bullard

³ Jansen

⁴ Ferlay

⁵ Yang

⁶ Antoni

بازسازی مجدد این پیش فرض‌ها است (هلگسن و کوهن^۱، ۱۹۹۶). در نتیجه انسان‌ها در برابر بیماری‌ها معمولاً دچار مشکلات روحی-روانی می‌گردند و در بسیاری از مواقع نیز سعی می‌کنند که سختی‌ها را تحمل نمایند که در حوزه علوم اجتماعی به این مسأله تاب‌آوری می‌گویند (آنگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰: ۵۱۷). اکنون که تأثیر تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر مثبت و شاخص شخصیت سالم و یک تسهیل‌کننده بهداشت روان فرد به اثبات رسیده است، می‌توان از تأثیرات آن به‌عنوان یک سپر دفاعی در برابر آسیب‌های روحی-روانی و جسمانی استفاده کرد (محمدزاده، ۱۳۸۸)؛ نتایج پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند، با درد ناشی از بیماری‌شان بهتر کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌باری نسبت به درد ندارند یا کم‌تر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند (توبی^۳ و همکاران، ۲۰۱۴: ۳۶۲)؛ سازگاری فرد با سرطان فرآیندی است که در طول زمان انجام می‌گیرد. این سازگاری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است. سازگاری در سرطان به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای ابقاء سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌هایی که به علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند. افراد از طرق گوناگون سعی می‌کنند که این سازگاری را ایجاد می‌کنند (گریسمر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی، خویش نیازمند کمک‌هایی جهت رسیدن به سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل‌شده خود هستند. برخی از روش‌های سازگاری در افزایش حس سلامت بیماران و برخی دیگر از این فرآیندها در ایجاد تطابق روانی سودمند هستند (پاتاک^۵ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ زیرا افراد بیمار برای سازگاری بهتر با عوارض جسمی و روان‌شناختی بیماری خود نیاز به ارتقاء سطح کیفیت زندگی خویش و افزایش حمایت اجتماعی دارند (یلماز^۶ و همکاران، ۲۰۱۷: ۷۳۴).

اما با وجود مشکلات روحی روانی بیماران مبتلا به سرطان که علاوه بر مشکلات جسمی آن‌ها را تهدید می‌کند، این بیماران ممکن است در مقابله با این همه درد و رنج، تحمل خود را از دست بدهند و تاب‌آوری کم‌تری از خود بروز دهند (محمدزاده، ۱۳۸۸: ۶۶). شواهد نشان می‌دهد که افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند به دلیل وجود مشکلات روحی-روانی توأم با بیماری، به‌سختی قادر به حفظ دید مثبت خود نسبت به زندگی هستند و این مسأله موجب می‌گردد تا روند بهبودی

¹ Helgeson, Cohen

² Ong

³ Toby

⁴ Griesemer

⁵ Pathak

⁶ Yilmaz

آنان طولانی گردد و یا اثرات درمان کاهش یابد، اما برخورداری از مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند بر نوع نگرش آن‌ها تأثیر بگذارد (پریکساکورن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ زیرا تشخیص و درمان سرطان تنها بر خود بیمار اثر نمی‌گذارد، بلکه بر اطرافیان وی به‌ویژه خانواده و دوستان او نیز مؤثر است. این تغییرات در افراد زمینه‌بازسازی روابط و درپیش‌گرفتن سازوکارهای سازگاری درباره بیماری را به همراه دارد. از طرف دیگر، تعاملات و روابط بین شخصی به این دلیل برای فرد بیمار اهمیت دارند که محیط اجتماعی نقش مهمی در سازگاری روانی وی و همچنین بازماندگان سرطان دارد (تورنتون و پرز^۲، ۲۰۰۷: ۱۹۲). روابط و تعاملات اجتماعی فرد بیمار هرچقدر بهتر باشند، فرصت‌هایی را برای فرد در دریافت حمایت‌های عاطفی و ابزاری فراهم می‌کنند و موجب سازگاری بهتر وی با بیماری سرطان می‌شوند (بنارد^۳ ۲۰۰۴؛ ورنر و اسمیت^۴، ۲۰۰۱). همچنین پژوهش‌هایی که در زمینه ابتلا به بیماری سرطان و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از آن‌ها انجام گرفته است، نشان می‌دهد که در کنار سازگاری، حمایت اجتماعی نیز بر جسم، روان و عملکرد فرد مبتلا به سرطان تأثیر مثبتی دارد؛ یعنی شخصی که به این بیماری مبتلا است برای سازگاری و پشت سر گذاشتن مسیر درمان خود، علاوه بر کمک فرد به خود، نیاز به حمایت از طرف سیستم بهداشت و درمان، خانواده و اطرافیان خود دارد؛ زیرا حمایت موجود افزایش سازگاری و تاب‌آوری فرد می‌شود؛ اما خود فرد اهمیت بسیاری دارد و تا زمانی که وی تصمیم به تغییر زندگی خویش نگیرد، هیچ‌کس نمی‌تواند به وی کمک کند. لازم به ذکر است که علاوه بر کمک‌های دیگران، روحیه افراد مبتلا به این بیماری در جایگاه بسیار مهمی قرار دارد، به‌نحوی که می‌تواند در روند بهبود اختلال ایجاد یا اینکه در صورت رعایت نکات ضروری به بهبودی این افراد کمک کند؛ لذا اولین فردی که می‌تواند به بیمار کمک کند، خود او می‌باشد؛ زیرا خود فرد است که در درجه اول بیماری را می‌پذیرد و راه درمان را پیش می‌گیرد. ما در این پژوهش سعی داریم به این مسأله بااهمیت پردازیم که روش سازگاری و تاب‌آوری افراد مبتلا به بیماری چه می‌باشد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود اکثر پژوهش‌های صورت گرفته دربرگیرنده موضوعات تقریباً مشابه و یا نزدیک به هم می‌باشند و اینکه روش‌های تاب‌آوری را مورد بررسی قرار نداده‌اند، از طرفی بحث روش‌های سازگاری و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان کم‌رنگ بوده یا به روش کمی انجام شده است و خلأ تحقیقاتی در آن دیده می‌شود؛ ازاین‌رو در این پژوهش تلاش می‌شود به‌صورت عمیق روش‌های سازگاری و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان در شهر کرمان مورد شناسایی و واکاوی قرار گیرد؛ زیرا طبق آخرین آمار موجود سرطان‌های شایع

1 Pruksakorn

2 Thornton, Perez

3 Benard

4 Werner, Smith

در استان کرمان در بین زنان سرطان پستان، تیروئید، پوست و معده و در مردان، مثانه، ریه، پوست، معده و پروستات و سرطان روده بزرگ است (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۹۸). در نتیجه هدف پژوهش حاضر واکاوی چگونگی رسیدن بیماران به سازگاری و تاب‌آوری است.

ادبیات پژوهش

پیشینه پژوهش

منوچهری و تقی پور (۲۰۲۲)، پژوهشی با عنوان «چگونه با سرطان سینه کنار بیایم: بررسی کیفی راهبردهای مقابله‌ای زنان ایرانی نجات‌یافته» با هدف بررسی راهبردهای مقابله‌ای بازماندگان در ایران انجام دادند، ۱۴ نفر از بازماندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. یافته‌های تحقیق، درک عمیقی از راهبردهای زنان ایرانی برای مقابله با سرطان ارائه می‌دهد. یک تیم آموزش‌دیده از انکولوژیست‌ها، روان‌پزشکان، متخصصان سلامت روان و متخصصان بهداشت باروری باید به‌طور قابل توجهی در بهبود توانایی مقابله بیماران مبتلا به سرطان که می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بالاتر شود، کمک کنند.

اوشمیالوسکا^۱ و همکاران، (۲۰۲۱) در پژوهش خود با عنوان «راهبردهای مقابله با درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان» به این نتیجه رسیدند که اکثر بیماران بین یک تا دو سال قبل به سرطان مبتلا شده بودند. در زنان مورد مطالعه، ارتباط منفی بین کیفیت زندگی و انتخاب یک استراتژی مخرب برای مقابله با سرطان و ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و استراتژی مقابله سازنده وجود داشت. درد شدید ناشی از بیماری و درمان آن به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی بیماران را در حوزه‌های مختلف کاهش داد.

گالدرون^۲ و همکاران (۲۰۲۱) پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله و عوامل اجتماعی جمعیت-شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان» بر روی ۴۰۴ زن مبتلا به سرطان پستان برداشته شده و غیر متاستاتیک انجام دادند و طبق نتایج آن عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات و وضعیت مشارکت با راهبردهای مقابله‌ای

¹ Ośmiałowska

² Calderon

مرتبط بودند. در مورد راهبردهای ناسازگار، ناامیدی در افراد مسن و سطح تحصیلات پایین بیشتر بود. سرنوشت‌گرایی در افراد مسن و مجرد و اجتناب شناختی با سطح تحصیلات پایین‌تر همراه بود. حمایت خانواده، دوستان و شرکا با روحیهٔ جنگندگی بیشتر همراه بود. در مقابل، پریشانی روانی بالا با استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگار همراه بود.

لانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهش خود با عنوان «راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی در میان مراقبین بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعهٔ مقطعی در ویتنام» به این نتیجه رسیدند که مقابلهٔ فعال، پذیرش و چارچوب‌بندی مجدد مثبت بیشترین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای را در میان شرکت‌کنندگان داشتند، در حالی که مصرف مواد کم‌ترین استفاده را داشت. سطح حمایت اجتماعی با استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای همبستگی مثبت داشت. دریافت حمایت اجتماعی بالا و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت، مراقبین را قادر می‌سازد تا بار مراقبتی خود را کاهش دهند، وضعیت را کنترل کنند و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند.

یونس و همکاران (۲۰۲۱)، پژوهشی با عنوان «اثربخشی برنامهٔ مداخلهٔ روانی-آموزشی بر راهبردهای مقابله‌ای در میان زنان اردنی مبتلا به سرطان پستان» انجام دادند. مواد و روش تحقیق، کارآزمایی کنترلی تصادفی شده دوسوکور شامل ۲۰۰ شرکت‌کننده بین سنین ۲۰ تا ۶۵ سال مبتلا به سرطان پستان بود. نتیجه اینکه مداخلات روانی-آموزشی برای زنان، به‌طور قابل توجهی دانش بیماران مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

ساری^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهش خود با عنوان «ارتباط بین حمایت خانواده، راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان عمومی مدان، سوماترا شمالی، اندونزی» انجام دادند. براساس نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که بین حمایت خوب خانواده و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و سطح اضطراب پایین در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی ارتباط وجود دارد.

هرناندز^۳ و همکاران (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان «تفاوت در راهبردهای مقابله در میان جوانان و سالمندان مبتلا به سرطان غیر متاستاتیک و برداشته‌شده» انجام دادند. سطوح بالاتر تحصیلات، تقاضاهای بیشتر بازار کار و ظهور عصر اطلاعات تغییرات شدیدی را در پارادایم رابطهٔ پزشک و بیمار به دنبال داشته است. این امر به‌ویژه در جمعیت جوان‌تر

¹ Long

² Sari

³ Hernández

بیماران سرطانی صادق است که نیاز به اطلاعات بیشتر و مشارکت فعال در تصمیم‌گیری دارند، می‌توانند اضطراب بیشتری در مورد تشخیص خود نشان دهند، اما همچنین ظرفیت بیشتری برای مبارزه دارند.

عابدینی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان «الگوی ارتباطی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی هیجانی با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در بیماران سرطانی» انجام دادند. جامعه آماری در این پژوهش شامل بیماران سرطانی در سال ۱۳۹۹ بود که به شکل نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نتایج پژوهش برای متخصصان و روان‌شناسان حوزه سلامت تلویحات کاربردی داشته و می‌توان نتیجه گرفت که ذهن‌آگاهی و تاب‌آوری بر بهزیستی هیجانی بیماران سرطانی اثر مستقیم دارند.

دهقان و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی با عنوان «واریسی پدیدارشناختی تجربه احساس خود در بازماندگان سرطان» انجام دادند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیم ساختاریافته با ۱۷ فرد مبتلا به سرطان گردآوری شد. از اجرای تحلیل پدیدارشناسی تفسیری بر روی متن مصاحبه‌ها مفهوم کلی "گسست خود" اکتشاف شد که شامل هفت خوشه مفهومی است: گسست زمان شناختی، برجستگی بدن، تداخل در عاملیت، گسست خود فردی، گسست خود ارتباطی، بیش تمایز یافتگی و تجارب هیجانی دردناک. با این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که در مواجهه با سرطان ابعاد مختلف احساس خود دچار آسیب و شکاف می‌شود و شدت آن بر سازگاری بیماران تأثیر می‌گذارد. این یافته‌ها بیان‌گر نیاز بازماندگان سرطان به بازسازی احساس خود است و لازم است مورد توجه خدمات‌دهندگان حوزه سرطان قرار گیرد.

اسدی مهدیخان و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی با عنوان «تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی» انجام دادند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، با توجه به کمبودهایی که در زمینه حمایت از خانواده‌های درگیر با سرطان وجود دارد، لزوم حمایت‌های پس از سوگ، جهت کاهش خودسرزنی و افزایش آرامش و اطمینان خاطر افراد داغدار اهمیت یافته و مداخله‌های مؤثر روان‌شناسی سلامت برای کاهش آثار آزاردهنده افسوس و حسرت، برای خانواده‌های درگیر با بیمار سرطانی، طی بیمار و بعد از فقدان و تجربه سوگ ضروری است.

اوکتی علی‌آباد و انصاری مقدم (۲۰۲۱) پژوهشی با عنوان «شیوع اضطراب و افسردگی و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای، نیازهای مراقبت حمایتی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان» انجام دادند. زنان مبتلا به سرطان پستان

سطح بالایی از افسردگی و اضطراب را در زاهدان گزارش کردند و پزشکان باید به ناراحتی روانی این بیماران توجه بیشتری داشته باشند. رفع نیازهای برآورده نشده بیماران، افزایش حمایت اجتماعی و استفاده از راهبرد مقابله‌ای مناسب نقش اساسی در کنترل پریشانی روانی زنان سرطان سینه دارد.

با مرور پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهد بیشتر مطالعات پیشین بر توصیف ارتباط بین متغیرهای مؤثر بر سازگاری بیماران سرطانی - مانند حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای - تمرکز داشته‌اند، بدون آنکه سازوکارهای درونی و زمینه‌ای این سازگاری را به‌طور عمیق تحلیل کنند. اغلب پژوهش‌ها با روش‌های کمی و مقطعی انجام شده‌اند؛ بنابراین، توان تبیینی محدودی در درک پویایی تجربه‌ی بیمار در گذر زمان دارند. بیشتر مطالعات نیز به متغیرهای فردی پرداخته و از تأثیر بافت فرهنگی، اقتصادی و معنایی بر نحوه کنارآمدن بیماران با بیماری غفلت کرده‌اند. علاوه‌براین، نگاه غالب، ارتباط‌محور و سطحی بوده و کمتر به تجربه‌ی احساسی، تحولی و فلسفی بیماران توجه شده است. از این‌رو، خلأ پژوهش‌هایی که به‌طور تفسیرگرایانه به سازوکارهای روانی و وجودی سازگاری بیماران در بستر فرهنگی و حمایتی خاص جامعه ایران بپردازند، کاملاً محسوس است. مقاله حاضر در جهت پرکردن این خلأ، با رویکردی تحلیلی و تلفیق یافته‌های کیفی و جامعه‌شناختی، تلاش می‌کند سازگاری بیماران سرطانی با بیماری را نه صرفاً به‌عنوان واکنشی رفتاری، بلکه به‌مثابه فرآیندی بازسازی‌کننده هویت و معنا بررسی کند. پژوهش حاضر با نگاه دیگری به مسأله سازگاری پرداخته است اینکه چگونه بیماران می‌توانند خود را با بیماری سرطان سازگار سازند و به زندگی ادامه دهند که می‌تواند برای ایجاد راهبردهای سازگاری با بیماران کمک‌کننده باشد.

چارچوب مفهومی

پژوهش‌های کیفی به دنبال استفاده از نظریه نیستند، بلکه از نظریات به‌عنوان حساسیت نظری^۱ استفاده می‌کنند تا بر دقت پژوهشگر در گردآوری و تحلیل داده و مفهوم‌سازی کمک کند. در این پژوهش نیز در راستای کمک به روشن شدن ذهن محقق برخی نظریات حوزه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی مرور می‌گردند.

در پدیدارشناسی بدن، رنج و درمان مسائل مرتبط با دوگانگی ذهن و بدن و نقدهای وارد بر آن مدنظر قرار می‌گیرند. در نظریه‌های پدیدارشناختی^۲ از توجه به بدن به‌عنوان محصولی منفعل و ایستا که از ساختارهای اجتماعی تأثیر می‌پذیرد،

¹ Theoretical sensitivity

² Phenomenological theories

اجتناب می‌کنند و بدن را زمینه تجربه در نظر می‌گیرند که تنها در صورتی شناختنی است که راه‌هایی فهمیده شوند که طی آن‌ها بدن زندگی زیسته می‌شود. به این ترتیب می‌توان ارتباط میان تحولات بدن و ذهن و تعاملات را به گونه‌ای تازه بررسی کرد. همچنین در نظریه‌های سرمایه اجتماعی اهمیت روابط و شبکه تعاملات به منزله ابزاری مشخص می‌شود که فرد، گروه، نهاد یا جامعه‌ای برای رسیدن به هدف‌هایشان از آن استفاده می‌کنند. بوردیو^۱ از جمله نظریه پردازانی است که در تقسیم‌بندی‌های چهارگانه خود سرمایه اجتماعی^۲ را شامل پیوندهای اجتماعی و اعتماد می‌داند. اندیشه اصلی سرمایه اجتماعی این است که خانواده، دوستان و همکاران دارایی‌های بسیار مهمی‌اند که فرد قادر است در شرایط بحرانی از آن‌ها کمک بگیرد (افراسیابی و همکاران، ۱۳۹۹: ۴).

