

Article type: Research Article

Exploring the Spiritual Lived Experience of Men with Colon Cancer

Haleh Nikfarjam Haghighi Tehrani¹ , Zahra Bahadori^{2*} , Zahra Ranaee³ , Eshagh Shirinkam⁴ 

¹⁾ M.A. in Social Work, Department of Social Work, Arman Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

²⁾ Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Arman Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

³⁾ Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

⁴⁾ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran

Received: 06/12/2025 Revised: 26/01/2026 Approved: 19/01/2026

Abstract

Background: Colon cancer, as a complex disease, severely affects the physical, psychological, social, and spiritual dimensions of patients. It is the third most common cancer globally. Understanding the spiritual experiences of these patients can play a vital role in improving multi-dimensional and human-centered care.

Aim: The present study aimed to explore the spiritual lived experience of men diagnosed with colon cancer.

Method: The present study was a qualitative research designed with an interpretative phenomenological analysis (IPA) approach. Research participants consisted of all men diagnosed with colon cancer who referred to Omid Hospital in Mashhad during the March, April, and May 2025 (approximately 60 individuals). Purposive sampling was conducted using the snowball technique until Data saturation was achieved; saturation was reached after interviews with 9 participants. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. Each interview lasted between 45 and 90 minutes and focused on the lived spiritual experience since the diagnosis of the disease. Data analysis was performed using the interpretative phenomenological analysis (IPA) method. To enhance the credibility of the findings, strategies including researcher's reflexive journaling, independent coding by two analysts with calculation of inter-coder agreement, and member checking with participants were employed.

Results: Analysis of the participants' lived experiences led to the identification of the "essence of spiritual experience" within four core themes: Individual and Divine Spirituality (experiencing God's presence as an infinite source of power), Individual and Self-Centered Spirituality (encountering a new meaning of life in the shadow of illness), Social Spirituality and Family Support (experiencing spirituality within the context of human relationships), and Existential and Naturalistic Spirituality (a sense of oneness with the universe).

Conclusions: The findings demonstrated that spiritual experience in men with colon cancer is not a static phenomenon but a dynamic process of "re-meaning life" in the face of crisis. By redefining their relationship with the sources of power, these patients transform physical suffering into an opportunity for existential growth. Health policymakers can utilize these helping to reconstruct the patient's semantic world rather than focusing solely on physical treatment.

Keywords: *spiritual needs, colon, cancer, lived experiences, male, amid hospital*

* Corresponding: Zahra Bahadori, zahraranaee67@gmail.com

- Cite this article:

Nikfarjam Haghighi Tehrani, H., Bahadori, Z., Ranaee, Z., & Shirinkam, E. (2026). Exploring the spiritual lived experience of men with colon cancer. *Qualitative Research in Behavioral Sciences*, 4(2), 63-80. <https://doi.org/10.22077/qrebs.2026.10648.1147>



Extended Abstract

Introduction

Colon cancer is the third most common cancer and the second leading cause of cancer-related death in the world (Bray et al., 2024). This disease, due to its chronic nature, the aggressiveness of treatments, physical complications and life-threatening condition, exerts a profound impact on the physical, psychological, social, and especially spiritual dimensions of patients. When the material and physical structure of life is threatened by the disease, the individual takes refuge in deeper layers of existence to preserve inner coherence.

This transition from physical suffering toward identity reconstruction is the point of intersection between medical science and the concept of “spirituality.” Spirituality is recognized as the understanding of meaning and purpose in life, connection with self, others, and a higher power, and in the past decade has been established as an important source of coping and resilience in cancer patients (Fitch & Bartlett, 2019; Rohde et al., 2017). Numerous studies have shown that spiritual well-being is associated with reduced anxiety, depression, and improved quality of life (Salsman et al., 2010; Howard et al., 2023).

Despite the World Health Organization’s emphasis on the importance of the spiritual dimension of health, progress in this domain has encountered numerous obstacles. Integrating this concept into cancer treatment protocols faces multiple challenges, including insufficient training of professionals, time limitations, cultural-religious differences between care providers and patients, and the lack of structured protocols. This challenge manifests more concretely in chronic diseases such as colon cancer; because in these patients, spiritual care is an essential component of the quality of palliative care (Puchalski et al., 2009).

Exploring lived experience is important because it allows the extraction of the personal and cultural essence of spirituality (such as connection with God, search for meaning, and adaptation to bodily changes); this deep understanding is essential for designing effective supportive interventions that are sensitive to culture and gender-oriented, and without it, care may remain ineffective or disproportionate to the patient’s conditions.

On the other hand, in the Iranian research background, the main focus has been on the spiritual experience of women (especially in breast cancer); whereas men with colon cancer, due to specific challenges arising from stoma (change in the elimination system) and its impact on perceptions of masculinity and religious rituals, undergo a different and more complex experience of spirituality. Therefore, the existing research gap is not only in the limited number of studies, but also in the lack of deep exploration of the “meaning of spiritual experience” in this particular group. The present study seeks to examine the spiritual experiences of men with colon cancer as a coping strategy at the time of confronting the disease, in order to fill the existing void and open a path for the transition from purely medical care to human-centered care that is congruent with the religious fabric of Iranian society.

Method

The present study is qualitative and was designed with an interpretative phenomenological approach. Participants included all men with colon cancer referred to Omid Hospital in Mashhad in the first quarter of the year 1404, whose population was estimated at about 60 individuals.

Sampling was purposive and using the snowball method. In this study, data saturation was achieved after interviewing nine participants. The main tool for data collection was in-depth semi-structured interviews conducted in a calm and private environment, and with full observance of research ethics principles. Each interview lasted between 45 and 90 minutes and

was conducted by the principal researcher, who had considerable experience in performing qualitative interviews. The main guiding question in the interviews, based on the research objective and within the methodological framework of interpretative phenomenology (IPA), was formulated.

Data analysis was performed based on the interpretative phenomenology (IPA) method (Smith et al., 2009). The analysis process took place in three stages: first, each interview was read multiple times carefully so that the researcher became familiar with the details of the participant's experience; then, salient meaning units (both explicit and implicit) were identified and labeled with interpretive codes; finally, the codes were gradually organized into sub-themes and central themes, and the "essence of spiritual experience," that is, a deep and integrated structure that connects all individual stories, was extracted and described.

