

ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراند تئوری

مرتضی فاضل^۱، حسین سلیمی بجهستانی^۲، کیومرث فرحبخش^۳، معصومه اسمعیلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰

چکیده

رشد پس از سانحه به تغییرات مثبت در زندگی که از حوادث ترومایی به وجود آمده است، اشاره دارد. این پژوهش با هدف ارائه الگویی از عوامل موثر در رشد پس از حادثه در بیماران سرطانی انجام گرفت. این پژوهش با شیوه کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند آزمودنیها برگزیده و تا جایی که در جریان مصاحبه اطلاعات جدیدی به دست می‌آمد، ادامه پیدا کرد. سرانجام ۱۵ بیمار سرطانی انتخاب شدند و از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و با استفاده از روش مقایسه ای مداوم استراوس و کوربین مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که خودشکوفایی مقوله مرکزی الگوی رشد پس از حادثه بود. شرایط علی برای رشد پس از حادثه روبروشدن با رنج ابتلا به سرطان به دست آمد. برای شرایط مداخله ای عوامل مربوط به خود، اطرافیان نزدیک، جامعه و پرسنل درمانی استخراج گردید. کنش ها و تعاملات مستخرج شده، شامل کنش ها و تعاملات فرد و اطرافیان نزدیک بود و معنویت به عنوان بستر و شرایط زمینه‌ای رشد در پژوهش حاضر به دست آمد. و سرانجام پیامد های نهایی مستخرج از پژوهش عبارت از رشد پس از سانحه بود. رشد پس از سانحه به معنای یک فرایند دارای پیامد مثبت است که در بستر معنویت و در کنار خانواده به وقوع می‌پیوندد عوامل موثر در این رشد شامل خود فرد، اطرافیان نزدیک، پرسنل درمانی و جامعه است و این رشد نیازمند مولفه ها و راهبردهای خاص می باشد.

واژگان کلیدی: سرطان، خودشکوفایی، رشد پس از سانحه، الگو

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی f1354189@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) h.salimi.b@gmail.com

۳. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی kiiumars@yahoo.com

۴. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی masesmaeily@yahoo.com

مقدمه و بیان مسئله

اکثریت مردم در زندگی خانوادگی، حوادث ترومایی^۱ را توسط خود و یا نزدیکانشان تجربه کرده‌اند. بریر واسکات^۲ (۲۰۱۴) ذکر کرده‌اند که اکثریت مردم در جامعه غربی حداقل یک حادثه ترومایی را در طول زندگی‌شان تجربه خواهند کرد و تعداد قابل توجهی از این افراد، از پریشانی‌های روانشناختی پایدار رنج می‌برند.

کارگروه بخش استرس پس از سانحه^۳ راهنمای تشخیص اختلالات روانی^۴ تروما را چنین تعریف می‌کند: «در معرض قرار گرفتن واقعی، یا تهدید شدن به مرگ، آسیب جدی یا تجاوز جنسی از طریق تجربه مستقیم، شاهد بودن حوادث ایجاد شده برای دیگران، آگاه شدن از حادثه‌ی ایجاد شده برای یک دوست یا عضو نزدیکی از خانواده و یا تجربه مکرریا در معرض قرار گرفتن به شکل افراطی با جزییات آزاردهنده حوادث» (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۲).

سرطان یکی از انواع گوناگون بیماریهای مزمن است و علی‌رغم پیشرفتهای پزشکی، توسعه درمانهای سرطان و افزایش تعداد نجات یافتگان از آن، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است (لی مین^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). به نقل از زینی‌وند، کاظمی و سلیمی، (۱۳۹۲). این بیماری مزمن و تهدید کننده زندگی است و تاثیرات روانشناختی و تاثیرات فیزیکی بر روی بیماران دارد و به ابعاد زیادی از زندگی بیماران همچون روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود آسیب می‌رساند (گماس^۶، ۲۰۰۶؛ از کال و آریکان^۸، ۲۰۱۴). گزارش مرکز آمار جهانی سرطان بیان می‌نماید که آمار ابتلا به سرطان به طور هشدار دهنده‌ای رو به افزایش است به نحوی که در سال ۲۰۱۲ میلادی حدود ۱۴٫۱ میلیون نفر از موارد جدید سرطان در سراسر دنیا تشخیص داده شد. و در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک

۱. trauma

۲. Briere & Scott

۳. post traumatic stress disorder(ptsd)

۴. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

۵. American Psychiatric Association (APA)

۶. Lee min

۷- Gumus

۸. Ozkal, Arikan

افزایش پنجاه درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید می رسند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۵).

اما علی رغم آسیب های مطرح شده، افراد سرطانی تغییرات مثبتی نیز در رضایت از زندگی و معنادار شدن آن، در اعتماد به نفس و حس مقاومت فردی در اولویت ها و اهداف زندگی، در حس معنویت و دینداری، در عشق به دیگران و در روابط با دوستان و خانواده گزارش کرده اند (جوزف ولاینلی^۲، ۲۰۰۸). این یافته ها منجر به آن شد که تغییر نگرش جدیدی نسبت به حوادث ترومایی ایجاد شود. این تغییر نگرش به جای توجه به جنبه آسیب زایی حوادث، جنبه مثبت و رشد افزای حوادث را مورد توجه قرار داد. لذا درپیشینه پژوهش های بالینی مربوط به حوادث ترومایی، اصطلاح جدیدی تحت عنوان "رشد پس از حادثه"^۳ باب شد. این اصطلاح که توسط تدیسچی و کالهون در سال ۱۹۹۶ ابداع شده است، به تغییرات روانشناختی مثبت اشاره دارد که بوسیله مردم به عنوان یک نتیجه از مقابله شان با چالش های بزرگ و پیشامدهای مضر زندگی تجربه شده است. این اصطلاح تغییرات مثبت در عملکرد افرادی را که قبل از تروما موفق بوده اند، توصیف می کند. و نشان می دهد چنین افرادی موقعی که با تروما روبرو می شوند، رشد کرده و در سطوح عملکرد حقیقتا به کارکرد اولیه و حتی فراتر از آن بازگشت می کنند (تدیسچی و کالهون، ۲۰۰۴).

رشد پس از سانحه غالبا در پنج مقوله فهم بزرگتر از زندگی و احساس تغییر در اولویت ها، گرمی و روابط صمیمی تر با دیگران، احساس بزرگتر از قدرت شخصی، معنویت رشد یافته و توانایی های جدید تقسیم بندی شده است (راموس و لیل^۴، ۲۰۱۳).

شکسپیر-فنج و برینگتون^۵ (۲۰۱۲) تحقیقات قبلی را اثبات و این مطلب را به آن اضافه کردند که تغییر رفتاری مربوط به رشد پس از سانحه، توسط تغییراتی در مسیر شغلی، صرف زمان بیشتر با دوستان و خانواده و افزایش قدردانی دینی و مذهبی، مشخص می شود. وقتی افراد رشد پس از سانحه را تجربه می کنند، آنها فراتر از بقای صرف و برای کسب آگاهی شناختی و سازگاری احساسی بیشتر، حرکت می کنند.

۱. World Health Organization(WHO)

۲- Joseph, Linley

۳. posttraumatic growth

۴. Ramos, Leal

۵. Shakespeare-Finch, Barrington

اگرچه تلقی برخی از روانشناسان از نشخوار ذهنی به عنوان نشانه‌ای از آسیب می باشد مثلا پارسافر، نامداری، هاشمی و محرابی (۱۳۹۴) نشان دادند که بین تعهد مذهبی، سبک های بخشیدن، نبخشیدن و نشخوار فکری با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد؛ اما تدیسیچی و کالهن (۲۰۰۴) در مدل رشد پس از سانحه ابداعی خود معتقدند که تروما موجب فروپاشی باورهای بنیادین افراد می گردد. لذا بیماران سرطانی از طریق نشخوار ذهنی^۱ و ارزیابی های مجدد^۲ شناختی مکرر با تروما کنار می آیند. به نظر می رسد که این نشخوارهای ذهنی و ارزیابی های مجدد گذرگاه خوبی برای رشد باشد. چنانچه برخی پژوهش ها بین نشخوار ذهنی، ارزیابی مجدد و رشد پس از سانحه رابطه همبستگی مثبت یافته اند (شی، یو، پنگ، لیو، میائو، لی، ولو،^۳ ۲۰۱۵؛ سو و شرمن،^۴ ۲۰۱۵؛ باگلاما و اتک،^۵ ۲۰۱۵؛ کالهن، کانن، تدیسیچی و مک میلان،^۶ ۲۰۰۰). همچنین هیل و واتکینز^۷ (۲۰۱۷) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی^۸ و نشخوار ذهنی (عمدی^۹، ناخواسته^{۱۰}) در رشد پس از حادثه و استرس پس از حادثه به مطالعه بروی ۶۷ زن مبتلا به سرطان تخمدان پرداختند. آنان از آزمودنی ها خواستند که از طریق وب سایت های مربوط به سرطان و شبکه های اجتماعی پرسشنامه های آنلاین اینترنتی را تکمیل کنند. نتایج پژوهش آنان نشان داد، حمایت اجتماعی با بعضی از ابعاد رشد پس از سانحه مرتبط بود. اگرچه حمایت اجتماعی به شکل مثبت پیش بینی کننده بهزیستی روانشناختی^{۱۱} و به شکل منفی پیش بینی کننده استرس پس از سانحه بود، اما حمایت اجتماعی پیش بینی کننده رشد نبود. همچنین نشخوار ذهنی ناخواسته به شکل مثبت پیش بینی کننده استرس پس از سانحه و به شکل منفی پیش بینی کننده بهزیستی روانشناختی بود؛ و نشخوار عمدی توانست رشد پس از سانحه را پیش بینی کند.