همچنین طبق نظر محققان، یکی از مدل‌های حوزه تاب‌آوری، مدل محافظتی^۳ است. مطابق با این مدل یک عامل محافظتی به منظور کاهش احتمال یک پیامد منفی با یک عامل خطرزا مورد توجه قرار می‌گیرد. در این مدل یک عامل محافظ، اثرات عامل خطر را بر پیامد رفتاری منفی، عوامل محافظت‌کننده و ارتقادهنده تاب‌آوری، تعدیل می‌کند (راک و پترسون، ۱۹۹۹). عوامل محافظت‌کننده و ارتقادهنده تاب‌آوری به دو عامل محافظت‌کننده درونی و محافظت‌کننده بیرونی تقسیم شده است:

الف) عوامل محافظت‌کننده درونی: شامل ویژگی‌های فردی می‌شود که تاب‌آوری را تسهیل کرده و ارتقا می‌دهد؛ شامل: کاربرد مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و کنترل تکانه؛ اجتماعی بودن، توانایی دوست داشتن و دوست داشته شدن، توانایی ایجاد روابط مثبت؛ شوخ‌طبعی؛ درونی بودن کانون کنترل؛ خوش‌بینی درباره آینده؛ خودگردانی و استقلال؛ انعطاف‌پذیری؛ ظرفیت آموزش و آموزش طلبی؛ خودانگیختگی؛ شایستگی فردی؛ ارزش نهادن به خود و انعطاف‌پذیری.

ب) عوامل محافظت‌کننده بیرونی: ویژگی‌هایی در خانواده و اجتماع وجود دارد که تاب‌آوری فرد را تقویت می‌کند؛ شامل: پیشگامی در ایجاد روابط و پیوندهای صمیمی؛ ارج نهادن به تحصیل، سبک تعامل پرحرارت و کم بهانه‌گیر؛ ایجاد و تقویت مرزبندی‌های شفاف (قوانین، مقررات، هنجارها)، تقویت روابط حمایت‌گرانه و مهربانانه با دیگران؛ به اشتراک گذاشتن

¹ Bourdieu

² Social capital

³ Protective model

مسئولیت‌ها و یاری‌رسانی؛ امکان دستیابی به منابع برای برآورده کردن نیازهای اساسی مانند مسکن، شغل، بهداشت و تفریح؛ توقع بالا و واقع‌گرایانه؛ تشویق به هدف‌گذاری و تسلط یافتن بر شرایط؛ تقویت ارزش‌ها (مانند فداکاری) و مهارت‌های زندگی (مانند همکاری)، ایجاد فرصت‌هایی برای رهبری، تصمیم‌گیری و مشارکت معنادار در فعالیت‌ها و ارج نهادن به استعدادهای منحصر به فرد هر شخص (راجعیان و گودرزی، ۱۳۹۵: ۴۹).

همچنین بندورا^۱ در نظریهٔ شناختی اجتماعی^۲ خود با دیدگاه‌هایی که به عوامل درونی مؤثر بر رفتار توجه می‌کنند و عوامل محیطی را نادیده می‌گیرند، مخالفت می‌کند و از دیدگاه‌هایی که انسان را پاسخ‌دهنده منفعل به رویدادهای محیطی می‌دانند نیز انتقاد می‌کند. از نظر بندورا، شخص، محیط و رفتار شخص با هم تعامل مقابل دارند و هیچ‌کدام از آن سه جزء را نمی‌توان جدا از اجزای دیگر به‌عنوان تعیین‌کنندهٔ رفتار انسان به حساب آورد. بندورا این تعامل سه‌گانه را جبر متقابل یا تعیین‌گری متقابل نامیده است. بندورا عقیده دارد که باورهای خودکارآمدی در افراد تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد و تنها از طریق متقاعد ساختن فرد و تشویق وی رشد نمی‌کند (بندورا، ۱۹۹۷).

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه در سال ۱۴۰۱ در شهر کرمان انجام شد. جامعهٔ پژوهش شامل تعدادی از بیماران مبتلا به سرطان در کلینیک جوادالائمه در شهر کرمان است. در این پژوهش ۱۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان در شهر کرمان مورد مصاحبه قرار گرفتند و با رسیدن به اشباع نظری^۳ مصاحبه‌ها پایان یافت. زمان مصاحبه‌ها نیز بین ۲۵ تا ۵۵ دقیقه به طول انجامید. مهم‌ترین معیار برای انتخاب، بیمارانی بود که به سازگاری و تاب‌آوری دست یافته‌اند. در تحقیق حاضر برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، برای نمونه‌گیری از دو شیوهٔ نمونه‌گیری یعنی نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع استفاده شد. در این شیوه از میان افراد مبتلا به سرطان نمونه‌هایی انتخاب گردید و تأکید شده تا ویژگی‌های متفاوتی از نظر شرایط اقتصادی، نوع سرطان، سن، وضعیت اجتماعی داشته باشند تا حداکثر تنوع در نمونه‌ها رعایت گردد. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبهٔ نیمه ساخت‌یافته، استفاده گردید. در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان، مصاحبهٔ نیمه ساخت‌یافته باعث می‌شود که این افراد بتوانند با انعطاف بیشتری از روش‌های تاب‌آوری و سازگاری، صحبت به میان آورند. در این پژوهش داده‌ها با رعایت اصل رازداری و گمنامی جمع‌آوری گردید. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون براون و

¹ Bandura

² Bandura's social cognitive theory

³ Theoretical saturation

کلارک^۱ (۲۰۰۶) استفاده شده است که به تحلیل مضمون بازتابی شهرت دارد، هدف از تحلیل مضمون شناسایی الگوهای معانی در یک مجموعه داده است که در پاسخ به سؤال پژوهش شناسایی می‌شود. این الگوها از طریق فرآیند مستمر شناسایی با داده‌ها، کدگذاری داده‌ها، توسعه مضمون و بازنگری مضامین شناسایی می‌شوند (شیخ‌زاده و بنی‌اسد، ۱۳۹۹).

مراحل روش تحلیل موضوعی به شرح ذیل است:

مرحله ۱: آشنایی محقق با داده‌های موجود

مرحله ۲: ایجاد کدهای اولیه

مرحله ۳: جست‌وجوی مضامین

مرحله ۴: بازنگری مضامین

مرحله ۵: تعریف و نام‌گذاری مضامین

مرحله ۶: تدوین گزارش (براون و کلارک، ۲۰۰۶).

بدین معنی که ابتدا محقق به انجام مصاحبه‌ها پرداخت و سپس بعد از مرور داده‌ها و آشنایی اولیه با آن‌ها، به ایجاد کدهای اولیه پرداخت و سپس از دل آن‌ها، مضامین فرعی استخراج گردید و در مرحله بعد، بعد از بازنگری مضامین فرعی، مضمون‌های اصلی احصا شد و نام‌گذاری مضامین تثبیت گردید، سپس به توضیح مضامین اصلی پرداخته شد.

در آخر برای رسیدن به اعتبار پژوهش از روش بازخورد مشارکت‌کنندگان استفاده گردید؛ بدین معنی که بعد از پایان کدگذاری به تعدادی از بیماران نتایج نشان داده شد و آنان نیز داده‌های به‌دست‌آمده را تأیید کردند.

¹ Brown and Clark

جدول ۱. ویژگی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

نام مستعار	شغل	نوع تشخیص	جنسیت
منیره	خانه‌دار	سرطان سینه	مؤنث
مریم	خانه‌دار	سرطان سینه	مؤنث
منا	کارمند	سرطان تخمدان	مؤنث
مینا	کارمند	کانسینه	مؤنث
نازخاتون	خانه‌دار	کانسینه	مؤنث
شهرزاد	کارمند	سرطان سینه	مؤنث
فاطمه	خانه‌دار	کانسینه	مؤنث
مریم	خانه‌دار	کانسینه	مؤنث
محمد	بیکار	سرطان ریه	مذکر
صدیق	دانشجو	سرطان لنفوم	مذکر
فاطمه	خانه‌دار	سرطان مغز استخوان	مؤنث
هوشنگ	نانوا	سرطان ریه	مذکر
نازی	ماما	سرطان سینه	مؤنث
زهرا	خانه‌دار	سرطان سینه	مؤنث

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بیماران بعد از ابتلا به سرطان، با چالش‌های جدی روانی و اجتماعی مواجه شدند. مواجهه با افسردگی حاد و ناامیدی شدید در ابتدای تشخیص یکی از مهم‌ترین تجربه‌های مشترک مشارکت‌کنندگان بود. ناراحتی، زود عصبی شدن، کناره‌گیری، پرخاشگری از مهم‌ترین پیامدهای تشخیص ابتدایی بود. با وجود این، مشارکت‌کنندگان ناگزیر از زیستن بودند. آن‌ها به‌صورت خلاقانه و در مواجهه با این بیماری روش‌هایی برای سازگاری و بقا در پیش گرفتند که ناظر به سؤال پژوهش سه مضمون تحت عنوان «پذیرش چندوجهی، خوش‌بینی‌سازی و زیست معنوی»، احصاء شد (جدول ۱).