Results

According to the Demographic information of the participants, the majority of individuals were in the age group above 50 years. All were married. Their educational levels were all diploma or above diploma. The spiritual experiences of colon cancer patients, based on data analysis, were categorized into four key themes.

Table 1: Key and sub- themes derived from data analysis

Key theme	Sub-theme	Interpretive code	Meaning unit (participant quote)
Individual and divine spirituality	Heartfelt connection with God	Deep reliance on God in crisis	«For everything I want to do, I seek help from God»
	Acceptance of divine destiny	Gratitude as a coping mechanism	«Thank You, God, a hundred thousand times»
	Submission to divine wisdom	Satisfaction with fate	«I don't complain about God at all»
	Closeness to the transcendent	Intimate personal relationship with God	«I have intimate conversations with God like with a friend»
Individual and self-oriented spirituality	Self-acceptance and inner peace	Reconciliation with self	«I'm at ease with myself; I don't torment myself»
	Spiritual growth through crisis	Identity reappraisal	«The illness made me more sensitive toward myself»
	Creativity as an escape from despair	Inner expression through art	«When I feel distressed, I start painting»
Social spirituality and family support	Meaning-making through emotional bonds	Emotional support	«My family and my wife are my greatest source of encouragement»
	Empathy and transformation of relationships	Increased altruism	«The illness made me better toward everyone»
Existential spirituality and nature-based spirituality	Serenity in encountering creation	Nature as a refuge	«Traveling with family, seeing the sea and the forest lifts my spirits»
	Restoration through presence in nature	Experience of unity with the world	«Being in nature... the sound of water and trees brings peace»
	Existential preparedness for the afterlife	Awareness of death and the hereafter	«I remember the world of the hereafter»

Discussion

The primary objective of this research was to phenomenologically understand the lived spiritual experience of men with colon cancer referred to Omid Hospital in Mashhad. The findings of this qualitative study revealed that patients, in confronting the physical and psychological burden of their illness, actively engage with four sources of spiritual strength (God, self, others, and nature), which were categorized into four main themes: individual and divine spirituality, individual and self-oriented spirituality, social spirituality and family support, and existential spirituality and nature-based spirituality.

Individual and Divine Spirituality The theme of “individual and divine spirituality” was the most frequent theme in this research. Roushan (2024) explains that from a religious perspective, spiritual factors such as prayer, trust (tawakkul), connection with the Almighty, and inner contemplation possess the capability to influence mental, psychological, and even physical health. Religious spirituality is based on the belief that God is the absolute power (Taylor, 2023).

Patients achieve peace and reduce anxiety through prayer and submission to divine power, a finding consistent with domestic research by Tavakol et al. (2024) **Individual and Self-Oriented Spirituality** This source focuses on introspection and self-reliance, where patients, in moments of solitude, share their inner secrets with internal resources. These findings align with Frankl’s theory in logotherapy regarding the search for meaning in suffering and with Hosseini et al. (2023) on inner transformation in patients. Additionally, one of the results from Chio et al. (2008) was that patients, when enduring spiritual suffering, turn to viewing suffering as a life challenge, volunteering to help other cancer patients, and seeking life’s wisdoms.

Social Spirituality and Family Support In this domain, spirituality is represented as existential connection with others. Iranian men, due to traditional gender roles, usually refrain from expressing needs; however, within the context of spirituality, they represent this support as a spiritual right and a rope connecting them to society. Interaction with family and the spiritual community strengthens the sense of belonging, a theme consistent with Cheraghi et al. (2020) on spiritual matters and social support, as well as with Park & Folkman’s (1997) model of coping strategies.

Existential Spirituality and Nature-Based Spirituality At this layer, spirituality is represented as unity with the whole of existence. Fisher (2011) states that complete spiritual health cannot be achieved without harmonious and meaningful connection with nature. This domain includes a sense of wonder, amazement, and awe at the beauty and grandeur of nature this finding aligns with the domestic research by Habibi Asgarabad et al. (2020) on spiritual growth. This theme has a direct connection with nature as a source of spiritual strength.

Conclusion

The findings of this research showed that the spiritual experience in men with colon cancer is not a static phenomenon but a dynamic process of “re-meaning-making of life” in the face of crisis. These patients, by redefining their relationship with sources of strength (God, self, others, and nature), transform physical suffering into an opportunity for existential growth.

Limitations

This qualitative research, conducted with an interpretative phenomenological approach in a specialized center (Omid Hospital in Mashhad) and with a limited sample size (9 individuals), means the findings are directly generalizable only to men with colon cancer referred to this center in Mashhad and may be influenced by the cultural and religious characteristics of this metropolis.

Future Studies

From a clinical application perspective, it is recommended that multidisciplinary teams (including psychologists, spiritual counselors, and cancer specialists) integrate spiritual care into treatment programs. In terms of research suggestions, future studies can open new avenues in this field by addressing identified gaps; exploring the lived experience of spouses as primary spiritual supporters, as well as studying the jurisprudential and ritual challenges of men facing bodily changes, can enrich the literature in this area.

واکاوی تجربه زیسته معنوی مردان مبتلا به سرطان کولون

هاله نیکفرجام حقیقی تهرانی^۱، زهرا بهادری^{۲*}، زهرا رعنائی^۳، اسحاق شیرین کام^۴

^(۱) کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی آرمان رضوی، مشهد

^(۲) استادیار، گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، موسسه آموزش عالی آرمان رضوی، مشهد

^(۳) استادیار، گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران

^(۴) استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان تهران

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹ تجدیدنظر: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۹

چکیده

زمینه: سرطان کولون، به‌عنوان یک بیماری پیچیده، ابعاد جسمی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی بیماران را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماری، سومین سرطان شایع در جهان است. درک تجارب معنوی این بیماران می‌تواند نقش مهمی در بهبود مراقبت‌های چندبعدی و انسانی ایفا کند.