-
۱. Rumination
 ۲. reappraisal
 ۳. Shi, Yu, Peng, Liu, Miao, Li & Lv
 ۴. Soo & Sherman
 ۵. Baglamaa, Atak
 ۶. McMillan
 ۷. Hill & Watkins
 ۸. social support
 ۹. Deliberate
 ۱۰. intrusive
 ۱۱. psychological well-being

کائو، کیوا، کایوا وهان^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی، ارزیابی و مقابله سازگارانه در رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی به مطالعه بروی ۲۰۱ بیمار سرطانی که به یکی از بیمارستان های خاص بیماران سرطانی در کشور چین مراجعه کرده بودند، پرداختند. آنان از طریق یک مدل معادله ساختاری نشان دادند که سطوح بالای حمایت اجتماعی پیش بینی کننده سطوح بالایی از مقابله سازگارانه و سطوح بالاتر از ارزیابی ناخواسته^۲ پیش بینی کننده سطوح پایین تر مقابله سازگارانه می باشد و سطوح بالایی از مقابله سازگارانه پیش بینی کننده سطوح بالاتر رشد پس از سانحه است همچنین مقابله سازگارانه یک متغیر میانجی هم بین حمایت اجتماعی و رشد وهم بین ارزیابی ناخواسته و رشد است. البته تاثیرات مستقیم حمایت اجتماعی و ارزیابی ناخواسته بروی رشد پس از سانحه معنادار بدست نیامد.

یونگ ولو^۳ (۲۰۱۷) در پژوهشی حمایت اجتماعی، استرس ادراک شده و رشد پس از سانحه را بروی ۱۱۸ زن چینی مبتلا به سرطان سینه که ساکن جنوب کالیفرنیا آمریکا بودند، مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آنان نشان داد که حمایت اجتماعی با سطوح بالای رشد پس از سانحه و سطوح پایین استرس درک شده مرتبط بود و استرس درک شده رابطه همبستگی منفی با رشد پس از سانحه داشت. همچنین نتایج از نقش واسطه ای استرس درک شده بین حمایت اجتماعی و رشد پس از سانحه حمایت می کرد و حمایت اجتماعی رشد پس از سانحه را از طریق کاهش استرس درک شده تسهیل می کرد. در کنار حمایت اجتماعی، باور های مذهبی و معنویت نیز به عنوان متغیر موثر بر رشد مورد توجه قرار گرفته است (برینتون^۴، ۲۰۱۶؛ چندارمانی و خان^۵، ۲۰۱۳؛ بوکستون^۶، ۲۰۱۱؛ گلافر-رز^۷، ۲۰۱۰؛ و مکگینس^۸، ۲۰۱۱). شامکوئیان، لطفی کاشانی، وزیری، و اکبری (۱۳۹۱) در پژوهشی به منظور بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باور های مذهبی با تغییرات مثبت پس از سانحه در بیماران سرطانی با مطالعه بروی ۹۵ بیمار سرطانی مراجعه کننده به

۱. Cao, Qi, Cai & Han

۲. uncontrollability

۳. Yeung & Lu

۴. Brinton

۵. Chandiramani & Khan

۶. Buxton

۷. Gallagher-Ross

۸. McGinnis

بیمارستان‌های شهدای تجریش تهران و ولیعصر زنجان نشان دادند که این دو عامل با پدیده مذکور رابطه معنادار مستقیم دارند و این دو عامل به طور مشترک ۱۳/۳ درصد از تغییرات مثبت پس از سانحه را تبیین می‌کنند. در مطالعه دیگری که در مورد رشد پس از سانحه و دینداری انجام گرفت، کرو و ناگی^۱ (۲۰۱۱) بین مذهب و رشد پس از سانحه در بین پناهندگان سوماتالی ساکن در مجارستان رابطه همبستگی مثبت متوسطی پیدا کردند. همچنین پژوهش هوساین و بوشان^۲ (۲۰۱۳) با پژوهش کیفی بر روی ۱۲ نفر پناهنده تبتی در مناطق مختلف هند، دریافتند که جذب مذهبی پناهندگان، به هیچ طریقی آنها را درمانده و ناامید نمی‌کند. آنها قدرت را از طریق ارتباط با یکدیگر و مذاهب شان و همچنین قابلیت آنها برای پذیرفتن موقعیت‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، کسب می‌کردند.

یکی از مولفه‌های دیگری که پژوهشگران در ارتباط با رشد پس از حادثه به آن توجه کرده‌اند، عوامل فردی می‌باشد. در بین عوامل فردی؛ ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مثبت (از قبیل خوش بینی، پذیرش و شوخ طبعی) عزت نفس بالا، احساس خود کارآمدی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال، رابطه بیشتری با رشد پس از سانحه داشته‌اند (گارائفسکی، کرایجی، اشروورز و سومسن^۳، ۲۰۰۸؛ لورین، بوناد-انتیگناس و فلورین^۴، ۲۰۱۰؛ راف، بوچی، مورگیل، ایزوالن، و جنواین^۵، ۲۰۰۹). مطالعات تجربی رابطه مثبت بین رشد پس از حادثه و پنج ویژگی شخصیتی برونگرایی، پذیرای تجربیات بودن، دلپذیری (موافقت) و وظیفه‌شناسی پیدا کرده‌اند درحالی که بین روانجورخویی و رشد پس از حادثه در این رابطه منفی بوده است (لاینلی و جوزف^۶، ۲۰۰۴ و تددیسچی و کالهن^۶، ۲۰۰۴). همچنین مرکز، وازکوزکا و ویزاک^۶ (۲۰۱۲) بر روی ۲۳۶ نفر که در حوادث رانندگی در کشور لهستان به بیمارستان مراجعه کرده بودند، دریافتند که در بین عوامل شخصیتی، عوامل روان‌نژندی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی و شدت علائم سندرم استرس پس از سانحه به عنوان پیش‌بینی‌کننده کلیدی رشد پس از حادثه هستند.

۱. Kroo, Nagy

۲. Hussain, Bhushan

۳. Garnefski, Kraaij, Schroevers & Somsen

۴. Lelorain, Bonnaud-Antignac & Florin

۵. Ruf, M., Büchi, S., Moergeli, H., Zwahlen, R. A., & Jenewein

۶. Merecz, Waszkowska, Wezyk

سبک های مقابله ای^۱ افراد در قبال حادثه از مولفه های مهم رشد پس از سانحه می باشد. انواع سبک های مقابله ای استفاده شده بلافاصله بعد از حادثه، با فرایند شناختی تعیین کننده سطح رشد مرتبط می باشد. در حقیقت سبک مقابله ای متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مسئله هر دو رابطه مثبت با رشد پس از حادثه دارند. در عوض سبک مقابله ای که با انکار، سرکوبی و ممانعت از هیجانات همراه است، با پیامد سلامت روانی پایین مرتبط می باشد (لاینلی و جوزف، ۲۰۰۴). پرزسانگریگوریو^۲ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به تجزیه و تحلیل تفاوت در استراتژی های به کار گرفته توسط بیماران پیوند کبد و خانواده هایشان بر اساس رشد پس از سانحه بیماران پرداختند آنان دو گروه همناشده از ۲۱۴ بیمار دریافت کننده کبد و خانواده هایشان را انتخاب کردند و مقیاس رشد پس از سانحه و مقیاس کوتاه مقابله^۳ برای آزمودنی ها استفاده کردند. نتایج نشان داد که مقابله فعال، حمایت (عاطفی، وسیله ای^۴) و استراتژی پذیرش^۵ توسط بیماران با سطوح بالای رشد بکار گرفته شده بود اما خانواده هایشان تفاوتی در بکارگیری استراتژی ها با توجه به سطوح رشد نشان ندادند. در دو گروه سطح بالایی از رشد مرتبط با بکارگیری چهارچوب بنددی مجدد مثبت^۶ بود و سطح پایینی از رشد بیماران مرتبط با انکار^۷ بود. همچنین خود تخریبی^۸ توسط بیماران بیش از خانواده هایشان بکار گرفته شده بود.

یکی از مولفه های موثر بر رشد پس از حادثه که نیازمند توجه بیشتری می باشد نقش خانواده و نزدیکان می باشد توگاس، جوتراس، بیگراس و توراینی^۹ (۲۰۱۶) در پژوهشی پیرامون نقش پیدا کردن سود و زیان در تعهد مرتبط با مدرسه بر روی ۴۹ جوان نجات یافته از سرطان خون در شرق کانادا به پژوهش پرداختند. آنها دریافتند که ۷۵ درصد از مصاحبه شوندگان چیزهای خوبی در زندگی شان به دست آورده بودند که بیشتر آنان ۲۶٫۵ درصد

-
۱. coping styles
 ۲. Angeles Pérez-San-Gregorio
 ۳. Brief COPE
 ۴. support (instrumental and emotional)
 ۵. acceptance
 ۶. positive reframing
 ۷. denial
 ۸. Self-blame
 ۹. Tougas, Jutras, Bigras and Tourigny

به حمایت نزدیکان توجه کرده همچنین ۲۰,۴ درصد به برقراری ارتباطات مثبت با خانواده و دوستان اشاره کرده بودند.