جدول ۲. کدگذاری حاصل از یافته‌های پژوهش

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم
پذیرش چندوجهی	صبر و پذیرش	سپری کردن مدت طولانی، پشت سر گذاشتن حدوداً یک ماه، سپری کردن زمان کوتاه جهت پذیرش، سپری کردن چندین ماه، متغیر بودن زمان پذیرش در افراد، وابسته بودن زمان به حمایت و امکانات موجود
	شخصیت سازگار	واکنش آرام، ویژگی‌های شخصیتی عامل پذیرش، واقع‌بین بودن شخص، سازگاری بعد از خودشناسی
	فرآیندمندی پذیرش	قبول واقعیت و پذیرش آن، مقبول آمدن بیماری، طی کردن فرآیند پذیرش، پذیرش درمان، پروسه قبول بیماری
	سازگاری و حمایت	سازگاری، پذیرش بیماری، کمک اطرافیان در پذیرش، کنار آمدن با آن
خوش بینی سازی	امیدواری	داشتن امید به زندگی و خانواده، دید واقع‌بینانه همراه با امید، پیگیری درمان بانگیزه، حفظ آرامش و امید، تقویت روحیه، امیدواری، ایجاد امید در خود، مقاومت و امید به بهبودی، ایجاد انگیزه بهبودی در خود، امید به زندگی
	مثبت‌اندیشی	ایجاد رغبت در خود، مثبت‌اندیشی و تأثیر آن در پذیرش، خودگویی مثبت، ایجاد انگیزه و افکار مثبت، توجه به نقش مؤثر خود در بهبودی، ایجاد انگیزه در خود، پذیرش تأثیرگذاری همکاری خود در فرآیند بهبودی
زیست معنوی	ایمان و توکل	ایمان به خدا و پذیرش پیشرفت علم، وجود روحیه و توکل، حمایت مؤثر، داشتن ایمان و آگاهی، یاری خداوند، صبر و بردباری، توسل به پروردگار، متکی شدن به خداوند و ائمه اطهار، توسل جستن، سازگاری و پذیرش شرایط به وجود آمده، تأثیر توکل به خدا و حمایت خانواده، راضی بودن به رضای پروردگار
	ارزش زندگی	غنیمت شمردن لحظه حال، در حال زندگی کردن، اعتقاد به جریان داشتن زندگی، باور به گذر، علاقه‌مند به زندگی

پذیرش چندوجهی

پس از واکاوی مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها و استخراج مفاهیم، یکی از مضامین اصلی تحقیق تحت عنوان "پذیرش چندوجهی" انتخاب شد. این مضمون اصلی از چهار مضمون فرعی تحت عنوان "صبر و پذیرش، شخصیت سازگار، فرآیندمندی پذیرش و سازگاری و حمایت" تشکیل شد. پذیرش چندوجهی بیانگر این امر است که افراد مبتلا به سرطان چگونه با بیماری خود سازگار شده و تاب‌آوری می‌کنند، از آنجایی که برای ادامه حیات یکی از اصول مهم سازگاری و مدارا است، این افراد با روش‌های به دست آمده از پژوهش به سازگاری و تاب‌آوری دست یافته‌اند. بسیاری از افراد پس از اطلاع از تشخیص سرطان در زمینه سازگاری با آن در زندگی شخصی و خانوادگی دچار سطح بالایی از ناتوانی و ناامیدی می‌شوند. این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌هایی جهت سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش می‌باشند. نظریه سازگاری^۱ در سرطان به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌شود که فرد برای بقا سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌هایی که به علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌شود و البته سازگاری با سرطان فرآیندی است که در طول زمان انجام می‌شود. این سازگاری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است که نیازمند برنامه‌ریزی است. افراد از طرق گوناگون سازگاری ایجاد می‌کنند. در واقع افراد مبتلا به سرطان سعی می‌کنند که با سپری شدن مدت زمان مشخصی که در هر فرد طبق حمایت و امکانات وی متفاوت است با بیماری کنار بیایند و پذیرش اتفاق بیفتد، البته این پذیرش با صبوری و بردباری بیمار انجام می‌گیرد، بعد از پذیرش، بیمار به دنبال پروسه درمان بیماری می‌گردد، در واقع با طی کردن روند درمانی بیماری، فرآیندمندی پذیرش اتفاق می‌افتد. البته این پروسه پذیرش و درمان به شکل تک‌نفره انجام نمی‌گیرد، بلکه سوای ویژگی‌های شخصی بیمار مانند واقع‌بینی، آرامش، خودشناسی و سازگاری که پذیرش را قابل تحمل می‌کند، سازگاری و حمایت اطرافیان نیز مزید بر علت می‌باشد، اعضای خانواده، دوستان، کادر درمانی و... به بیمار کمک می‌کنند تا با شرایط جدید زندگی خویش سازگار گردد و بتواند با شرایط موجود کنار بیاید. همچنین کارکرد روانی و جسمانی بیمارانی که شرایط پزشکی یکسانی دارند کاملاً با یکدیگر متفاوت است. دو بیمار ممکن است درجه یکسانی از بیماری یا آسیب جسمانی را تجربه کنند، ولی پاسخ‌های روانی متفاوتی به آن بیماری جسمی بدهند. بیمارانی که درباره بیماری‌شان دیدگاه منفی‌تری دارند، احتمال بیشتری دارد که افسرده شوند. بیمارانی که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند و ناتوانی بیشتری را گزارش

¹ Compatibility theory

می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیمار درباره کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد. درواقع معنادهی عامل اصلی سازگاری با بیماری جسمی است. چگونگی ارزیابی بیماران از سرطان بر واکنش آن‌ها نسبت به آن و چگونگی مقابله و سازگاری با سرطان تأثیر می‌گذارد. به عبارتی بین باورها و شیوه سازگاری فرد رابطه وجود دارد. باورهای ناکارآمد و احساس ناامیدی به خلق افسرده دامن می‌زنند و سبب می‌شوند که اطلاعات دریافتی مربوط به سرطان و درمان به گونه‌ای سوگیرانه پردازش شوند. در نتیجه سازگاری و پذیرش یک اصل بسیار ضروری بوده که فرد باید ابتدا در فرآیند درمان باید به آن دست یابد تا از عواقب بعدی آن نظیر افسردگی و ناامیدی و ... جلوگیری نماید، افراد مورد مصاحبه نیز به این موضوع اشاره نموده‌اند.

"به نظر من بستگی به شخصیت فرد داره، خود من معمولاً به اتفاق‌هایی که برام پیش میاد خیلی واکنش عجیب نشان نمی‌دهم و به راحتی می‌پذیرم (مینا)"

"با وجود ناراحتی، وجود بیماری در خودم را قبول کردم، اولش شوک وجود بیماری بود و بعد کسب اطلاعات در مورد بیماری و شروع درمان و پذیرش بیماری را پیش گرفتم (شهرزاد)"

"بین بستگی به خود فرد داره و اخلاق‌اش چون من از قبل مستقل بودم یک ماه طول کشید تا به سختی یک کم پذیرفتم ولی تا چهار سال طلبکار پدرشوهر و مادر شوهرم بودم تا کامل پذیرفتم (فاطمه)"

"من پنج سال توی این مسیرم با سختی کشیدن و تنهایی تلاش کردم الان با خودم و با خدا آشتی کردم و پذیرفتم و با پزشکم از دل همکاری می‌کنم. (نازخاتون)"

خوش‌بینی‌سازی

سازگاری با سرطان از قبل وجود ندارد، بلکه ساخته می‌شود، بدین معنا که افراد بعد از مواجهه با آن و از بین رفتن تمام امید، به صورت ناگهانی اراده به ساختن جهانی جدید می‌کنند. چنین ساخت و سازی، متضمن تغییر نگرش نسبت به جهان پیرامون و حتی فلسفه زندگی است. مضمون اصلی خوش‌بین‌سازی از دو مضمون فرعی امیدپروری و مثبت‌اندیشی تشکیل گردید. درواقع امید پایه بسیاری از درمان‌هاست. از این جهت مشاوران و روان‌شناسان بسیاری بر این موضوع، تحقیقات و آزمایشات متنوعی را انجام داده‌اند تا به واسطه آن بتوانند نقش روحیه را در بهبودی سرطان در این افراد ثابت کنند. طبق

صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تأثیر حرف‌ها می‌تواند تا اندازه زیادی در بهبودی افراد مؤثر باشد. برای این منظور افراد سرطانی در اثر تضعیف روحیه، به راحتی می‌توانند امید خود را از دست بدهند و حتی درمان‌های خود را نیز ادامه ندهند. در ایجاد روحیه بالا در این افراد باید تا حد امکان بیماران را از شرایطی که باعث ناامیدی آنان می‌شود، دور کرد. در نتیجه امید به فردا و نقش آن در بهبودی بیماران مبتلا به سرطان مشخص است. در واقع مشارکت‌کنندگان در پژوهش داشتن امید به زندگی و خانواده خویش را در درمان بیماری بسیار مهم می‌دانستند که موجب می‌گردد درمان را با امید و انگیزه پیگیری کنند، آنان سعی می‌کردند که با روش‌های مختلف روحیه امیدواری را در خویش تقویت و آرامش خویش را حفظ کنند، در مقابل پروسه درمان و درد ناشی از آن مقاومت داشته باشند، همچنین امید به زندگی موجب طی کردن مسیر درمان می‌شود، در کنار مسأله امیدبخشی، بحث مثبت‌اندیشی نیز بسیار مهم بود. آنان با ایجاد رغبت و میل به زندگی در خویش، خودگویی مثبت، داشتن افکار مثبت به زندگی، توجه به نقش مؤثر خویش در بهبودی کامل، موجب ایجاد حال خوب درونی در خود می‌گشتند؛ زیرا پذیرفته بودند که خودشان اهمیت اساسی دارند، در واقع این مثبت‌اندیشی در کنار امیدپرووری مسیر درمان را برای آنان هموار می‌کرد و موجب بازبازی سلامت می‌شد.

سرطان از آن دست بیماری‌هایی است که بستگی زیادی به روحیه فردی بیمار داشته و می‌تواند به راحتی فردی را از پای درآورد. در واقع توجه به مسائل روانی و روحی این بیماری نباید در درجه دوم قرار گرفته و به اندازه درمان‌های شیمیایی مورد توجه باشد. معمولاً پزشکان روش‌های زیادی را برای بهبود روحیه بیماران توصیه کرده تا خستگی‌های ناشی از روند درمانی در آنها تأثیر منفی نداشته باشد. داشتن یک روحیه قوی و مثبت می‌تواند به روند بهبودی و تأثیرگذاری داروها و پروسه‌های درمانی کمک کند که افراد مصاحبه‌شونده نیز به این امر اشاره نموده‌اند.

"اینکه اتفاق افتاده و زندگی ادامه دارد و با این بیماری کنار می‌آییم و شکستش می‌دهیم، بعد شروع کردم و رفتم دنبال درمان به امید روزی که تمام شود. (منا)"

"باورم همیشه برام قابل باور نبود و نمی‌توانستم قبول کنم و هنوزم باورم همیشه فکر می‌کنم مثل یک سرماخوردگی خیلی ضعیفه، همه راه‌ها رو به جز راه درمان شدن برای خودم بستم من باید می‌پذیرفتم و درمان می‌شدم به خاطر پسرم. (مریم)"

"پذیرش شرایط به وجود آمده و تلاش برای بهبود ساخته ولی بهتر از زانو زدن در برابر ناامیدی است. (نازی)"

زیست معنوی

زیست معنوی از دو مضمون فرعی ایمان و توکل و ارزش زندگی احصا شد. معنویت درمانی می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بیمارانی باشد که از سرطان رنج می‌برند، در تبیین آن می‌توان ذکر کرد که مداخلات معنوی در درمان بیماران سرطانی در واقع توانایی بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی آنان در جهت حل مشکلات جسمی و روحی و بهتر زندگی کردن است که از طریق تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود و پرکردن خلأ معنایی امکان‌پذیر می‌شود. معنا و هدف در زندگی به سازگاری روانی در مراحل حاد و عواقب ناشی از درمان کمک می‌کند. به نظر می‌رسد که مسائل معنوی می‌تواند در پیشگیری یا بهبود طیف وسیعی از مشکلات جسمی و سازگاری با دردهای حاد، بیماری و مرگ مؤثر باشد. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به‌صورت چشم‌گیری افزایش می‌یابد؛ زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارا می‌باشد. بیماران مبتلا به سرطان، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را به‌عنوان راهی برای به‌دست‌آوردن معنا و امیدواری در دوران بیماری و بهبود و همچنین از آن به‌عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ استفاده می‌کنند. در واقع مشارکت‌کنندگان در پژوهش مسائل معنوی را در بهبود یافتن تأیید کردند از نظر آنان ایمان داشتن به خداوند و داشتن توکل به وی موجب می‌گردد مسیر درمان راحت‌تر طی شود و حتی نتایج بهتری حاصل آید، آنان به یاری خداوند ایمان داشتند که با صبر و بردباری و همچنین توسل به وی می‌توان به زندگی همراه با سلامت گذشته بازگشت، بیماران با توسل جستن به ائمه اطهار و پذیرش وضع موجود سعی می‌کردند که این مسیر را پشت سر بگذارند؛ زیرا طبق صحبت‌های آنان، بیماران شرایط موجود را پذیرفته و رضایت خداوند برای آنان اولویت بود، همین زیست معنوی موجب آرامش آنان می‌گشت و موجب می‌شد که از بازگشت بیماری جلوگیری کنند. در واقع مهم‌ترین تأثیر ویژه معنویت را می‌توان در تغییر نگرش و تفسیر فرد نسبت به بیماری و زندگی دانست. این تغییر در باورها بر ارزیابی‌های شناختی فرد تأثیر گذاشته و وقایع منفی و استرس ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت می‌کند. بیمار در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قوی‌تری از امنیت دست می‌یابد و توان سازگاری او با مشکلات روانی و جسمی ناشی از بیماری به شکل کارآمدتر بالا می‌رود. معنویت به‌عنوان ملجأ و پناهگاهی امن به زندگی بیمار معنا می‌بخشد. افرادی که منافع وجودی رویکرد معنوی را تجربه کرده‌اند

به کیفیت بالایی از زندگی رسیده‌اند؛ لذا ایمان و معنویت به‌عنوان منابع مهم مؤثر بر سلامت جسمی و روانی به‌شمار می‌روند و نیز امید به زندگی و تلاش برای بهتر بودن، فرصتی است که از لابه‌لای باورهای معنوی نسبت به تهدیدهای بیماری، حاصل می‌شود. معنویت درمانی درواقع نوعی رفتاردرمانی شناختی است که می‌تواند با افزایش خودآگاهی و استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مؤثر بر استرس و افزایش سازگاری، زندگی بهتری را برای بیمار فراهم سازد. افزایش خودآگاهی با درک معنای درست از زندگی برای بیمار یک نظام ارزشی جدیدی را فراهم می‌کند تا بیمار فرصت و امکان تغییر را خود ایجاد نماید. معنویت درمانی دریچه‌ای جدید به زندگی وی بازمی‌کند. نکته قابل تأمل این است که مداخلات معنوی از طریق تغییر نگرش بیماران به زندگی و بیماری عمل می‌کند. معنویت و اعتقادات و تمرین‌های دینی از طریق یافتن معنای زندگی در سازگاری بیماران سرطانی با شرایط موجود مؤثر است. لازم به ذکر است که معنویت درمانی از رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی است و افراد مورد پژوهش نیز به این امر مهم در مصاحبه اشاره داشتند. از نظر آنان بیماری موجب گشته است که بیشتر قدر زندگی کردن را بدانند و سعی می‌کنند که در حال زندگی کنند و غم گذشته را نخورند؛ زیرا آنها اعتقاد و باور دارند که زندگی در جریان است و از این شرایط سخت نیز گذر خواهند کرد. در نتیجه بهتر با بیماری کنار می‌آیند و سریع‌تر بهبود حاصل می‌شود.