هدف: این پژوهش، با هدف واکاوی تجربه زیسته معنوی در مردان مبتلا به سرطان کولون انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری طراحی شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش، شامل تمامی مردان مبتلا به سرطان کولون مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد در سه‌ماهه اول سال ۱۴۰۴ (حدود ۶۰ نفر) بود. نمونه‌گیری هدفمند با روش گلوله‌برفی تا اشباع داده‌ها ادامه یافت، پس از مصاحبه با ۹ شرکت‌کننده، اشباع حاصل شد؛ داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری شدند. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول کشید و حول محور تجربه زیسته معنوی از زمان تشخیص بیماری تمرکز داشت. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری (IPA) انجام گرفت. برای اعتباربخشی یافته‌ها از یادداشت‌برداری بازتابی پژوهشگر، کدگذاری مستقل توسط دو تحلیل‌گر و محاسبه توافق میان ارزیابان و بازبینی مشارکتی با شرکت‌کنندگان استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان، منجر به شناسایی «جوهر تجربه معنوی» در قالب چهار مضمون محوری گردید: معنویت فردی و الهی (تجربه حضور خداوند به‌عنوان منبع بی‌پایان قدرت)، معنویت فردی و خودمحور (مواجهه با معنای جدید زندگی در سایه بیماری)، معنویت اجتماعی و حمایت خانوادگی (تجربه معنویت در بستر روابط انسانی) و معنویت وجودی و طبیعت‌گرایی (احساس یگانگی با جهان هستی).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد، تجربه معنوی در مردان مبتلا به سرطان کولون، پدیده‌ای ایستا نیست، بلکه فرآیندی پویا از «معنابخشی مجدد به زندگی» در مواجهه با بحران است. این بیماران با تعریف مجدد رابطه خود با منابع قدرت (خدا، خود، دیگران و طبیعت)، رنج جسمانی را به فرصتی برای رشد وجودی تبدیل می‌کنند. سیاست‌گذاران حوزه سلامت می‌توانند با بهره‌گیری از این مضامین به‌جای تمرکز صرف بر درمان جسمی، به بازسازی دنیای معنایی بیمار کمک نمایند.

کلید واژه‌ها: نیازهای معنوی، سرطان، کولون، تجارب زیسته، مرد، بیمارستان امید

* نویسنده مسئول مکاتبه: زهرا بهادری، zahraranace67@gmail.com

– استناد این مقاله:

نیکفرجام حقیقی تهرانی، ه.، بهادری، ز.، رعنائی، ز. و شیرین کام، ا. (۱۴۰۴). واکاوی تجربه زیسته معنوی مردان مبتلا به سرطان کولون. پژوهش‌های کیفی در علوم رفتاری، ۴(۲)، ۶۳-۸۰

<https://doi.org/10.22077/qrebs.2026.10648.1147>



مقدمه

سرطان، یکی از معضلات عمده سلامت جهانی محسوب می‌شود که افزون بر تحمیل بار اقتصادی فزاینده، با شیوع بالایی از مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب همراه است (World Health Organization, 2018). بر اساس آمار سال 2022 میلادی، سرطان کولون (روده بزرگ و راست روده) سومین سرطان شایع در جهان به‌شمار می‌رود و حدود ۹.۶٪ از کل موارد سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد؛ همچنین با سهم ۹.۳٪ دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان است. با توجه به پیش‌بینی افزایش قابل توجه موارد سرطان تا سال 2050، سرمایه‌گذاری در پیشگیری و کنترل عوامل خطر کلیدی از جمله چاقی و عفونت‌ها، می‌تواند از میلیون‌ها مورد جدید سرطان جلوگیری کرده و جان انسان‌های بسیاری را نجات دهد (Bray et al., 2024). از منظر بالینی، سرطان کولون با علائمی نظیر تغییر در عادات روده‌ای، خونریزی، درد شکمی و کاهش وزن همراه است و درمان آن معمولاً شامل ترکیبی از جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی است؛ درمان‌هایی که اغلب با عوارض جسمی و روانی قابل توجهی همراه‌اند (Emami et al., 2005).

مواجهه با چنین بحران فراگیری، بیمار را ناگزیر با پرسش‌های بنیادینی درباره ماهیت زندگی، معنا و رنج روبه‌رو می‌سازد. زمانی که ساختار مادی و جسمانی زندگی بر اثر بیماری تهدید می‌شود، فرد برای حفظ انسجام درونی خود به لایه‌های عمیق‌تر وجودی پناه می‌برد (Pargament, 1997). این گذار از رنج جسمانی به سوی بازسازی هویت، نقطه تلاقی علم پزشکی با مفهوم «معنویت» را شکل می‌دهد. مؤلفه‌هایی همچون امید، خوش‌بینی، معنا و هدفمندی به‌عنوان شالوده‌های معنوی نقش اساسی در مواجهه با بحران‌های وجودی ایفا می‌کنند. در مقابل، نادیده گرفتن این ابعاد می‌تواند با پیامدهایی همچون افسردگی، خودکشی، اضطراب، اختلال روانی، سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی، بزهکاری، بی‌ثباتی زناشویی و کاستی در حمایت اجتماعی همراه باشد (Koenig, 2012).

معنویت به‌طور کلی به‌عنوان جستجوی معنا و هدف در زندگی، ارتباط با امر متعالی و بهره‌گیری از منابع قدرت درونی و بیرونی تعریف می‌شود (Koenig, 2012). باورهای معنوی می‌توانند، تکیه‌گاه روانی قدرتمندی باشند (Hosseinneshad Hallaj & Alivandi, 2025). معتقد نبودن به ارزش‌های الهی، فقدان معنویت و بی‌اعتقادی به باورهای دینی در زندگی، از جمله مؤلفه‌های مرتبط در شکل‌گیری و تشدید احساس تنهایی است (Rashed et al., 2025). Fitch & Bartlett (2019) نشان داده‌اند، تجربه زیسته معنوی و معنای ادراک شده از زندگی، از طریق ارتباط با خود، دیگران و نیروی برتر (خداوند یا هر باور معنوی دیگر) می‌تواند در شرایط بیماری و درمان، احساس امیدواری، تاب‌آوری و کیفیت زندگی را ارتقا دهد. بررسی این ابعاد، درک عمیق‌تری از نیازهای روانی و معنوی بیماران فراهم می‌آورد و زمینه‌ساز ارائه راهکارهای حمایتی مؤثرتر می‌شود.