در برخی از پژوهش‌های کیفی یکی از موضوعات اصلی که از مصاحبه با بیماران رشد یافته استخراج گردیده است، موضوع مرتبط با خانواده و نزدیکان بیمار می باشد (جودیچی، ۲۰۱۰؛ افراسیابی فر، حسنی، فلاحی خشکناز، یغمایی، ۱۳۹۰؛ فیلیپز و جونز، ۲۰۱۴؛ طالقانی، پارسا یکتا، نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۵). برای نمونه حسینی گل افشانی، عابدی و احمدی (۱۳۹۲) با هدف رمزگشایی تجربیات معلولان موفق از ویژگی‌های مسبب (تسهیل‌گر) و یا مانع رشد در اطرافیان، به شیوه کیفی و عمیق به مطالعه بروی ۱۲ معلول ضایعه نخاعی موفق و رشد یافته در سطح ملی و بین‌المللی براساس شیوه تحلیل محتوای گرانهم^۳ پرداختند. در این پژوهش ۲ درون مایه و در هر درون مایه سه طبقه استخراج گردید ۱- درون مایه اطرافیان متعالی و هوشمند با سه زیر طبقه پذیرش و حمایت اولیه؛ تعامل با هم گروه‌ها و معلولان موفق؛ و جاذبه و دافعه به موقع ۲- درون مایه اطرافیان مانع رشد با سه زیر طبقه ترحم و حمایت ناشیانه؛ سرگرم کردن به جای هدفمند بودن؛ و نادیده انگاشتن.

اگرچه مولفه‌های مختلف مطرح شده به خوبی رشد پس از حادثه را از جنبه‌های مختلف مورد توجه قرار داده اند اما به دلیل آن که این مولفه‌ها در جوامع غربی تدوین شده اند لذا متفاوت از فرهنگ و جامعه ایرانی است؛ بنابراین مسئله پژوهش آن است که مولفه‌های موثر بر رشد پس از سانحه را در فرهنگ ایرانی مشخص سازد. بدین جهت در این پژوهش به منظور دستیابی به اطلاعات گسترده بومی در مورد مولفه‌های موثر بر رشد از پژوهش کیفی و روش نظریه داده بنیاد استفاده می‌شود و بیماران سرطانی که رشد پس از حادثه را تجربه کرده اند، مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته قرار داده می‌شوند تا مولفه‌هایی که موجب رشد در آنان شده را شناسایی و مدل رشد پس حادثه براساس فرهنگ ایرانی طراحی شود.

با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه حاضر با هدف کشف عوامل موثر بر رشد پس از حادثه به منظور ارائه مدل رشد پس از حادثه انجام گرفته است.

۱. GIUDICI

۲. Phillips & Jones

۳. Granheim

روش پژوهش

در این پژوهش از بین رویکردهای متعدد پژوهش کیفی رویکرد نظریه زمینه‌ای^۱ استفاده شده است. برخلاف روش پژوهشی فرضیه‌آزمایی، رویکرد نظریه زمینه‌ای روش پژوهشی مولد فرضیات است. لذا براساس رویکرد زمینه‌ای و روش سوال و کاوش باز پاسخ^۲ و نیمه ساختاریافته، ابتدا سوالات مصاحبه نیمه ساختاریافته در مورد رشد پس از سانحه با توجه به ادبیات پژوهش تدوین شد. به نحوی که با سوالات تدوین شده بتوان عوامل موثر بر رشد پس از سانحه را شناسایی نمود سپس، جلسات مصاحبه با بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. البته قبل از شروع هر مصاحبه از مصاحبه شونده‌گان برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا رضایت گرفته شد و راجع به اهداف پژوهش حاضر، علت ضبط جلسه مصاحبه، محرمانه ماندن اطلاعات و هویت آنها توضیحات لازم ارائه شد و در ادامه مصاحبه‌های صورت گرفته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام شده طی فرایندی منظم و در عین حال مداوم از مقایسه داده‌ها بود و برای این کار از فرایند سه مرحله‌ای کدگذاری باز^۳، کدگذاری محوری^۴ و کدگذاری انتخابی^۵ (مطابق با رویکرد استراوس و کوربین^۶) استفاده شد (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰). فرایند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری داده‌ها بدین شکل به اجرا درآمد. در ابتدا فایل صوتی مصاحبه‌های ضبط شده به صورت متن درآمد و برای کدگذاری باز، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مفاهیم اصلی استخراج و به صورت کد ثبت شد و سپس کدهای مشابه در دسته‌هایی قرار گرفتند. در کدگذاری محوری طبقات به طبقات محوری خود ربط داده شدند تا تبیین‌های دقیق‌تر و کامل‌تری درباره پدیده‌ارایه شد. همچنین در کدگذاری محوری دسته‌های اولیه‌ای که در کدگذاری باز تشکیل شده بودند با هم مقایسه و آنهایی که با هم شباهت داشتند حول محور مشترکی قرار گرفتند. در نهایت در کدگذاری انتخابی یکپارچه‌سازی و پالایش

۱. grounded theory

۲. open-ended

۳. open coding

۴. axial coding

۵. selective coding

۶. Strauss, Corbin

مقوله‌ها انجام شد؛ و یک مقوله به عنوان مقوله مرکزی انتخاب شد و بر محور مقوله مرکزی مدل مورد نظر طراحی شد (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰).

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود که حداقل یک سال از بیماری سرطان آنها گذشته و بیش از ۴ سال از تشخیص سرطانشان نگذشته بود و دارای تجربه رشد پس از حادثه بودند. از نمونه گیری گلوله برفی برای شناسایی افراد واجد شرایط این پژوهش استفاده شد. به این صورت که از اولین بیماری که به طور هدفمند انتخاب گردید و مورد مصاحبه قرار گرفت خواسته شد که اگر بیماران دیگری می‌شناسد که دارای ملاک‌های این پژوهش بوده و مایل به همکاری هستند، معرفی کند و بدین شکل مصاحبه نیمه ساختارمند پژوهش با این افراد نمونه اجرا شد. ملاک‌های گزینش نمونه بیماران دارای رشد پس از ضربه شامل موارد زیر بود ۱- بیمار از بیماری و شدت وخامت آن کاملاً آگاه باشد. ۲- از تشخیص بیماری سرطان آنان حداقل یک سال گذشته و از زمان تشخیص سرطان بیش از چهار سال طی نشده باشد. ۳- عوارض و پیامدهای بیماری در فرد ظاهر شده باشد و فرد تجربه‌های درمان‌های مختلف نظیر شیمی‌درمانی، جراحی و رادیو تراپی را داشته باشد. ۴- بیماران نباید سابقه اختلال روانی و یا مشکلات شدید عاطفی قبل از بروز بیماری داشته باشند ۵- براساس آزمون رشد پس از حادثه تدیسیچی و کالهون، بیماران نمرات بالا و خیلی بالا کسب کرده و معتقد باشند که سرطان در مواردی موجب رشد آنها شده است. ملاک‌های گزینش نمونه، این اطمینان را ایجاد کرد که تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش رشد پس از سانحه مورد نظر این پژوهش را تجربه کرده‌اند و دارای اطلاعات غنی راجع به موضوع پژوهش هستند. نمونه‌گیری در این پژوهش تا حد اشباع نظری یعنی تا جایی که در جریان مصاحبه هیچ اطلاعات جدیدی به دست نیامد، ادامه پیدا کرد؛ که در نهایت ۱۵ نفر با روش نمونه‌گیری گلوله برفی مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین به منظور حفظ رازداری و عدم افشای هویت افراد شرکت‌کننده در پژوهش از نام مستعار در زمان تبدیل صوت مصاحبه به متن استفاده شد.

برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد یافته‌ها از سه تکنیک مرسوم زیر استفاده شد (سیلورمن^۱، ۲۰۰۵ به نقل از حاتمی، ۱۳۹۴) ۱ - کنترل و اعتباریابی توسط اعضا: در این

۱. Silverman

قسمت از شرکت کنندگان خواسته شد یافته های کلی را ارزیابی کرده و درباره صحت آن نظر دهند. ۲- مقایسه های تحلیلی: در این روش به داده های خام رجوع شد تا ساخت بندی نظریه با داده های خام مقایسه و ارزیابی شود. ۳- استفاده از تکنیک ممیزی: در این زمینه سه متخصص در حوزه نظریه زمینه ای بر مراحل مختلف کدگذاری و مفهوم سازی و استخراج مقولات نظارت داشتند.

یافته های پژوهش

پس از فرایند کدگذاری باز و محوری، مفاهیم و مقولات مستخرج شدند. سپس کدگذاری انتخابی انجام شد و در ادامه ارتباط این مقولات با یکدیگر در قالب مدل پارادایمی مبتنی بر نظریه زمینه ای شناسایی شد که در شکل شماره ۱ در آخر همین بخش تحت عنوان الگوی رشد پس از حادثه نشان داده شده است.

در ادامه مقولات مستخرج شده به صورت مبسوط همراه برخی از مصادیق از گفته های شرکت کنندگان در پژوهش آورده شده است.