"به قدرت خدا بود و من متوجه نشدم خیلی سخت بود تا کنار آمدم و ۵ ساله که شیمی‌درمانی می‌کنم و ۱۱ بار تحت عمل قرار گرفتم و تنها بود چون مادرم نمی‌توانست و بیمار بود و همسرم را خیلی از جاها راه نمی‌دادند به دلیل اینکه زنانه بود اما خدا با من بود و من را تنها نگذاشت. (فاطمه)"

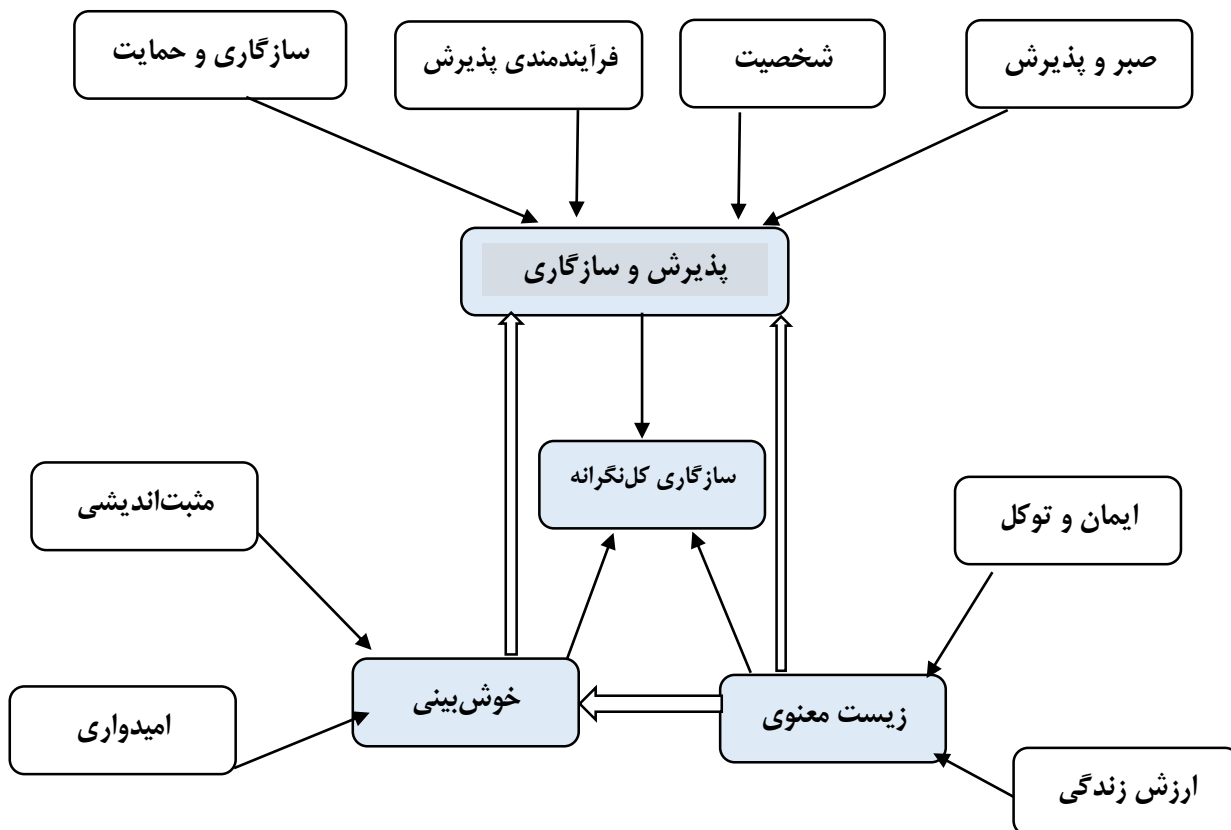
"با قبول کردن این موضوع که هر آنچه در زندگی ما برای ما پیش می‌آید تقدیری است که خداوند برای ما نوشته است و قطعاً و بی‌شک خداوند برای بنده‌اش چیز بد نمی‌خواهد و این‌ها در راستای رشد و آگاهی بیشتر اتفاق می‌افتد، برای اولین بار واقعاً به خدا سپردم و سعی کردم نقش خودمو انجام بدم و بقیه رو از خدا بخوام نه اینکه فیلم بازی کنم. (مینا)"

"من سعی کردم از رنج گذشته و ترس از آینده رها بشم و در لحظه زندگی کنم من سهم خودمو انجام می‌دم به‌عنوان یک بیمار در حال بهبودی (همکاری با پرستار و پزشک) یک مادر، یک همسر و نتیجه‌اش رو به خدا می‌سپارم. (خاتون)"

"برای اولین بار واقعاً به خدا سپردم و سعی کردم نقش خودموانجام بدم و بقیه رو از خدا بخوام نه اینکه فیلم بازی کنم فقط توکل کردم به خدا (زهره)"

مضمون نهایی: سازگاری کل نگرانه

طبق یافته‌های پژوهش و همچنین استنباط محقق از داده‌ها از دل سه مضمون اصلی پذیرش چندوجهی، خوش‌بینی-سازگی و زیست معنوی مضمون اصلی سازگاری کل نگرانه احصا شد. منظور از مضمون فوق این مسأله می‌باشد که در مواجهه با بیماری‌های صعب‌العلاج، صرف مسائل پزشکی به بیمار و روند بیماری کمک نمی‌کند. در چنین مواجهه‌ای مسائل فردی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی و حتی فرآیند گذار بیماری کمک زیادی به بیمار می‌کند؛ لذا، نوع سازگاری کل نگرانه است؛ یعنی همه عوامل محیطی در کنار عوامل پزشکی به بیمار کمک می‌کنند تا شرایط را بپذیرد. درواقع بیماران سرطانی هرکدام به‌انحاء مختلف همه سعی و تلاش خویش را به کار می‌گیرند تا بلکه بتوانند با این بیماری کنار بیایند. آنان به خاطر خود و اعضای خانواده‌شان تمام انرژی خویش را به کار می‌برند که با امیدواری و خوش‌بینی با این بیماری روبه‌رو گردند و با حمایت‌های مادی و معنوی اعضای خانواده و نزدیکان سعی می‌کنند که شرایط موجود و بیماری را بپذیرند و خود را با این زیست جدید سازگار کنند تا بلکه بتوانند با امید و انگیزه بیماری سرطان را شکست دهند. در این بین با ایجاد یک شرایط روحی و معنوی بهتر و قدرت توکل و بردباری به سمت حل مشکل موجود می‌روند این مسائل همه به خاطر کنش‌های خود افراد است که برای رها شدن از این معضل به کار می‌گیرند که با مضمون سازگاری کل نگرانه مطرح گشت؛ یعنی هر بیمار طبق شرایط زندگی خویش و سرمایه‌های مادی و معنوی خود برای بازیابی سلامت خویش کنش‌هایی را در پی می‌گیرد تا بلکه بتواند به زندگی سالم برگردد یا با سرطان کنار آید. این نوع سازگاری، قبل از هر چیز در گرو تلاش خود فرد در یک بستر فردی-اجتماعی است و سپس بقیه شرایط از جمله خانواده، نزدیکان، شرایط مالی، سرمایه اجتماعی و... برای این گذر کردن اهمیت دارند.



نمودار ۱. مدل شبکه مضامین از سازگاری افراد در مواجهه با سرطان

همان گونه که نمودار فوق نشان می دهد، مضمون اصلی سازگاری کل نگرانه مرتبط با زیست معنوی و شرایط مذهبی افراد بیمار است که موجب ایجاد حس خوش بینی نسبت به روند درمان در آن ها می گردد، همچنین این احساس خوش بینی موجب می گردد که راحت تر بیماری خویش را بپذیرند و خود را با شرایط موجود سازگار کنند، علاوه بر خوش بینی، شرایط مذهبی-دینی و توکل کردن افراد نیز موجب پذیرش بیماری می گردد. همچنین همه این مضامین فرعی به مضمون اصلی پژوهش، یعنی سازگاری کل نگرانه برمی گردند.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر در پی درک و تفسیر نوع نگاه بیماران سرطانی به سازگاری با بیماری خویش بود، این پژوهش در شهر کرمان به روش کیفی تحلیل مضمون انجام گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش سه مضمون فرعی تحت عنوان "پذیرش چندوجهی، خوش‌بین‌سازی و زیست معنوی" به دست آمد و در یک مضمون اصلی تحت عنوان سازگاری کل‌نگرانه ترکیب شدند. طبق یافته‌های پژوهش، افراد بیمار به‌انحاء مختلف سعی می‌کنند که با بیماری خویش مدارا کنند و زیست جدید خویش را بپذیرند، اما در این مسیر ناهموار سختی‌هایی وجود دارد و شیوه پذیرش در این افراد متفاوت است. همه بیماران سعی می‌کنند که پس از باخبر شدن از بیماری خود، بعد از مدتی آن را بپذیرند و با آن کنار بیایند، اما این مدت‌زمان کنار آمدن و پذیرش در هر فردی متفاوت است و از زمان‌های کوتاه تا طولانی‌مدت را شامل می‌شود؛ زیرا افراد ابتدا در یک نوع بهت و سرگردانی فرو می‌روند که چگونه قرار است با این بیماری کنار بیایند کنند، اما بعد از مدتی با کمک اعضای خانواده، کادر درمان و... این مدارا اتفاق می‌افتد، درواقع داشتن سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی کمک‌کننده افراد است؛ زیرا این شبکه‌های ارتباطی به افراد کمک می‌کند تا راحت‌تر با این بیماری کنار بیایند. یافته‌های این پژوهش با نتایج، اوشمیاالوسکا و همکاران (۲۰۲۱)، لانگ و همکاران (۲۰۲۰)، هرناندز (۲۰۱۹)، عابدینی و همکاران (۱۴۰۰)، دهقان و همکاران (۱۴۰۰)، اوکتی علی‌آباد و انصاری مقدم (۲۰۲۱) نیز هم‌سو بود؛ زیرا پژوهش‌های مطرح‌شده به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم به مسأله سازگاری در بیماران اشاره داشتند. بندورا عقیده دارد که باورهای خودکارآمدی در افراد تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد و تنها از طریق متقاعد ساختن فرد و تشویق وی رشد نمی‌کند، درواقع طبق این نظریه، ویژگی‌های فردی مانند شخصیت سازگار و ویژگی‌های سطح کلان‌تر مانند مسائل پزشکی و حمایتی نیز در بهبود بیماری مؤثرند.