بهزیستی معنوی (SWB)، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های حیاتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، به‌ویژه در مراحل پیشرفته بیماری، اهمیت ویژه‌ای دارد (Rohde et al., 2017). بهزیستی معنوی، به صورت احساس رضایت از زندگی، هدفمندی وجودی و ارتباط با قدرت متعالی تعریف می‌شود و دو بُعد اصلی را در برمی‌گیرد: بُعد مذهبی (ارتباط با خدا) و بُعد وجودی (معنا و آرامش در زندگی) (Paloutzian & Ellison, 1982). پژوهش‌های کیفی انجام شده بر روی بیماران مبتلا به سرطان کولون متاستاتیک که تحت شیمی‌درمانی تسکینی قرار دارند، نشان می‌دهد این بیماران از راهبردهای متنوعی مانند حفظ روابط مثبت با خود و دیگران، مواجهه فعال با مسائل وجودی و اندیشه‌های مرتبط با پایان زندگی و جستجوی حمایت در باورهای دینی و معنوی، برای تقویت بهزیستی معنوی خود بهره می‌گیرند. درک این راهبردها به متخصصان حوزه سلامت کمک می‌کند تا با ارائه راهنمایی و حمایت مناسب، بیماران را جهت عبور از این مرحله حساس یاری دهند. از این‌رو، توجه به بهزیستی معنوی و ادغام آن در برنامه‌های مراقبتی جامع، می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان باشد (Rohde et al., 2017). افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که معنویت، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کند (Howard et al., 2023).

پژوهش‌های اخیر در چارچوب رویکرد کل‌نگر به سلامت، ارتباط میان سلامت روده بزرگ و بهزیستی اجتماعی و معنوی را بیش از پیش برجسته کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها، حاکی از این است که سلامت روده بزرگ صرفاً حاصل فرآیندهای بیولوژیکی نیست، بلکه به‌طور معنادار تحت تأثیر تجربیات عاطفی و اجتماعی فرد قرار دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی قوی و باورهای معنوی پایدار، با سطوح بالاتری از سلامت روده بزرگ همراه است (Salsman et al., 2010). در این راستا، پژوهش (2018) Babil & Dolatian با بررسی نقش حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران نشان داد، حمایت خانواده به‌طور معناداری با بهزیستی روانی و روند درمان بیماران ارتباط دارد. همچنین Chio et al. (2008) گزارش کردند، بیماران مبتلا به سرطان با تکیه بر منابع درونی نظیر نگرش مثبت به رنج، جستجوی معنا، کمک به دیگران و نیز با بهره‌گیری از حمایت خانواده و گروه‌های همیار، قادرند رنج معنوی خود را مدیریت کرده و فرآیند شفابخش معنوی را تجربه کنند.

یافته‌های Khodapanahi et al. (2010) نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، با امیدواری بیماران سرطانی رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند. در پژوهشی دیگر Esmaeili et al. (2022) دریافتند، استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی، به‌طور معناداری با بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان کولون مرتبط است. مجموع این شواهد حاکی از آن است که مداخلات معنوی می‌تواند به‌عنوان یک عامل حمایتی موثر در مدیریت این بیماری ایفای نقش کند.

در همین زمینه، Mohammadi et al. (2019) با بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی ناشی از سرطان روده نشان دادند، بیمارانی که از راهبردهای معنوی بهره می‌گیرند، سازگاری بهتری با شرایط پس از جراحی داشته و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. Ebrahimipour et al. (2015) نیز سلامت معنوی را، به‌عنوان منبع روان‌شناختی مهمی برای مواجهه با چالش‌های ناشی از سرطان معرفی کردند. علاوه بر این، Tabriz et al. (2021) در یک پژوهش کیفی با بررسی تجربیات بازماندگان سرطان کولون نشان دادند، رشد معنوی و مدیریت روان‌شناختی از عوامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران به‌شمار می‌رود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش گزارش کردند، فعالیت‌های معنوی به آن‌ها در یافتن معنا و هدف در زندگی، پس از تشخیص سرطان کمک کرده است.

با وجود تأکید سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت بعد معنوی سلامت، پیشرفت عملی در این حوزه با موانع متعددی مواجه بوده است. ادغام مراقبت معنوی در پروتکل‌های درمانی سرطان با چالش‌هایی نظیر کمبود آموزش تخصصی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، محدودیت زمان، تفاوت‌های فرهنگی-مذهبی میان بیماران و درمانگران و نبود پروتکل‌های ساختاریافته همراه است. این چالش در مواجهه با بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، نمودی پررنگ‌تری می‌یابد؛ چرا که مراقبت معنوی، یکی از مؤلفه‌های اساسی کیفیت مراقبت تسکینی محسوب می‌شود (Puchalski et al., 2009).

اگرچه پژوهش‌های متعددی، به نقش مداخلات معنوی در بهبود پیامدهای سلامت اشاره کرده‌اند، با این حال، بخش عمده‌ای از این پژوهش‌ها با رویکردی کمی و بدون توجه به «تجارب زیسته» منحصر به فرد بیماران انجام شده‌اند. واکاوی تجربه زیسته از آن جهت اهمیت دارد که امکان استخراج جوهر معنویت فردی و فرهنگی مانند ارتباط با خدا، جستجوی معنا و سازگاری با تغییرات بدنی را فراهم می‌کند. این درک عمیق، برای طراحی مداخلات حمایتی حساس به فرهنگ و جنسیت ضرورتی انکارناپذیر است؛ در غیر این صورت، مراقبت‌های ارائه شده ممکن است ناکارآمد یا نامتناسب با شرایط واقعی بیماران باشد.