شرایط علی. در پژوهش حاضر روبروشدن با رنج ابتلا به سرطان برای اکثریت شرکت کنندگان عامل اصلی و شرط علی رشد پس از سانحه بود. البته برای کسانی این حادثه رشدافزا بود که چالش بیشتری در آنها به وجود آورده بود این مقوله شامل کدهای محوری مواجهه با بیماری، رویارویی با مرگ، نشخوار ذهنی، ارزیابی مجدد، وچالش باجهان بینی است. الف - مواجهه با بیماری: بیماران زمانی که مکانیسم های دفاعی همچون انکار را کنار می گذارند با بیماری مواجه می شوند. این مواجهه اگر چه دردناک است اما بسیار تاثیر گذار است. (زن ۴۱ ساله) "شیمی درمانی خیلی بد است من وقتی که شیمی درمانی شدم موهام ریخت دیگه شبیه سرطانی ها شدم انگار اون روز تازه متوجه شدم سرطانی ام".

ب- رویارویی با مرگ: بیماری سرطان به دلیل شدت بیماری و وحشتناک بودن به نوعی تجربه رویارویی با مرگ را فراهم می کند بعضی بیماران شاهد مرگ بیماران دیگری در بیمارستان بوده اند و طبیعی است که با مرگ روبرو می شدند. (مرد ۴۴ ساله) "با خودم می گفتم هر لحظه ممکنه تمام بشم جلوی خودم دیدم خیلیم فوت کردند کسی بود یه جلسه شیمی درمانی کرده بود یکی دیگه ۳ جلسه شیمی درمانی کرده بود ولی مردند."

ج- نشخوار ذهنی: بیماران سرطانی به دلیل شرایط بحرانی، رویارویی با مرگ شروع به نشخوار فکری می کنند غالب آنان این نشخوار که چرا من مبتلا شدم را در ذهن داشتند.

(مرد ۵۷ ساله) "هرروز فکرم مشغول بود به تمام زندگیم فکر می‌کردم به این که این مریضی آخرش چی میشه اصلا از شدت فکر داشتم دیوونه می‌شدم. به فکر مثل خوره به جونم افتاده بود که چرا من".

د- ارزیابی مجدد: نشخوار فکری گاهی موجب آگاهی عمیق بیمار می‌گردد و در این جا بیمار به ارزیابی های دوباره در مورد زندگی می‌پرداخت. (مرد ۳۵ ساله) "من تمام زندگیم را چند بار مرور کردم کجاها درست رفتار کردم کجاها اشتباه کردم حتی بعضی کارا انجام داده بودم که فکر می‌کردم درسته اما بعد از سرطان وقتی خوب فکر کردم دیدم اشتباه کردم".

ه- چالش باجهان بینی: بحران سرطان هرچقدر شدیدتر باشد، جهان بینی فرد را بیشتر درگیر می‌سازد و این کار موجب می‌گردد، چالش هایی در جهان بینی فرد بوجود آید. (مرد ۴۹ ساله) "سرطان خیلی چیزها را تو ذهنم عوض کرد تازه فهمیدم زندگی یعنی چه اصلا ما برای چی زندگی می‌کنیم من همش غرق کارای روزمره ام بودم".

شرایط مداخله ای. شرایط مداخله ای در بردارنده مفاهیم الف - عوامل مربوط به خود ب- عوامل مربوط به اطرافیان و نزدیکان (این دو عامل شامل ۱- ویژگی های شخصیتی ۲- افکار و احساسات کارآمد ۳- مشکلات ۴- رضایت از زندگی ۵- اهداف ۶- نیازها ۷- انتظارات) ج- عوامل مربوط به جامعه (امور مالی، مسائل شغلی) د- عوامل مربوط به پرسنل درمانی (ارتباط عاطفی، انگیزه بخشی، آموزش، و تشخیص و درمان به موقع) است.

الف - عوامل مربوط به خود. ۱- ویژگی های شخصیتی: بیماران سرطانی برخی از ویژگی های شخصیتی نظیر خوش بینی، پشتکار، استقامت، امیدو شوخ طبعی را دارا بودند که این ویژگی ها به مثبت اندیشی و رشد آنها کمک شایانی کرده بود. (مرد ۵۵ ساله) {بیمار سرطان روده که به دلیل عفونت زخم، مدت ۲ ماه شکمش را بخیه نزده بودند} واقعا سخت بود، زخم های شکم را شستشو می‌دادند و من درون شکم خود را می‌دیدم، خسته شده بودم ولی کم کم تحمل کردم".

۲- افکار و احساسات کارآمد در میان افکار و احساسات کارآمد بیماران رشد یافته دومولفه که بیشترین تکرار را داشت و به خوبی نمایان بود احساس ارزشمندی و احساس کفایت بود (مرد ۵۱ ساله) "درسته سرطان خیلی سخته ولی من مطمئن بودم از پشش بر میام من سخت تر از اینها را هم پشت سر گذاشته بودم".

۳- مشکلات: بیماران سرطانی که رشد یافته بودند، سه باور گذرا بودن مشکلات، قابل حل بودن و توانا بودن در کنار آمدن با مشکلات را داشتند. (مرد ۴۴ ساله) "فقط مرگ هست که چاره ای نداره و گرنه هیچ مشکلی نیست که راه حلی نداشته باشه باید بگردی راه حلش را پیدا کنی".

۴- رضایت از زندگی: بیماران سرطانی رشد یافته از زندگی گذشته و اکنون خود راضی بودند. (زن ۳۸ ساله) "من از زندگی ام راضی بودم الان هم راضی هستم اگرچه سرطان دارم اما شکر خدا همسرو بچه هام خوب و سالم هستند درد را خدا داده درمونش را هم خودش می ده".

۵- اهداف: در مولفه اهداف، وضوح اهداف و حرکت در مسیر اهداف خرده مفهیمی است که بیماران سرطانی رشد یافته به آن توجه بیشتری داشتند؛ یعنی هم اهداف خود را به طور روشن می شناختند و هم در جهت اهدافشان زندگی می کردند. (زن ۳۹ ساله) "همیشه دوست داشتم تحصیلاتم را ادامه بدم الان هم تصمیم گرفتم حالم که بهتر شد برای کارشناسی ارشد آزمون بدم".

۶- نیازها و انتظارات: بیماران سرطانی رشد یافته به نیازهای عالی تر نظیر کار، ادامه تحصیل، حضور در اجتماع و... توجه داشتند. آنان همچنین، انتظارات خود را تقلیل داده و این انتظارات را به راحتی بیان می کردند. (مرد ۴۹ ساله) "انتظار زیادی از زندگی و خانواده ام ندارم. اونها تمام تلاششون را برای من می کنند من حتی به همسرم گفتم اگه من فوت کردم برو ازدواج کن تا بچه هام تنها نباشند".

ب - عوامل مربوط به اطرافیان نزدیک. ۱- ویژگی های شخصیتی: بیماران سرطانی رشد یافته ویژگی های شخصیتی اطرافیان و نزدیکان خود را تحت عناوین خوش بینی، صبر و تحمل، وفاداری و فداکاری بیان کردند. ۲- مشکلات: بیماران سرطانی رشد یافته معتقد بودند همراهان و نزدیکانشان مشکلات را آسان گرفته و از خداوند برای حل آن یاری می طلبیدند. ۳- رضایت از زندگی: بیماران سرطانی رشد یافته رضایت از زندگی را در همراهان بویژه همسر خویش به خوبی احساس می کردند. ۴- اهداف: بیماران سرطانی رشد یافته اهداف خود را با اهداف خانواده همسو و هماهنگ می کردند. ۵- نیازها و انتظارات: بیماران معتقد بودند که همراهان آنها به جای توجه به نیازهای خود به نیازهای بیماران و نیازهای خانواده توجه داشتند. و نیز آنان انتظاراتشان را در حد توان بیمار کاهش

داده بودند. (مرد ۴۸ ساله) "خیلی جاها بوده که همسرم از خواسته‌ها و آرزوهای خودش گذشته یا حتی اون چیزهایی که حقش بوده یا ضروری بوده را کنار گذاشته تازندگیمون باقی بمونه." ویا (مرد ۵۵ ساله) "خانومم برام خیلی زحمت کشید ۲۴ ساعته بیست شبانه روز تمام در بیمارستان کنار من بود خیلی شبا اصلا نخوابید اگر کسی هم می‌خواست بماند اجازه نمی‌داد می‌گفت نه من نمی‌گذارم با من راحتتر است."

ج- عوامل مربوط به جامعه. امور مالی و مسائل شغلی: بیماران سرطانی رشد یافته احساس امنیت درآمدی داشته و کمک‌های مالی در زمینه درمان دریافت داشته بودند همچنین آنان دغدغه و نگرانی از دست دادن شغل را نداشتند. (مرد ۵۱ ساله) "خدارا شکر من ۱۵ ساله دارم حق بیمه می‌پردازم چون نمی‌تونم کار کنم قراره برای از کار افتادگی اقدام کنم بهم گفتند مدارکت را تکمیل کنی درست می‌شه."

د- عوامل مربوط به پرسنل درمانی: بیماران سرطانی رشد یافته معتقد بودند پرسنل درمانی با آنها ارتباط عاطفی خوبی برقرار کرده، انگیزه بهبودی و ادامه درمان را در آنان فراهم می‌کردند. همچنین بیماران معتقد بودند، پرسنل درمانی به آنان آموزش‌های لازم را ارائه نموده و موجبات تشخیص و درمان به موقع بیماران را فراهم می‌کردند. (مرد ۵۵ ساله) "یه پرستاری بود از جون و دل صبح به صبح می‌آمد به من سر می‌زد صبح اول از همه می‌آمد سراغ من با چهره‌ای خندان می‌گفت و می‌خندید شوخی می‌کرد اصلا دلداری می‌داد من مدیون او هستم من واقعا مدیونشم اون حتی می‌تونست به زیر دستش بگوید کارم را انجام بده ولی خودش انجام می‌داد."