برای رسیدن افراد بیمار به سازگاری و افزایش تحمل و تاب‌آوری خویش، امید و نوع نگاه مثبت به آینده کمک‌کننده است؛ زیرا افراد هرکدام با وجود داشتن خانواده امید به بهبودی دارند درنتیجه سعی می‌کنند که روحیه خویش را بالا نگه دارند و با دادن انگیزه و تزریق انرژی مثبت سعی می‌کنند که تاب‌آوری خویش را بالا ببرند، درواقع یکی از راه‌های رسیدن به سازگاری، ایجاد حس خوش‌بینی می‌باشد، این خوش‌بینی با حضور دیگران تکمیل می‌شود. درنتیجه این افراد بهتر مسیر درمان را طی می‌کنند و سریع‌تر بهبودی برای آنان حاصل می‌آید. یافته‌های پژوهش با نتایج گالدرون و همکاران (۲۰۲۱)، ساری و همکاران (۲۰۱۹)، منوچهری و همکاران (۲۰۲۲)، زبردست و همکاران (۱۴۰۰) و اوکتی علی‌آباد و انصاری مقدم

(۲۰۲۱) نیز هم‌سو بود؛ زیرا این پژوهش‌ها نیز به مسائل امیدبخشی توجه کرده‌اند. همچنین در نظریه‌های سرمایه اجتماعی اهمیت روابط و شبکه تعاملات به‌منزله ابزاری مشخص می‌شود که فرد، گروه، نهاد یا جامعه‌ای بر ای رسیدن به هدف‌هایشان از آن استفاده می‌کنند. طبق نظر بوردیو اندیشه اصلی سرمایه اجتماعی این است که خانواده، دوستان و همکاران دارایی‌های بسیار مهمی‌اند که فرد قادر است در شرایط بحرانی از آن‌ها کمک بگیرد. این پژوهش نیز به بحث تعاملات و حمایت اجتماعی توجه دارد که موجب می‌شود، افراد امید و خوش‌بینی بیشتری نسبت به آینده خویش پیدا کنند.

یکی دیگر از راه‌های رسیدن به سازگاری با بیماری و زندگی جدید، زیست معنوی افراد بیمار است که سوای شرایط جسمانی، تغذیه و دارودرمانی و... توجه به شرایط روان‌شناختی و روحی-روانی نیز بسیار اهمیت دارد و می‌تواند شرایط جسمانی را نیز تحت‌الشعاع خویش قرار دهد، در نتیجه بیماران سعی می‌کنند که با تقویت شرایط معنوی خود و ارتباط نزدیک‌تر با پروردگار و ائمه، حال روحی خویش را احیا کنند، متعاقب این شرایط، سازگاری و تحمل آنان نیز افزایش می‌یابد در نتیجه راحت‌تر پروسه درمان را طی می‌کنند، آنان سعی می‌کنند که بیشتر از گذشته قدر لحظات زندگی را بدانند، در حال زندگی کنند و کم‌تر افسوس روزهای گذشته را بخورند؛ زیرا مرگ را بیشتر از دیگران لمس کرده‌اند. این شرایط موجب می‌گردد که افراد با این استراتژی‌ها نوعی رها بودن از شرایط بد را تجربه کنند، رها بودنی که نتیجه کنش‌ها و تصمیمات خود فرد بیمار است؛ زیرا در ابتدا هیچ‌کسی به‌جز خود بیمار نمی‌تواند به وی کمک کند؛ در نتیجه بیمارانی که این مسأله را پذیرفته‌اند تاب‌آوری بالاتری دارند و نوعی رهایی از بیماری و شرایط نامساعد را تجربه می‌کنند. البته ناگفته نماند که در کنار خود فرد، حضور ارزشمند اطرافیان، حمایت اجتماعی آنان، روحیه‌دهی‌شان و... می‌تواند امید به زندگی را در بیماران افزایش دهد و تحمل درد را در آنان بالا ببرد. در واقع این عوامل باهم رابطه دوسویه دارند و این چرخه پیوسته می‌باشد. در واقع یکی از مدل‌های حوزه تاب‌آوری مدل محافظتی است که به شرایط بیرونی و شرایط درونی در حفظ تاب‌آوری توجه دارد، یکی از مسائل درونی برای هر فرد شرایط مذهبی و معنوی می‌باشد که افراد با آن به تاب‌آوری بالاتری می‌رسند. طبق نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد که برای بیماران سرطانی کلاس‌های انگیزشی و روان‌شناختی برگزار گردد تا میزان تاب‌آوری آنان در پروسه درمان افزایش یابد. همچنین برای پذیرش بیماری و سازگاری با زیست جدید، کلاس‌های خودسازی و خودباوری برگزار شود تا بیماران به توانایی‌های خود و شکست بیماری خویش ایمان پیدا کنند. کلاته ساداتی و همکاران (۲۰۱۵) نیز بر نقش معنویت در دستیابی به سازگاری در زنان مبتلا به سرطان سینه تأکید داشته‌اند. در کشوری با بسترهای دینی مثل ایران، دین و ارزش‌های حاکم بر آن که زیست معنوی افراد را شکل می‌دهد، کمک زیادی در روند سازگاری با بیماری‌های صعب‌العلاج و یا لاعلاج دارد که اهمیت زیاد پژوهشی و سیاستی دارد.

همان گونه که اشاره شد مدل حوزه تاب‌آوری، مدل محافظتی بیرونی و درونی است که برای رسیدن به تاب‌آوری بالاتر باید به هر دو بخش درونی و بیرونی توجه کرد؛ بدین معنی که شرایط روحی روانی، کنترل استرس، اضطراب، افزایش روحیه شادمانی و... می‌تواند برای حوزه درونی مفید باشد و سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی در حوزه‌های مختلف می‌تواند بر تاب‌آوری بیرونی افراد مؤثر باشد و به‌عنوان یک ضربه‌گیر در مقابل ناملایمات زندگی مانند بیماری و... عمل کند.

در مورد این بیماران، کادر درمان و اطرافیان بیمار حمایت روحی-روانی و اجتماعی خویش را از آنان تقویت کنند تا با تقویت این شبکه‌های ارتباطی روحیه بیمار نیز ارتقا یابد و راحت‌تر پروسه درمان طی شود. در کنار توجه خانواده و اطرافیان، پیشنهاد می‌گردد که کادر درمان و سیاست‌گذاران حوزه مربوطه نیز به مشکلات و موانع درمان این بیماران توجه ویژه‌ای داشته باشند تا این افراد راحت‌تر با بیماری خویش سازگار شوند. نتایج تحقیق حاضر بیشتر از آنکه بر شرایط محیطی و اجتماعی در پذیرش و سازگاری تأکید داشته باشد، روی ویژگی‌های فردی و مهارت‌های مقابله‌ای با بیماری سرطان تمرکز دارد. این تحقیق نشان می‌دهد که سازگاری با سرطان، نیازمند ویژگی‌های فردی چون خوش‌بینی و تکیه بر توانمندی‌های فردی از یک سو و ایمان و توکل بر خداوند از سوی دیگر است. اگرچه حمایت اطرافیان در پذیرش بیماری نقش بسزایی دارد، اما این درک و تجربه فردی نقش مهمی در سازگاری با سرطان دارد که می‌تواند مورد بحث قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان در پژوهش به عمل می‌آورند.

منابع

احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (اکت) بر درماندگی روان‌شناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان اصفهان، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۷۲): ۹۵۶-۹۵۱.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-328-fa.html>

افراسیابی، حسین؛ برزیده، کسری، جوادیان، سیدرضا. (۱۳۹۹). سازگاری پرنوسان در تعاملات اجتماعی بیماران سرطانی: مطالعه‌ای کیفی در شهر اهواز، *فصلنامه نشریه جامعه‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۱): ۱۶-۱.

https://jas.ui.ac.ir/article_24293.html

اسدی مهدیخان محله، نجیبه، زبردست، عذرا، و رضائی، سجاد. (۱۴۰۰). تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی. *روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳) (پیاپی ۳۹)، ۷-۲۸.

<https://sid.ir/paper/1139857/fa>

بنی اسد، رضا؛ شیخ‌زاده، محمد. (۱۳۹۹). *تحلیل مضمون: مفاهیم، رویکردها و کاربردها*. تهران: انتشارات لوگوس.