در پیشینه پژوهشی ایران نیز، تمرکز غالباً بر تجربه معنوی زنان به‌ویژه در سرطان پستان بوده است؛ در حالی که مردان مبتلا به سرطان کولون به‌دلیل مواجهه با چالش‌های خاصی نظیر استومی (تغییر در سیستم دفعی بدن) و تأثیر آن بر انگاره‌های مردانگی و انجام آیین‌های مذهبی، تجربه‌ای متفاوت و پیچیده از معنویت دارند. این تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی-مذهبی، نشان‌دهنده وجود شکاف پژوهشی معنادار در این حوزه است و ضرورت بررسی عمیق «معنای تجربه معنوی» در این گروه را برجسته می‌سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر به بررسی تجارب معنوی مردان مبتلا به سرطان کولون، به‌عنوان راهبردی برای مقابله با بیماری می‌پردازد تا با پر کردن این خلأ پژوهشی، زمینه‌ای برای گذار از مراقبت‌های صرفاً پزشکی به سمت مراقبت‌های انسان‌محور، جامع و متناسب با بافت مذهبی-فرهنگی ایران فراهم آورد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری طراحی شده است. مشارکت‌کنندگان تمامی مردان مبتلا به سرطان کولون مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد در سه ماهه نخست سال ۱۴۰۴ بودند و جمعیت آن حدود ۶۰ نفر برآورد می‌شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با استفاده از روش گلوله‌برفی انجام شد و فرآیند گردآوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ به‌گونه‌ای که پس از انجام مصاحبه با ۹ شرکت‌کننده، اشباع داده‌ها حاصل شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: مرد بودن، تشخیص قطعی سرطان کولون توسط پزشک معالج، سن بالای ۱۸ سال، گذشت حداقل سه ماه از زمان تشخیص بیماری (جهت امکان تجربه و سازگاری اولیه با بیماری)، برخورداری از توانایی شناختی و کلامی برای شرکت در مصاحبه‌های عمیق، تمایل به مشارکت و امضای رضایت‌نامه بود. معیارهای خروج نیز عبارتند بودند از: ابتلاء هم‌زمان به سایر سرطان‌ها یا بیماری‌های مزمن شدید، وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی)، ناتوانی در ارتباط کلامی مؤثر به دلیل مشکلات گفتاری، شنوایی یا زبانی، انصراف داوطلبانه در هر مرحله از پژوهش و شرکت در مداخلات معنوی یا روان‌شناختی ساختاریافته در طول دوره پژوهش (به‌منظور کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده).

گردآوری داده‌ها، از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و خصوصی، ترجیحاً در بخش‌های مختلف بیمارستان یا مکانی مناسبی در داخل آن و با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش (از جمله اخذ رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی

و تضمین حق انصراف در هر مرحله) صورت گرفت. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود و تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی، که دارای سابقه قابل ملاحظه‌ای در انجام مصاحبه‌های کیفی بود، انجام شد.

سؤال اصلی راهنمای مصاحبه‌ها، متناسب با هدف پژوهش و در چارچوب روش‌شناختی پدیدارشناسی تفسیری (IPA) بدین صورت تنظیم شد: «لطفاً تجربه زیسته معنوی خود را از زمان تشخیص سرطان کولون تاکنون شرح دهید». در ادامه، سؤالات پیگیرانه‌ای نظیر «منظورتان از این عبارت چیست؟»، «این تجربه برای شما چه معنایی دارد؟» یا «چگونه این احساس یا باور به شما در این شرایط کمک کرده است؟» به صورت انعطاف‌پذیر و واکاوی‌گرایانه مطرح شد تا ضمن غنی‌سازی داده‌ها، امکان دستیابی به عمق و جوهر تجربه‌های فردی مشارکت‌کنندگان فراهم شود. همچنین، مشاهده غیرمشارکتی و یادداشت‌برداری میدانی به‌عنوان ابزارهای مکمل در جریان مصاحبه‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها، بر اساس روش پدیدارشناسی تفسیری (IPA) مطابق با چارچوب پیشنهادی (Smith et al. 2009) انجام شد. در این رویکرد هدف اصلی، دستیابی به درکی تفسیری و عمیق از تجربه زیسته معنوی مشارکت‌کنندگان و استخراج جوهر تجربه است، نه صرفاً ساخت مدل نظری یا طبقه‌بندی مکانیکی داده‌ها. فرآیند تحلیل، در سه مرحله انجام گرفت: در مرحله نخست، متن هر مصاحبه چندین بار با دقت خوانده شد تا پژوهشگر با جزئیات تجربه مشارکت‌کننده آشنا شود و به‌طور کامل در دنیای تجربی او غوطه‌ور شود. در مرحله دوم، واحدهای معنایی برجسته (هم صریح و هم ضمنی) شناسایی و با کدهای تفسیری برچسب‌گذاری شدند؛ که این مرحله، هسته اصلی تفسیر فردی و اولیه را تشکیل می‌داد. در مرحله نهایی، کدها به صورت تدریجی در قالب مضامین فرعی و محوری سازمان‌دهی شدند و در نهایت «جوهر تجربه معنوی»، به‌عنوان ساختاری عمیق و یکپارچه که روایت‌های فردی را به یکدیگر پیوند می‌دهد استخراج و توصیف شد.

به‌منظور کاهش سوگیری پژوهشگر و افزایش پایایی و اعتبار یافته‌ها، از سه استراتژی اساسی استفاده شد: (۱) نگارش مستمر یادداشت‌های بازتابی به‌منظور شناسایی و شفاف‌سازی پیش‌فرض‌ها و موقعیت‌گیری‌های پژوهشگر؛ (۲) کدگذاری مستقل داده‌ها توسط دو عضو تیم پژوهشی و بررسی میزان توافق میان ارزیابان؛ (۳) بازبینی مشارکتی، از طریق ارسال خلاصه‌های تحلیلی برای برخی از مشارکت‌کنندگان به‌منظور تأیید صحت و دقت تفسیرها.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها

مرحله بیماری	محل سکونت	وضعیت اقتصادی	مدت بیماری	وضعیت تأهل	شغل	تحصیلات	سن	شرکت‌کننده
IV	مشهد	متوسط	۳۰ سال	متاهل	بازنشسته	دیپلم	۶۰	مراجع ۱
III	مشهد	متوسط	۴ سال	متاهل	شاغل	لیسانس	۵۰	مراجع ۲
II	مشهد	متوسط	۹ سال	متاهل	بازنشسته	دیپلم	۵۵	مراجع ۳
III	حومه مشهد	متوسط	۵ سال	متاهل	شاغل	فوق‌دیپلم	۶۵	مراجع ۴
II	مشهد	متوسط	۳ سال	متاهل	شاغل	لیسانس	۴۵	مراجع ۵
IV	مشهد	متوسط	۱۰ سال	متاهل	بازنشسته	دیپلم	۷۰	مراجع ۶
III	حومه مشهد	متوسط	۲ سال	متاهل	شاغل	لیسانس	۵۲	مراجع ۷
IV	مشهد	متوسط	۷ سال	متاهل	بازنشسته	فوق‌دیپلم	۶۸	مراجع ۸
II	مشهد	متوسط	۶ سال	متاهل	شاغل	دیپلم	۴۸	مراجع ۹

همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، بیشتر مشارکت‌کنندگان در گروه سنی بالای ۵۰ سال، با تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم، شاغل و متاهل هستند.