شرایط زمینه‌ای.

معنویت: معنویت به عنوان بستر و شرایط زمینه‌ای رشد پس از سانحه در پژوهش حاضر به دست آمد که در بردارنده مقولات معنایابی، توکل به خداوند، انجام عبادات و توسل به ائمه بود.

۱- معنایابی: بیماران سرطانی به دنبال پیدا کردن معنایی برای زندگی کردن بودند این معنا شامل دیدن خوشبختی فرزندان، کمک به والدین و دیگران، ادامه تحصیل ویا بود. ۲- توجه و توکل به خداوند: بیماران سرطانی رشد یافته در مراحل مختلف بیماری به خداوند توجه داشته و به قدرت او برای بهبودی خویش تکیه می‌کردند. ۳- انجام عبادات: بیماران سرطانی رشد یافته حتی در سخت‌ترین شرایط از ارتباط با خداوند و انجام عبادت بویژه

نماز غافل نبودند. ۴- توسل به ائمه: بیماران سرطانی بعد از خداوند، برای طلب شفا و کمک به ائمه اطهار به طور مکرر متوسل می شدند. (مرد ۵۵ ساله) "دلم می خاد تا زمانی که پدرم زنده هست من هم زنده باشم. حالا بعد هر زمان خدا خواست بمیرم". (زن ۴۳ ساله) "من تنهایی می رفتم شیمی درمانی ازاون اول خودم بود و خدا. می گفتند همراه تو کیه گفتم همراه اول و آخر من خداست. تا این سرم کار می کرد می گفتم یا من اسمم دوا و ذکره شفا".

کنش ها و تعاملات: کنش ها و تعاملات مستخرج شده شامل کنش ها و تعاملات خود فرد (مراقبت از خود، برقراری ارتباط، عفو کردن، طلب بخشش و حلالیت، الگویابی، پیگیری، تفریح، کنار گذاشتن رفتارهای ناپسند، بهبود و ایجاد صفات مثبت) و کنش ها و تعاملات اطرافیان نزدیکان (محبت، مراقبت، امید بخشی، نشاط بخشی، همدلی، احترام) بود.

الف - کنش ها و تعاملات خود فرد. ۱- مراقبت از خود: بیماران نسبت به وضعیت خود دقت بیشتری داشته سعی داشتند بیماری خود را کنترل کنند آنها همچنین به سبب همین دقت نسبت به تغذیه خود حساس بوده و اطلاعات بهداشتی و پزشکی زیادی داشتند ۲- برقراری ارتباط: بیماران روابط قبلی خود را بهبود بخشیده، دوستان جدیدی پیدا کرده بودند و علاوه برصله رحم و روابط صمیمانه با خانواده، در مراسم اجتماعی، مذهبی شرکت می کردند. ۳- طلب بخشش، حلالیت و عفو کردن: بیماران سرطانی از کسانی که آزار رسانده بودند، عذرخواهی کرده و همچنین کسانی که در حق آنها ظلم کرده بودند؛ را به راحتی می بخشیدند. ۴- الگویابی و پیگیری: بیماران سرطانی رشد یافته برای بهبود و ادامه درمان از بیمارانی که تجربه آنان را داشتند؛ الگو گیری می کردند. آنان همچنین نسبت به ادامه درمان جدی بوده و روند درمان را به خوبی دنبال می کردند. ۵- تفریح: بیماران علاوه بر داشتن تفریحات خانوادگی، ورزش و تفریحات جدیدی را آغاز کرده بودند ۶- کنار گذاشتن رفتار های ناپسند و بهبود و ایجاد صفات مثبت: بیماران سرطانی برخی از رفتار های ناپسند خود را کنار گذاشته و رفتارهای پسندیده جدیدی کسب کرده بودند. (زن ۵۶ ساله) "یادمه من عادت داشتم پشت سر جاربه هام غیبت کنم البته خانوما توجلساتشون بیشتر همین کارها را می کنند اما الان من پشت سر کسی حرف نمی زنم کسی هم جلوم این کارو نمی کنه می دونند که بدم میاد." (مرد ۴۴ ساله) "توی دوران شیمی درمانی رفتم از چند تایی که اذیتشون کرده بدم عذر خواهی کردم از کارای بدم خجالت می کشیدم".

ب- کنش‌ها و تعاملات اطرافیان نزدیک. بیماران سرطانی رشد یافته معتقد بودند اطرافیان و مراقبان‌شان از استراتژی‌های محبت‌کردن و مراقبت‌کردن استفاده کرده و علاوه بر دادن امید و نشاط به آنان، نهایت احترام را برایشان قائل شده و به خوبی با آنان همدلی می‌کنند. (زن ۴۳ ساله) "نمی‌تونستم از جام بلند بشم مادرم خیلی کمکم کرد ۴ ماه تمام کنارم بود بعد از خدا اگر مادرم نبود من زنده نمی‌ماندم این چهارماه هیچ وقت از من دور نشد". ویا (مرد ۴۴ ساله) "بعضی‌شبا که از درد خوابم نمی‌برد زخم هم بیدار می‌شد اونم نمی‌خوابید با هم حرف می‌زدیم انگار پایه پای من با این سرطان کنار میومد".

پیامد ها. ۱- عشق: در بیماران سرطانی رشد یافته عشق به دوگونه وجود داشت آنان اولاً عاشقانه خداوند را دوست داشتند، ثانیاً نسبت به خانواده بویژه همسر خود عشق می‌ورزیدند. (زن ۵۶ ساله) "همسرم خیلی مهربونه درکم می‌کنه خیلی مراقب روحیه ام هست قبلنا هم دوستش داشتم اما الان بیشتر دوستش دارم".

۲- توانمندشدن: بیماران سرطانی در بعضی زمینه‌ها مثلاً در زمینه کار، تحصیلات و... که قبلاً توانمندی نداشته، بعد از بیماری توانایی‌های جدید کسب کرده بودند. (زن ۴۳ ساله) "قبلاً اصلاً از رانندگی می‌ترسیدم، بعد از سرطان حوصله نمی‌کردم اما گواهی نامه را گرفتم، اوائل سخت بود اما کم‌کم عادت کردم گاهی با پسر کوچکم می‌ریم مسافرکشی اینجوری خرجی خودمون را هم در میاریم".

۳- آرامش: بیماران سرطانی رشد یافته اگرچه در ابتدا دچار استرس شدید شده بودند اما پس از طی مراحل مختلف سرطان، به دلیل آن که سرطان شدیدترین استرس را به آنها وارد کرده بود در برابر استرس‌های روزمره آبدیده شده و لذا آرامش خاصی در رفتار و گفتار آنان نمایان بود. (زن ۵۲ ساله) "من را دوبار عمل کردند دفعه دوم برام عادی شده بود اتفاقاً بیهوشم نکردند فقط بی‌حس کردند آرامش خوبی داشتم حتی همسرم را هم آرام می‌کردم نگران نبودم یک پارچه انداخته بودند که وسطش سوراخ بود من این پارچه را کنار می‌انداختم تا درون بدنم را ببینم وقتی بخیه می‌زدند می‌دیدم".

۴- پذیرش: بیماران سرطانی رشد یافته فراتر از تحمل به مقام پذیرش رسیده و براحتی خویشتن، بیماری سرطان و مرگ را پذیرفته و قبول کرده بودند. (مرد ۴۱ ساله) "کلونوسکوپي درد آور است من تا حالا ۵ بار کلونوسکوپي شده ام ابتدا خیلی وحشت داشتم برای اول بار بیهوشت می‌کنند یه لوله از ناحیه مقعد تا انتهای روده فرو می‌کنند اما

الان برای من وحشتناک نیست حتی این بیماری برای من ناراحت کننده نیست (بیمار به کیسه کوچکی که از کنار شکمش خارج شده اشاره می کند) از این قسمت غذا دفع می شود اما مشکلی نیست تمیز کردن این کیسه برام جالبه فقط زخم های کنارش کمی اذیت می کنه".