دهقان، مجتبی؛ مرادی، علیرضا؛ محمدخانی، شهرام. (۱۴۰۰). تجارب بافتارمند مبتنی بر سرطان: مطالعه پدیدارشناختی تجارب مبتلایان به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۹): ۵۱-۶. https://hpjournals.pnu.ac.ir/article_۸۲۳۵.html

راجعیان، محمد؛ گودرزی، ناصر. (۱۳۹۷). رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در بین بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی*، ۱(۳): ۷۴-۳۷. https://rjsw.tu.ac.ir/article_۴۷۴۲.html

عابدینی، مریم؛ صادقی، عباس؛ اسدی مجره، سامره. (۱۴۰۰). الگوی ارتباطی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی هیجانی با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در بیماران سرطانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۱۰(۳۹): ۸۴-۶۷.

https://hpjournals.pnu.ac.ir/article_8268.html

محمدزاده، سروه. (۱۳۸۸). نقش معناداری زندگی در بهداشت روان. *همایش ملی معناداری زندگی*. اصفهان، ایران: ۶۵-۵۹.



[/https://civilica.com/l/7243](https://civilica.com/l/7243)

مرادنژاد، سعید؛ حورانی، ساجده. (۱۴۰۰). اهمیت و نقش تغذیه در پیشگیری و بروز انواع سرطان‌ها. دومین همایش

ملی تحقیقات میان‌رشته‌ای در مدیریت و علوم پزشکی، تهران: ۱۱-۱. [/https://civilica.com/doc/1289486](https://civilica.com/doc/1289486)

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... & Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1143.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17154743/>

A. Thornton, A., & Perez, M. A. (2007). Interpersonal relationships. In *Handbook of cancer survivorship* (pp. 191-210). Boston, MA: Springer US.

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-34562-8_11

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

<https://www.researchgate.net/publication/235356393> Using thematic analysis in psychology

Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC public health*, 19, 1-11.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31126260/>

Benard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned*. San Francisco, CA: Wested.

<https://www.wested.org/resources/resiliency-what-we-have-learned/>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York.

<https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000>

Calderon, C., Gomez, D., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Ghanem, I., Gil Raga, M., ... & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clinical and Translational Oncology*, 23, 1955-1960.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33840046/>

Cummings, E. M., Greene, A. L., & Karraker, K. H. (2014). *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Psychology Press.

<https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315807867/life-span-developmental-psychology-mark-cummings-anita-greene-katherine-karraker>

Dolatkhah, R., Somi, M. H., Kermani, I. A., Ghojazadeh, M., Jafarabadi, M. A., Farassati, F., & Dastgiri, S. (2015). Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 15, 1-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26423906/>

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25220842/>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

<https://psycnet.apa.org/record/1981-23416-001>

Griesemer, I., Moore, E., Khan, C., Roche, M., Henderson, G., & Rini, C. (2019). Psychological adaptation to diagnostic genomic sequencing results: The role of hope fulfillment. *Health Psychology*, 38(6), 527. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522310/>

Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Rodríguez Capote, A., Jara, C., Padilla Álvarez, A., ... & Jimenez-Fonseca, P. (2019). Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics*, 19(5), 426-434.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30723983/>

Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health psychology*, 15(2), 53-79.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8681922/>

Jansen, M. O., Butler, K. B., & Jansen, D. A. (2019). Animation deformity in breast cancer patients and mental health: A review. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 3(1).

https://www.researchgate.net/publication/332137237_Animation_Deformity_in_Breast_Cancer_Patients_and_Mental_Health_A_Review

Long, N. X., Ngoc, N. B., Phung, T. T., Linh, D. T. D., Anh, T. N., Hung, N. V., ... & Van Minh, H. (2021). Coping strategies and social support among caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study in Vietnam. *AIMS public health*, 8(1), 1.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33575403/>

Langelier, D. M., Jackson, C., Bridel, W., Grant, C., & Culos-Reed, S. N. (2021). Coping strategies in active and inactive men with prostate cancer: a qualitative study. *Journal of Cancer Survivorship*, 1-11.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33835392/>

Manouchehri, E., Taghipour, A., Ebadi, A., Homaei Shandiz, F., & Latifnejad Roudsari, R. (2022). How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. *BMC women's health*, 22(1), 284. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35804362/>

Newton-John, T. R., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation psychology*, 59(3), 360.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019306/>

Neuman, L (2006) *Socail Research Methods: Quantitative and Qualitative Approaches*, Third Edition. London: Allyn and Bacon.

https://www.researchgate.net/publication/279187391_Social_Research_Methods_Quantitative_and_Quatitative_Approaches

Ong, A. D., Zautra, A. J., & Reid, M. C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and aging*, 25(3), 516.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20853962/>

Yilmaz, M. S., Piyal, B. İ. R. G. Ü. L., & Akdur, R. (2017). Social support and quality of life in a group of cancer patients (Ankara, Turkey). *Turkish journal of medical sciences*, 47(3), 732-737.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28618743/>

Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping strategies, pain, and quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4469.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8509228/>

Pruksakorn, D., Phanphaisarn, A., Settakorn, J., Arpornchayanon, U., Tantraworasin, A., Chaiyawat, P., & Teeyakasem, P. (2018). Prognostic score for life expectancy evaluation of lung cancer patients after bone metastasis. *Journal of bone oncology*, 10, 1-5.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321965/>

Pathak, S., George, N., Monti, D., Robinson, K., & Politi, M. C. (2019). Evaluating adaptation of a cancer clinical trial decision aid for rural cancer patients: a mixed-methods approach. *Journal of Cancer Education*, 34, 803-809. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29862441/>

Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of counseling & development*, 74(4), 368-373.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.1996.tb01881.x>

Sahle, B. W., Chen, W., Melaku, Y. A., Akombi, B. J., Rawal, L. B., & Renzaho, A. M. (2020). Association of psychosocial factors with risk of chronic diseases: A nationwide longitudinal study. *American journal of preventive medicine*, 58(2), e39-e50.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31959325/>

Sari, D. K., Dewi, R., & Daulay, W. (2019). Association between family support, coping strategies and anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 20(10), 3015.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653149/>

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA.

<https://us.sagepub.com/en-us/nam/basics-of-qualitative-research/book235578>

Sadati, A. K., Lankarani, K. B., Gharibi, V., Fard, M. E., Ebrahimzadeh, N., & Tahmasebi, S. (2015). Religion as an empowerment context in the narrative of women with breast cancer. *Journal of religion and health*, 54, 1068-1079. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25008190/>

Newton-John, T. R., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation psychology*, 59(3), 360.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019306/>

Vargas-Román, K., Tovar-Gálvez, M. I., Liñán-González, A., Cañadas De La Fuente, G. A., de la Fuente-Solana, E. I., & Díaz-Rodríguez, L. (2022). *Coping strategies in elderly colorectal cancer patients*. *Cancers*, 14(3), 608. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8833470/>

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-18603-000>

Younis, M., Norsa'adah, B., & Othman, A. (2021). Effectiveness of psycho-education intervention programme on coping strategies among Jordanian women diagnosed with breast cancer: a randomised controlled trial. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 285-297.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34007208/>

Yang, H. (2018). Coping: a concept analysis in the cancer context. *TMR Integrative Nursing*, 2(1), 27-33. https://www.tmrjournals.cn/article.html?J_num=18&a_id=254

Exploring how to adapt and be resilient to cancer: A case study of Kerman city

Ahmad Kalate Sadati^{*1}, Zahra Falakodin², Samira Gangealikhany³

Date Received:

21 May 2025

Date Accepted:

25 July 2025

Keywords:

Cancer, Hope,
Multifaceted
Acceptance, Holistic
Adaptation, Spirituality

Abstract

Introduction and Objective: Resilience to cancer remains a social issue and a significant research topic. If sick people can maintain high levels of adaptability and resilience, it will be easier for them to accept the disease. The purpose of the present study is to analyze how patients adapt to cancer.

Method and Data: The study was conducted using qualitative and thematic analysis methods in 1401 in Kerman city. The participants in the research were 14 individuals with cancer who were selected using convenience sampling method. Data were collected using a semi-structured interview tool, and the data were thematically analyzed.

Findings: The results showed that although cancer is a biomedical issue, it also has social and cognitive dimensions. Three themes related to compatibility are multilateral acceptance, optimism, and spiritual life. The final theme was also classified under the title of active resiliency.

Discussion and Conclusion: The results of the research show that paying attention to morale, increasing resilience, adaptability, and social support in cancer patients is as essential as addressing medical issues. Therefore, it is imperative for policymakers to endorse programs that assist patients and families in these areas. and provide a sense of psychological security to them.

¹ Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Yazd, Yazd, Iran.asadati@yazd.ac.ir.

² Lecturer, Campus of Literature and Humanities, Department of Sociology, University of Birjand, Birjand, Iran.zahra.falakodin93@gmail.com

³ M.A. in Social Work, Faculty of Social Sciences, University of Yazd, Yazd, Iran. gangealikhansamira@gmail.com