در جدول ۲، خلاصه‌ای از واحدهای معنایی، کدهای تفسیری، تم‌های فرعی و تم‌های کلیدی ارائه شده است.

جدول ۲: تم‌های کلیدی و فرعی حاصل از تحلیل داده‌ها

تم کلیدی	تم فرعی	کد تفسیری	واحد معنا (نقل قول شرکت‌کننده)
معنویت فردی و الهی	ارتباط قلبی با خدا	توکل عمیق در بحران	«هر کار می‌خواهم بکنم از خدا کمک می‌گیرم»
	پذیرش تقدیر الهی	شکرگزاری به‌عنوان سازوکار مقابله‌ای	«خدایا صد هزار مرتبه شکر»
	تسلیم در برابر حکمت الهی	رضایت از سرنوشت	«من اصلاً از خدا گله ندارم»
معنویت فردی و خودمحور	نزدیکی با امر متعالی	رابطه صمیمی شخصی با خدا	«با خدا راز و نیاز می‌کنم مثل یک دوست»
	خودپذیری و صلح درونی	آشتی با خود	«با خودم راحت هستم، اذیت نمی‌کنم»
	رشد معنوی از طریق بحران	بازنگری هویتی	«بیماری باعث شد بیشتر نسبت به خودم حساس باشم»
معنویت اجتماعی و حمایت خانوادگی	خلافت به‌عنوان راه‌گرایز از ناامیدی	بیان درونی از طریق هنر	«وقتی اذیت می‌شم شروع می‌کنم نقاشی کردن»
	معنابخشی از طریق پیوندهای عاطفی	حمایت عاطفی	«خانواده و همسرم بزرگ‌ترین دلگرمی من هستند»
	همدلی و تحول روابط	افزایش نوع دوستی	«مریضی باعث شد با همه بهتر باشم»
معنویت وجودی و طبیعت‌گرایی	آرامش در مواجهه با خلقت	طبیعت به‌عنوان پناهگاه	«مسافرت با خانواده، دیدن دریا و جنگل روحیه‌ام را خوب می‌کند»
	بازیابی از طریق حضور در طبیعت	تجربه وحدت با جهان	«با طبیعت بودن... صدای آب و درختان، آرامش می‌دهد»
	آمادگی وجودی برای پس از مرگ	توجه به مرگ و معاد	«به یاد جهان آخرت هستم»

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تجربه‌های معنوی بیماران مبتلا به سرطان کولون بر اساس تحلیل داده‌ها در چهار تم کلیدی طبقه‌بندی می‌شوند که در ادامه به تفصیل بیان شده است. این تم‌ها نشان‌دهنده شیوه‌های متفاوتی هستند که بیماران از طریق آن‌ها به منابع قدرت معنوی دست یافته و از آن‌ها برای مقابله با چالش‌های بیماری بهره گرفته‌اند.

معنویت فردی و الهی

نتایج نشان داد که یکی از برجسته‌ترین و گسترده‌ترین درون‌مایه‌های تجربه شده بیماران، معنویت فردی و الهی بوده است. معنویت کیفیتی روانی است که فراتر از باورهای مذهبی قرار می‌گیرد و در انسان انگیزه ایجاد کرده و احساساتی همچون درک عظمت الهی و احترام به آفرینش را برمی‌انگیزد. فرد معنوی در زندگی، هدف داشته و معنای زندگی را درک کرده است. حتی در مواردی که فرد اعتقاد صریحی به وجود خداوند ندارد، بعد معنوی انسان او را به اندیشیدن درباره خلقت و جهان لایتنهای سوق می‌دهد. این بعد زمانی برجسته می‌شود که انسان در معرض فشارهای عاطفی، بیماری‌های شدید و یا مواجهه با مرگ قرار گیرد.

ارتباط قلبی با خدا: بخش مهمی از تجربه معنوی مشارکت‌کنندگان، شکل‌گیری یا تقویت رابطه عاطفی و قلبی با خداوند بود. مردان شرکت‌کننده، خداوند را به‌عنوان منبع اصلی توانمندسازی، آرامش و معنا در بحران بیماری تجربه می‌کردند. این ارتباط نه تنها در قالب یک اعتقاد ذهنی، بلکه به صورت پیوندی عمیق و درونی تجربه می‌شد؛ به گونه‌ای که یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: مشارکت‌کننده ۴: «اول خدا، آخر خدا، فقط خدا»؛ این عبارت نشان می‌دهد که بیمار در شرایط تهدیدکننده، ساختار معنایی زندگی خود را حول محور خداوند بازتعریف کرده و خدا را نقطه اتکای اصلی برای تحمل بحران می‌داند.

پذیرش تقدیر الهی: بیماران شرکت‌کننده، شکرگزاری از خداوند را به‌عنوان یک سازوکار مقابله‌ای تجربه کرده بودند. آنان با وجود رنج بیماری، تلاش می‌کردند با پذیرش تقدیر الهی و تمرکز بر جنبه‌های مثبت زندگی، احساس کنترل روانی خود را حفظ کنند. در همین زمینه شرکت‌کننده ۱ بیان کرد: «خدایا صد هزار مرتبه شکر»؛ این نوع بیان نشان می‌دهد که شکرگزاری صرفاً یک رفتار مذهبی نیست، بلکه راهکاری برای تنظیم هیجانات، کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری محسوب می‌شود.

تسلیم در برابر حکمت الهی: تجربه معنوی مشارکت‌کنندگان نشان داد که آن‌ها از سرنوشتی که خداوند برایشان رقم زده راضی هستند و در برابر حکمت الهی تسلیم هستند. در این سطح، بیماران، بیماری را نه صرفاً به‌عنوان یک رویداد ناخواسته، بلکه بخشی از مسیر زندگی تلقی می‌کنند و از نگرش شکایت‌آمیز فاصله می‌گرفتند. شرکت‌کننده شماره ۲ اظهار داشت: «من اصلاً از خدا گله ندارم». این روایت می‌تواند نشان‌دهنده نوعی پذیرش فعال باشد؛ به این معنا که فرد به جای مقاومت روانی و درگیری ذهنی با چرایی بیماری، با تفسیر معنوی از وضعیت، آرامش بیشتری را تجربه می‌کند.