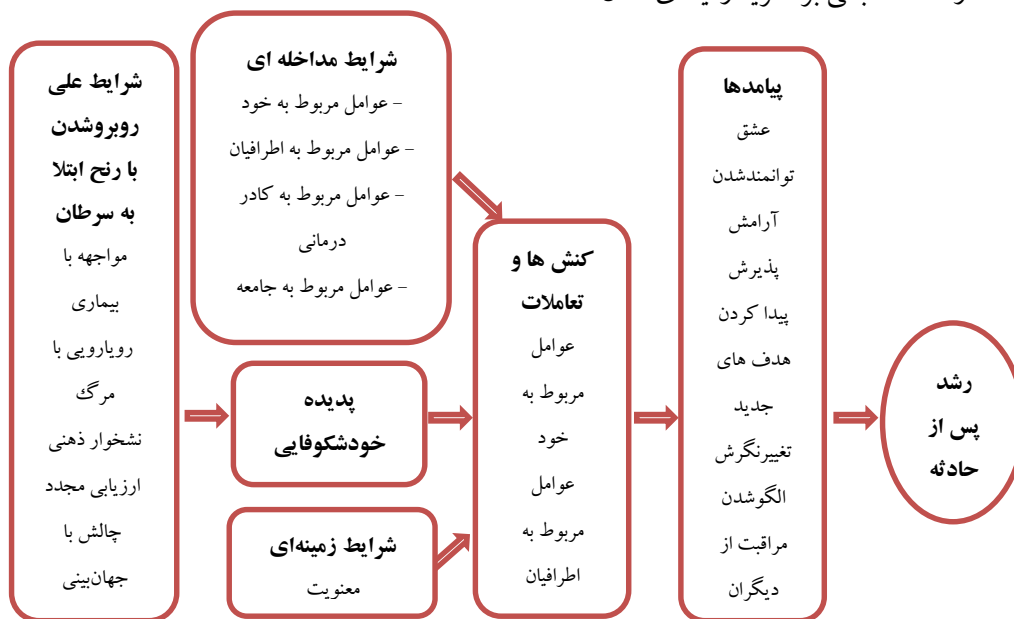
۵- پیدا کردن هدف های جدید: بیماران سرطانی بعد از بیماری هدف های جدیدی را برای خود پیدا کرده بودند البته اکثریت این هدف ها در راستای خانواده بود. (مرد ۵۷ ساله) "من بعد از سرطان تصمیم گرفتم که خونه ام را عوض کنم چون خونه ام قدیمی هست و بچه هام اذیت می شدند قبلا به این مسئله توجه نداشتم".

۶- تغییر نگرش: نگرش بیماران سرطانی رشد یافته در دو زمینه تغییر کرده بودند آنان نگرش قبلی که قبلا نسبت به سرطان داشتند را رها کرده و نگرش های جدیدی پیدا کرده بودند. همچنین اولویت ها و مقیاس های بیماران کاملا تغییر یافته بود. (مرد ۴۱ ساله) "قبلا دوشیفت کار می کردم هیچ وقت خونه نبودم همه زندگیم شده بود کار اما الان فقط به شیفت کار می کنم تفریح زیاد می ریم تابچه ها راضی تر باشند".

۷- الگوشدن: بیماران سرطانی رشد یافته الگوی مناسبی برای سایر بیماران بودند و بیماران دیگر در این زمینه از آنها الگو برداری می کردند. (زن ۵۲ ساله) "یکی از همکارانم سرطان سینه گرفت زنگ زد گفت وای چکار کنم گفتم هیچی من چیکار کردم تازه من گریدم دو بود مگه من فوت کردم. هر کاری داشت زنگ می زد می گفت حالا می خوام شیمی درمانی برم بهش می گفتم چیکار کنه. یه بار بهش گفتم شما خیلی بهتر از منی می گفت معلومه چون شما را دارم".

۸- مراقبت از دیگران: بیماران سرطانی رشد یافته نه تنها از خود مراقبت کرده بلکه به مرحله ای می رسند که از خانواده و سایر بیماران مراقبت کرده و به راحتی با دیگران همدلی می کنند. (زن ۴۳ ساله) "یه ماه پیش رفته بودم زیارتگاه یه جایی بود همه با لباس سنتی عکس می گرفتند یه خانمی را دیدم که معلوم بود موهاش کم پشت شده داشت می ریخت به اون خانمی که لباس می دادمی گفت اینها برنند بیرون تا من روسری ایم را عوض کنم گفتم چیه خجالت می کشی راحت باش منم مثل تو مونداشتم من همه موهام ریخت کلی باهم حرف زدیم آخر سر بهم گفت دستت درد نکنه خیلی ارومم کردی".

در ادامه فرایند کدگذاری با اتصال کدهای حاصل از کدگذاری باز و مشخص کردن ارتباط بین آنها کدگذاری محوری انجام شد و مقوله مرکزی انتخاب گردید که همه مقولات فرعی به نوعی با آن در ارتباط بودند. به آن بازمی‌گشتند این طبقه یا مقوله خود شکوفایی نام‌گذاری گردید علت تعیین این مقوله به عنوان مقوله محوری این بود که این مقوله با گفته‌های بسیاری از بیماران مرتبط بود و همچنین به نظر می‌رسید که بسیاری از مسایل و سخنان بیمارانی که رشد پس از سانحه را تجربه کرده بودند بر محور این مساله استوار می‌باشد با مشخص کردن مقوله محوری، سایر مقوله‌های شناسایی شده در فرایند کدگذاری باز حول محور مقوله محوری به عنوان شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط میانجی، تعاملات و پیامدها سازمان‌دهی شده است. در نمودار زیر مدل پارادیمی رشد پس از سانحه مبتنی بر نظریه زمینه‌ای نشان داده شده است.



نمودار ۱. الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی رشد یافته

بحث و نتیجه‌گیری

اطلاعات بدست آمده از تحقیق بیان‌کننده این است که روبروشدن با رنج ابتلا به سرطان جزء شرایط علی برای رشد پس از حادثه بود. عوامل مربوط به خود و عوامل مربوط به

اطرافیان (ویژگی های شخصیتی، افکار و احساسات کارآمد، مشکلات، رضایت از زندگی، اهداف، نیازها و انتظارات) و عوامل مربوط به جامعه (امور مالی، مسائل شغلی) و عوامل مربوط به پرسنل درمانی (ارتباط عاطفی، انگیزه بخشی، آموزش، و تشخیص و درمان به موقع) از جمله عوامل میانجی موثر در رشد پس از حادثه بدست آمد. معنویت نیز از عوامل زمینه‌ای رشد پس از حادثه استخراج گردید. استراتژی های موثر بیماران شامل مراقبت از خود، برقراری ارتباط، عفو کردن، طلب بخشش و حلالیت، الگویابی، پیگیری، تفریح، کنار گذاشتن رفتارهای ناپسند، بهبود و ایجاد صفات مثبت بود و استراتژی های موثر در اطرافیان و نزدیکان محبت، مراقبت، امید بخشی، نشاط بخشی، همدلی، احترام بدست آمد. و سرانجام پیامد نهایی، رشد پس از سانحه (عشق به توانمند شدن، آرامش، پذیرش، پیدا کردن هدف های جدید، تغییر نگرش، الگوشدن و مراقبت از دیگران) بود.

همان گونه که ذکر گردید شرایط علی رشد پس از سانحه، روبروشدن با رنج ابتلا به سرطان بود. در هنگام ابتلا به سرطان ابتدا بیماران باور ندارند که مبتلا به سرطان شده اند و یا اینکه بیماری خود را را آنچنان خطرناک نمی دانند. لذا مواجهه شدن با بیماری اولین گام در مسیر رشد است و به دنبال مواجهه با بیماری و همزمان با ظهور علائم سرطان، بیماران سرطانی با مرگ روبرو می شوند. در نتیجه مواجهه با بیماری و مرگ زلزله هایی در باور، افکار و احساسات فرد به وقوع می پیوندد و بیمار را به نشخوار ذهنی مبتلا می کند. نشخوار ذهنی زمینه ساز دو اتفاق مهم شناختی (ارزیابی مجدد و چالش با جهان بینی) در ذهن فرد می گردد که این عوامل در مجموع موجبات رشد و خود شکوفایی بیمار را فراهم می سازد. مهم ترین بخش در این مراحل نشخوار ذهنی است. از طریق نشخوار ذهنی بیمار آگاهی و بصیرتی عمیق پیدا می کند و این آگاهی منجر به راه اندازی مکانیسم درون سازی می شود و در راستای درون سازی فرد به ارزیابی دوباره باور ها و فرضیات بنیادین خود می پردازد و طبیعی است با فروپاشی باورهای بنیادین، جهان بینی فرد مورد چالش قرار می گیرد و این آغاز خود شکوفایی است. پذیرش بیماری و روبروشدن با واقعیت مرگ اگرچه در ظاهر تلخ و ناگوار است اما این امکان را فراهم می سازد که انسان با بصیرت و موشکافانه به زندگی نگاه کند و از روزمره گی ها به راحتی نجات پیدا کند و به مرور زندگی، باورها، ارزش ها و رفتارهای خود پردازد. نتایج پژوهش حاضر کاملاً منطبق با دیدگاه تدریسی و کالهن (۲۰۰۴) می باشد از نظر آنان نشخوار ذهنی هر چند فعالیتی است که

ناخوشایند است، اما نشان دهنده نوعی فعالیت شناختی است که این فعالیت موجب بازسازی طرحواره های قبلی می‌گردد. این فعالیت، به فرد درمورد این که چه اتفاقی افتاده و چگونه به این اتفاق پاسخ دهد، کمک می‌کند. البته بعد از بوجود آمدن تروما نشخوار ذهنی به طور طبیعی و خودبه خودی انجام می‌شود و تا زمانی که فرد بتواند با حادثه کنار بیاید و تنش های او کاهش پیدا کند، استمرار دارد اما در مراحل بعدی این نشخوار کنترل شده و ارادی می‌گردد و در این بخش هست که نشخوار ذهنی باعث بوجود آمدن روایت های جدیدی از زندگی با اهداف و شناخت های جدید می‌گردد که براساس این روایت ها سوانح ترومایی دیگر تهدیدی نیستند بلکه فرصت هایی برای رشد هستند. لذا به نظر می‌رسد نشخوار ذهنی در مرحله دوم یک پردازش شناختی بهره ور بوده و با نشخوار فکری اضطراب آور در مرحله اول متفاوت می‌باشد. البته نشخوار ذهنی در مرحله اول علی‌رغم ناخوشایند بودنش ضروری و موثر در پردازش شناختی مرحله بعدی و رشد پس از سانحه متعاقب آن می‌باشد. چنانچه کالهن، کانن، تدیسیچی، مک میلان (۲۰۰۰). در طی یک مطالعه، نشخوار ذهنی رابه دودسته ی نشخوار ذهنی بعد از ۲ هفته و نشخوار ذهنی بلافاصله بعد از حادثه تقسیم کردند و به ارزیابی رابطه همبستگی رشد پس از سانحه با انواع نشخوار ذهنی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد به هر میزان که افراد نشخوار ذهنی بیشتری بلافاصله بعد از حادثه داشتند رشد پس از حادثه بیشتری نیز تجربه کردند.