نزدیکی با امر متعالی: برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که ساختار وجودی خود را حول محور خداوند بازسازی کرده‌اند. شرکت‌کننده ۱ اظهار داشت: «هر کار می‌خواهم بکنم از خدا کمک می‌گیرم»؛ در این چارچوب شکرگزاری، دعا، نماز و زیارت اماکن مقدس، نه به‌عنوان

وظایف شرعی صرف، بلکه به عنوان سازوکارهایی برای حفظ آرامش روانی و هویت معنوی به کار گرفته می‌شدند. برخی بیماران نیز با توجه به مفاهیمی همچون «آخرت» و «حساب روز قیامت»، بیماری را فرصتی برای بازنگری اخلاقی، توبه و پالایش نفس تلقی می‌کردند.

معنویت فردی و خودمحور

یکی از مهم‌ترین منابع درونی برای رشد تاب‌آوری، معنویت فردی است. در این سطح، معنویت الزاماً در ارتباط مستقیم با خداوند تعریف نمی‌شود، بلکه در قالب گفت‌وگوی درونی، معناجویی، خودبازنگری و رشد روانی تجربه می‌شود. فردی که معنای زندگی را درک کرده و با ارزش‌های معنوی خود ارتباط دارد، بحران را پایان مسیر نمی‌داند؛ بلکه آن را فرصتی برای یادگیری، تحول و نزدیک‌تر شدن به حقیقت درونی خویش تلقی می‌کند. این تم، بازتابی از گفت‌وگوی درونی، پرسش از خوشن و جست‌وجوی معنا در درون فرد بود.

خودپذیری و صلح درونی: این زیرتم، نشان‌دهنده فرآیند گفت‌وگوی درونی و جست‌وجوی معنا در خود بود. بیماران در فرآیندی از پرسشگری درونی قرار گرفتند و تلاش کردند برای وضعیت خود معنایی بیابند. بیماران با پرسش‌هایی مانند شرکت‌کننده ۸: «من چه کردم که گرفتار شدم؟»؛ شرکت‌کننده ۷: «با خودم راحت هستم، اذیت نمی‌کنم»؛ وارد فرآیند خود بازنگری شدند. این اظهارات نشان می‌دهد که برخی افراد پس از مرحله پرسشگری و بازنگری، به نوعی پذیرش روانی و صلح درونی دست یافته‌اند؛ به گونه‌ای که خودسرزنی کاهش یافته و فرد به آرامش ذهنی بیشتری رسیده است.

رشد معنوی از طریق بحران: برخی مشارکت‌کنندگان تجربه بیماری را عاملی برای بازسازی هویت و افزایش حساسیت نسبت به خود و زندگی می‌دانستند. مشارکت‌کننده ۵: «بیماری باعث شد بیشتر نسبت به خودم حساس باشم». این نقل‌قول ساده اما عمیق، بیانگر جوهر یک فرآیند تحول‌آفرین است. از دیدگاه مشارکت‌کننده، بیماری نه تنها یک تهدید جسمانی، بلکه یک لحظه بازنگری وجودی بوده است؛ لحظه‌ای که او را وادار کرده تا به جای فرار از خود یا انکار تغییرات، با دقت بیشتری به نیازها، ارزش‌ها و اولویت‌های درونی خود توجه کند. پژوهشگر این «حساسیت بیشتر نسبت به خود» را می‌تواند نشانه‌ای از رشد پس از سانحه و تقویت معنویت درونی تفسیر کند.

خلاقیت به عنوان راه‌گرای ناامیدی: تجربه بیماران نشان داد، برخی از آنان با بهره‌گیری از راهبردهای خودمراقبتی مانند نقاشی، پیاده‌روی، یا تمرکز بر فعالیت‌های مثبت، معنای تازه‌ای برای زندگی پس از بیماری خلق می‌کردند. این فعالیت‌ها به آن‌ها کمک می‌کرد تجربه بیماری را مدیریت کرده و چشم‌انداز جدیدی برای ادامه زندگی شکل دهند. شرکت‌کننده ۲ اظهار داشت: «وقتی اذیت می‌شدم شروع می‌کنم نقاشی کردن». این نقل‌قول، به طور مستقیم به مکانیسم خلاقیت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اشاره دارد. مشارکت‌کننده در لحظاتی که رنج جسمی و روانی غالب می‌شود، به جای تسلیم شدن در برابر ناامیدی، به فعالیتی خلاقانه روی می‌آورد که کنترل آن در اختیار خود اوست. در اینجا نقاشی، نه صرفاً یک سرگرمی، بلکه ابزاری برای بیان درونی و بازسازی معنا محسوب می‌شود؛ فعالیتی که امکان می‌دهد احساسات دشوار مانند ترس، خشم یا اندوه به شکلی غیرکلامی ابراز شده و به جای اثر تخریب‌کننده، کارکردی سازنده پیدا کند.

معنویت اجتماعی و حمایت خانوادگی

یافته‌ها نشان داد، معنویت برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان، در بستر روابط انسانی و حمایت اجتماعی معنا پیدا می‌کند. خانواده، به عنوان منبعی مهم از محبت، همدلی و دلگرمی، نقش مؤثری در تقویت امید و حفظ انگیزه بیماران ایفا می‌کند. در این سطح، معنویت با مفاهیمی همچون مودت، رحمت، احترام متقابل و همراهی پیوند خورده بود. این تعاملات، نه تنها حمایت عاطفی فراهم می‌کرد، بلکه به مشارکت‌کنندگان کمک می‌کرد رنج جسمانی خود را در چارچوب یک شبکه معنادار انسانی بازتعریف کرده و احساس انزوا را کاهش دهند.