در پژوهش شی و همکاران (۲۰۱۵) نتایج رگرسیون نشان داد عواطف مثبت و منفی، سازگاری بازدارانه و سازگاری تخلیه ای هیجان و ارزیابی مجدد شناختی در مجموع ۵۳ درصد از واریانس کل رشد پس از حادثه را پیش بینی می‌کنند. همچنین پژوهش زبراک و همکاران (۲۰۱۵) هیل و واتکینز، (۲۰۱۷) و سووشرمن (۲۰۱۵) در مورد نشخوار ذهنی همسو با نتایج این تحقیق است.

در پژوهش حاضر برخی از عوامل شخصیتی به عنوان عوامل موثر بر رشد پس از سانحه بدست آمدند. در کنار عوامل شخصیتی افکار و احساسات کارآمدی چون احساس ارزشمندی و احساس کفایت و نیز برخی از نگرش ها نسبت به مشکلات، اهداف و انتظارات و نحوه رضایت از زندگی از لحاظ عاطفی و شناختی به عنوان عوامل نیرو بخش فرد برای رسیدن به رشد و خود شکوفایی استخراج گردیدند. پژوهش های زیادی به تاثیر عوامل شخصیتی و افکار و احساسات کارآمد در رشد پس از سانحه پرداخته اند. برخی از پژوهش

های همسو به شرح زیر است. خوش بینی (بوکستون، ۲۰۱۱) نگرش مثبت (از قبیل خوش بینی، پذیرش و شوخ طبعی) عزت نفس بالا، احساس خود کارآمدی و به کارگیری راهبردهای مقابله ای فعال (للورین و همکاران، ۲۰۱۰؛ لاینلی و جوزف، ۲۰۰۴) عوامل شخصیتی (مرکز، وازکوزکا و ویزاک، ۲۰۱۲؛ گارانفسکی، کرایج، اشروورز و سومسن، ۲۰۰۸).

یکی دیگر از نتایج بدست آمده نقش اطرافیان و نزدیکان به عنوان شرایط مداخله گر در رشد پس از سانحه بود. از آنجایی که جامعه ایران برخلاف جوامع غربی جامعه ای خانواده محور است لذا نقش خانواده بویژه همسر و مادر در شکوفایی خویشتن نشی ممتاز دارد و تقریباً همسان با نقش عوامل شخصی است. با توجه به اینکه بیماری سرطان بیماری فرسایشی است و نیازمند مراقبان ویژه می باشد بدیهی است که نزدیکان و اطرافیان مراقبت کننده که در جامعه ایرانی عموماً مادران و همسران می باشند نه تنها در بهبود بیماری بلکه در رشد و بالندگی پس از بیماری نیز نقش بسزایی دارند نتایج پژوهش حاضر در مورد نقش خانواده و اطرافیان با پژوهش های (توگاس، جوتراس، بیگراس و توراینی، ۲۰۱۶؛ جودیچی، ۲۰۱۰؛ افراسیابی فر و همکاران، ۱۳۹۰؛ فیلیز و جونز، ۲۰۱۴؛ طالقانی، پارسا یکتا و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۵؛ حسینی گل افشانی، عابدی و احمدی، ۱۳۹۲) همخوان است. در پژوهش حاضر عوامل مربوط به جامعه (امنیت مالی و امنیت شغلی) و عوامل مربوط به پرسنل درمانی عواملی اجتماعی هستند که در رشد پس از سانحه موثر هستند. نتایج این پژوهش نشان داد شایسته است برای پرسنل درمانی بویژه پرستاران دوره های مناسب برقراری ارتباط با بیماران سرطانی در نظر گرفته شود و خدمات آنان صرفاً به بخش مراقبت جسمی و درمانی بیماران ختم نشود. نتایج پژوهش حاضر در مورد حمایت اجتماعی با سایر پژوهش های صورت گرفته توسط ییونگ ولو (۲۰۱۷)، باگلاما و اتک (۲۰۱۴)، شامکوئیان و همکاران (۱۳۹۱) و بوکستون (۲۰۱۱) منطبق بود.

در مورد شرایط زمینه‌ای معنویت نیز به عنوان بستر رشد پس از سانحه، از تجزیه و تحلیل مصاحبه های بیماران استخراج گردید. ارتباط بین معنویت و رشد پس از سانحه در پژوهش های زیادی مورد توجه قرار گرفته است در جامعه ایران که جامعه ای مذهبی است این ارتباط پررنگ تر است. پژوهش های بریتون (۲۰۱۶)؛ چندارمانی و خان (۲۰۱۳)؛ شامکوئیان و همکاران (۱۳۹۱)؛ بوکستون (۲۰۱۱)؛ گلافر-رز (۲۰۱۰)؛ مکگینس (۲۰۱۱)؛

جودیچی، (۲۰۱۰) همگی موید نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر بود. همچنین در پژوهش هوساین و بوشان (۲۰۱۳) محققان دریافته‌اند که جذب مذهبی پناهندگان، به هیچ طریقی آنها را درمانده و ناامید نمی‌کند؛ آنها قدرت را از طریق ارتباط با یکدیگر و مذاهب شان و همچنین قابلیت آنها برای پذیرفتن موقعیت‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، کسب می‌کردند. همچنین اسمعیلی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داد که مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی موجب کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌گردد.

در زمینه استراتژی‌ها همانگونه که نتایج نشان داد استراتژی‌های استخراج شده از بیماران شامل مراقبت از خود، برقراری ارتباط، عفو کردن، طلب بخشش و حلالیت، الگویابی، پیگیری، تفریح، کنار گذاشتن رفتارهای ناپسند، بهبود و ایجاد صفات مثبت و استراتژی‌های اطرافیان و نزدیکان شامل محبت، مراقبت، امید بخشی، نشاط بخشی، همدلی، احترام بود.

استراتژی‌های بیماران و مراقبان در پژوهش‌های صورت گرفته تحت عنوان سبک‌های مقابله‌ای مورد توجه قرار گرفته است که پژوهش‌های پرزسانگریگوریو و همکاران (۲۰۱۷) و جوزف (۲۰۱۱) همسو با نتایج این پژوهش است نکته قابل توجه آن است که سبک مقابله‌ای بیماران و اطرافیان و نزدیکان به خوبی مکمل یکدیگر و همگی فعالانه است و به جز یکی دو استراتژی بقیه استراتژی‌های استفاده شده کاملاً تعاملی و در ارتباط با دیگران می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای افراد رشد یافته، اجتماعی محور و تعاملی‌گونه است و این استراتژی‌ها را به راحتی می‌توان به بیماران آموزش داد.

همانگونه که قبلاً بیان گردید پیامد ابتلا به سرطان رشد پس از حادثه بود که این رشد در قالب مقولات مختلفی مطرح شده است. مقولات پذیرش، آرامش، تغییر نگرش، پیدا کردن هدف‌های جدید و توانمندی، مقولاتی است که خویشتن بیماران را توسعه می‌دهد و مقولات الگو شدن، مراقبت از دیگران و مقوله عشق، مقولاتی است که بیماران را به سوی فراتر از خویشتن سوق می‌دهد. بیماری که تاکنون محصور نیازها، مشکلات و اهداف خود بود به سمت دیگران تغییر جهت می‌دهد بیمار سرطانی دیگر کسی نیست که به دنبال مراقب باشد بلکه او به مراقبت از دیگران می‌پردازد او در این مرحله به جای جستجوی الگو و سرمشق، خود الگو و سرمشق دیگران می‌گردد و سرانجام عاشقانه خداوند و خانواده

را دوست دارد که این نشان دهنده کنار گذاشتن خود خواهی می باشد و همگی این مقولات در حقیقت اوج شکوفایی خویشتن است. مفاهیم کشف شده به عنوان پیامد توسط مطالعات کیفی زیادی تایید شده است برای نمونه راف و همکاران (۲۰۰۹) در بخش نتایج کیفی سه طبقه اصلی نگرش به زندگی، قوی شدن فردی، و ارتباطات را گزارش کردند و یاد پژوهش جودیچی (۲۰۱۰) چهار موضوع اساسی ۱- خانواده و اجتماع ۲- خدا و معنویت ۳- هدف متمرکز شده به سوی فکر کردن ۴- استفاده از حادثه برای یک شخص بهتر شدن از باور های شرکت کنندگان استخراج گردید که همگی موید نتایج این پژوهش است. در پایان می توان نتیجه گرفت که ابتلا به سرطان فقط پیامد های منفی ندارد بلکه پیامد ابتلا به سرطان گاهی رسیدن به رشد پس از سانحه است. این رشد فرایندی است که در بستر معنویت و در کنار خانواده (نزدیکان و اطرافیان) بوقوع می پیوندد البته برای رسیدن به رشد علاوه بر خود فرد، اطرافیان و نزدیکان، پرسنل درمانی و جامعه نیز دخالت دارند و این رشد نیازمند مولفه ها و راهبردهای خاص است. با توجه به این که این پژوهش با روش کیفی انجام شده محدودیتهای روش کیفی از جمله غیرممکن بودن حذف سوگیری مشاهده گر، عدم کنترل اعتبار نتیجه گیری محقق و عدم قابلیت تعمیم پذیری بر آن وارد است. پیشنهاد می گردد محققان دیگر، به بررسی ترکیب الگوی رشد پس از سانحه و مشاوره گروهی در بیماران سرطانی اقدام نمایند و سازه رشد پس از سانحه را در سایر جمعیت های دیگر و از نظرگاه خانواده و نزدیکان مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همه کسانی که در این پژوهش همکاری کردند بویژه بیماران سرطانی که با وجود مشکل سرطان در این پژوهش شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می نمایند.

منابع

- اسمعیلی، معصومه. (۱۳۸۹) مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱ (۲)، ۲۰-۱

- افراسیابی فر، اردشیر؛ حسنی، پرخیده؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ یغمایی، فریده (۱۳۹۰). اثرات مثبت بیماری پس از سکته قلبی. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی، ۲۴ (۷۰)، ۳۸-۳۰.
- پارسا فر، سارا؛ نامداری؛ کوروش؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ محرابی، حسینعلی (۱۳۹۴). بررسی رابطه تعهد مذهبی، سبک‌های بخشش، نبخشیدن و نشخوار فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۶ (۲۳)، ۱۶۲-۱۳۹.
- زینی‌وند، مریم؛ کاظمی، فرنگیس؛ سلیمی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی آموزش تفکر مثبت و خوش بینی بر سلامت روان والدین کودکان سرطانی ۷-۳ بستری در بیمارستان محک شهر تهران در سال ۱۳۹۲ فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵ (۱۹)، ۳۴-۵۰.
- حاتمی، ابوالفضل. (۱۳۹۴). تدوین الگوی ازدواج پایدار و بررسی اثربخشی برنامه مداخله ای مبتنی بر آن. پایان‌نامه دکترای مشاوره از دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حسینی گل افشانی، سیده زهرا؛ عابدی، حیدر علی؛ احمدی، فضل‌الله (۱۳۹۲) تاملی بر تجارب معلولان: اطرافیان مسبب رشد یا مانع رشد. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۲ (۳)، ۲۶۰-۲۴۸.
- شامکویان، لیلا، لطفی کاشانی؛ فرح. وزیر؛ شهرام؛ اکبری، محمد اسماعیل. (۱۳۹۱) ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان. مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۰ (۳۹)، ۲۹۵-۲۸۵.
- طالقانی، فریبا؛ پارسا یکتا، زهره؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. (۱۳۸۵) مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۲ (۳)، ۲۸۸-۲۸۲.

American Psychiatric Association (۲۰۱۲, May ۱۱). *Proposed revision: G .۳ Posttraumatic stress disorder*. Retrieved. From <http://www.dsm.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=۱۶۵>.

Baglama, B., & Atak, I. E. (۲۰۱۵). Posttraumatic growth and related factors among postoperative breast cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, ۱۹۰, ۴۴۸-۴۵۴.

- Briere, J. N., & Scott, C. (۲۰۱۴). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-۵ update)*. Sage Publications.
- Brinton, C. T. (۲۰۱۶). *A Mixed Methods Analysis of the Relationship between Attachment, Post-Traumatic Stress, and Post-Traumatic Growth among United States Service Members*. A Doctoral Dissertation of Psychology in Clinical and School Psychology of James Madison University. Paper ۱۲۲.
- Buxton, A. (۲۰۱۱). *Posttraumatic Growth in breast cancer survivors: the role of dispositional optimism, coping strategies, and psychosocial interventions*. A Doctoral Dissertation in Philosophy of Adult Education and Counselling Psychology. University of Toronto.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (۲۰۰۰). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, ۱۲(۳), ۵۲۱-۵۲۷.
- Cao, W., Qi, X., Cai, D. A., & Han, X. (۲۰۱۷). Modeling posttraumatic growth among cancer patients: The roles of social support, appraisals, and adaptive coping. *Psycho-Oncology*.
- Chandiramani, K., & Khan, W. (۲۰۱۳). Post-traumatic growth and subjective well-being among breast cancer patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, ۴(۳), ۴۰۱.
- Gallagher-Ross, S. (۲۰۱۰). *predictorse of posttraumatic growth in breast cancer survivors: an analysis of hardiness, attachment, and cognitive appraisal*. Doctoral dissertation in school of education. FORDHAM UNIVERSITY.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (۲۰۰۸). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, ۱۴(۴), ۲۷۰.
- Giudici, M. L. (۲۰۱۰). *Post traumatic growth, positive assets, and strengths in post Hurricane Katrina survivors*. A Doctoral Dissertation in PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGY With an Emphases in Media Psychology. University of California.
- Gümüş, A. B. (۲۰۰۶). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, ۷(۳), ۱۰۸-۱۱۴.
- Hill, E. M., & Watkins, K. (۲۰۱۷). Women with Ovarian Cancer: Examining the Role of Social Support and Rumination in Posttraumatic Growth, Psychological Distress, and Psychological Well-being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, ۲۴(۱), ۴۷-۵۸.

- Hussain, D., & Bhushan, B. (۲۰۱۳). Posttraumatic growth experiences among Tibetan refugees: A qualitative investigation. *Qualitative Research in Psychology*, ۱۰(۲), ۲۰۴-۲۱۶.
- Joseph, S. (۲۰۱۱). Religiosity and posttraumatic growth: A note concerning the problems of confounding in their measurement and the inclusion of religiosity within the definition of posttraumatic growth. *Mental Health, Religion & Culture*, ۱۴(۸), ۸۴۳-۸۴۵.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (۲۰۰۸). Psychological assessment of growth following adversity: A review. *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*, ۲۱-۳۸.
- Kroo, A., & Nagy, H. (۲۰۱۱). Posttraumatic growth among traumatized Somali refugees in Hungary. *Journal of Loss and Trauma*, ۱۶(۵), ۴۴۰-۴۵۸.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (۲۰۱۰). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, ۱۷(۱), ۱۴-۲۲.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (۲۰۰۴). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress*, ۱۷(۱), ۱۱-۲۱.
- McGinnis, C. K. (۲۰۱۱). *Finding the silver lining: Posttraumatic growth after traumatic brain injury* (Doctoral dissertation, CHESTNUT HILL COLLEGE).
- Merecz, D., Waszkowska, M., & Wezyk, A. (۲۰۱۲). Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators—Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, ۱۹(۵), ۵۶۵-۵۷۴.
- Ozkal, F. & Arikan, Y. (۲۰۱۴). The opinions of patients and patients relatives on announcement of the cancer diagnosis to the patient. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences [Online]*, ۰۴, ۱۷۹-۱۸۳.
- Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., Borda-Mas, M., Avargues-Navarro, M. L., Pérez-Bernal, J., & Gómez-Bravo, M. Á. (۲۰۱۷). Coping strategies in liver transplant recipients and caregivers according to patient posttraumatic growth. *Frontiers in Psychology*, ۸.
- Phillips, F., & Jones, B. L. (۲۰۱۴). Understanding the lived experience of Latino adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, ۸(۱), ۳۹-۴۸.
- Ramos, C., & Leal, I. (۲۰۱۳). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, ۲(۱), ۴۳-۵۴.

- Ruf, M., Büchi, S., Moergeli, H., Zwahlen, R. A., & Jenewein, J. (۲۰۰۹). Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: a qualitative study in patients and their spouses. *Head & neck*, ۳۱(۴), ۵۱۳-۵۲۰.
- Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (۲۰۱۲). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, ۲۹(۴), ۴۳۳-۴۳۹.
- Shi, L., Yu, Y., Peng, L., Liu, B., Miao, Y., Li, M., & Lv, X. (۲۰۱۵). Posttraumatic growth in fresh medical cadets after military training and its influencing factors. *Journal of Psychiatry*, ۱۸(۳), ۱-۵.
- Soo, H., & Sherman, K. A. (۲۰۱۵). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, ۲۴(۱), ۷۰-۷۹.
- Strauss, A. and Corbin, J. (۱۹۹۰). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (۲۰۰۴). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, ۱۹(۱), ۱-۱۸.
- Tougas, A. M., Jutras, S., Bigras, M., & Tourigny, M. (۲۰۱۶). The potential role of benefit and burden finding in school engagement of young leukaemia survivors: an exploratory study. *Child: care, health and development*, ۴۲(۱), ۶۸-۷۵.
- World Health Organization. (۲۰۱۵, February). Cancer Fact Sheet. Accessed on: ۱st February ۲۰۱۵, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs۲۹۷/en/>
- Yeung, N. C., & Lu, Q. (۲۰۱۷). Perceived Stress as a Mediator Between Social Support and Posttraumatic Growth Among Chinese American Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*.
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., & Cole, S. (۲۰۱۵). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psycho-Oncology*, ۲۴(۲), ۱۶۲-۱۶۸.