معنابخشی از طریق پیوندهای عاطفی: حمایت اجتماعی، به ویژه از سوی همسر، فرزندان و خانواده گسترده، نقشی کلیدی در حفظ معنویت و امید مشارکت‌کنندگان داشت. علاوه بر این، تعامل با پزشکان و کادر درمان نیز به عنوان «همراهان معنوی» در مسیر درمان گزارش شد. مشارکت‌کننده ۴ بیان کرد: «خانواده و همسرم بزرگ‌ترین دلگرمی من هستند». این نقل‌قول نشان می‌دهد که پیوندهای عاطفی خانوادگی برای این فرد، نه تنها منبع دلگرمی روزمره، بلکه پایه‌ای برای بازسازی معنای زندگی در مواجهه با بیماری بوده است. از دیدگاه پژوهشگر، حمایت خانوادگی، فراتر از کمک عملی، به عنوان منبعی معنوی عمل می‌کند که بیمار را قادر می‌سازد، بیماری را بخشی از یک تجربه مشترک خانوادگی تلقی کرده و از این طریق، حس انسجام وجودی خود را حفظ کند.

همدلی و تحول روابط: بیماری در برخی مشارکت‌کنندگان، موجب افزایش همدلی، نوع دوستی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی شده بود. برخی بیان کردند که پس از بیماری، نگرش آن‌ها نسبت به دیگران تغییر کرده و تمایل بیشتری به حمایت عاطفی از اطرافیان پیدا کرده‌اند. مشارکت‌کننده ۶ بیان کرد: «دلاری دادن به دیگران»؛ مشارکت‌کننده ۳ اظهار داشت: «به همه دلاری میدم» و یا مشارکت‌کننده ۷ بیان کرد: «مریضی باعث شد با همه بهتر باشم». این نقل‌قول‌ها بیانگر تحول درونی است که بیماری را از یک تجربه صرفاً فردی، به فرصتی برای

بازسازی اخلاقی و اجتماعی تبدیل کرده است. تفسیر پژوهشگر نشان می‌دهد این افزایش همدلی، ریشه در تجربه مشترک رنج دارد؛ به گونه‌ای که مشارکت‌کنندگان با درک عمیق‌تر درد خود، توانسته‌اند رنج دیگران را نیز بهتر درک کنند و از این طریق معنویت خود را از سطح فردی به سطح اجتماعی گسترش دهند. این فرآیند، افزون بر افزایش تاب‌آوری فردی، حس تعلق به جامعه انسانی را تقویت کرده و رنج را با رشد اخلاقی پیوند می‌دهد.

معنویت وجودی و طبیعت‌گرایی

برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان، طبیعت فضایی برای فاصله گرفتن از درد جسمانی و اضطراب وجودی بود. حضور در طبیعت، احساس آرامش و پیوند با هستی را در آن‌ها تقویت کرده و منجر به شکل‌گیری نوعی معنویت وجودی در مشارکت‌کنندگان شده است. به بیان دیگر قدم‌زدن در جنگل، گوش دادن به صدای آب، یا فعالیت در باغ، افزون بر ایجاد آرامش روانی، احساس پیوند با خلقت الهی را تقویت کرده و به بیماران کمک کرد جایگاه خود را در جهان گسترده‌تر درک کنند.

آرامش در مواجهه با خلقت: بسیاری از شرکت‌کنندگان طبیعت را به‌عنوان مکانی برای حفظ آرامش خویش، بازیابی روحیه و کاهش فشار روانی مطرح کردند. مشارکت‌کننده ۸ بیان کرد: «مسافرت با خانواده، دیدن دریا و جنگل روحیه‌ام را خوب می‌کند». این نقل‌قول نشان می‌دهد که طبیعت، به‌ویژه در همراهی با خانواده، به‌عنوان پناهگاهی وجودی عمل می‌کند. از منظر تفسیری پژوهشگر، این تجربه فراتر از لذت حسی است؛ به گونه‌ای که بیمار در مواجهه با عظمت طبیعت، احساس کوچکی خود در برابر بیماری را تعدیل کرده و از طریق حس شگفتی و اتصال به امری بزرگ‌تر یعنی خلقت، به آرامش دست می‌یابد.

بازیابی از طریق حضور در طبیعت: برخی بیماران حضور در طبیعت را تجربه‌ای از اتصال با جهان و دستیابی به آرامش عمیق توصیف کردند. مشارکت‌کننده ۵ اظهار داشت: «با طبیعت بودن... صدای آب و درختان، آرامش می‌دهد». این بیان، جوهر یک تجربه وحدت‌گرایانه را نشان می‌دهد که در آن، مرزهای فردی کمرنگ شده و فرد نوعی یگانگی با جهان را تجربه می‌کند. پژوهشگر، این آرامش را حاصل فرآیند بازسازی وجودی می‌داند؛ به گونه‌ای که صداها، طبیعتی به‌عنوان یادآور حضور الهی عمل کرده و بیمار را از چرخه نگرانی‌های جسمانی خارج می‌کند و امکان تجربه لحظه‌ای از بودن ناب را برای او فراهم می‌سازد.

آمادگی وجودی برای پس از مرگ: در برخی روایت‌ها، گرایش به طبیعت با تأملات وجودی درباره مرگ و زندگی پس از مرگ همراه بود. این تجربه، درک عمیق‌تری از وحدت هستی ایجاد کرده و به بیماران کمک می‌کند اضطراب مرگ را بهتر مدیریت کنند و احساس تعلق به جهانی گسترده‌تر را تجربه نمایند؛ موضوعی که در چارچوب معنویت وجودی قابل تفسیر است. مشارکت‌کننده ۹ گفت: «به یاد جهان آخرت هستم». این نقل‌قول ساده اما عمیق، نشان‌دهنده گذار از تمرکز بر رنج فعلی با تأمل در معنای نهایی زندگی است. تفسیر پژوهشگر نشان می‌دهد که طبیعت، به‌عنوان نمادی از چرخه حیات و مرگ، بیمار را به سوی پذیرش مرگ و آمادگی برای حیات پس از آن هدایت می‌کند؛ این فرآیند، می‌تواند اضطراب را به آرامش وجودی تبدیل کرده و رنج را در چارچوب معنایی متعالی قرار دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، تجربه معنوی مردان مبتلا به سرطان کولون، فراتر از آیین‌های مذهبی صرف است و چهار سطح درهم‌تنیده شامل روابط الهی، درونی، اجتماعی و وجودی را در برمی‌گیرد. این تم‌ها نشان می‌دهند که بیماری، برای بسیاری از بیماران، فرصتی برای بازسازی معنای زندگی و رشد درونی فراهم کرده است.

بحث

هدف اصلی این پژوهش، درک پدیدارشناسانه تجربه زیسته معنوی مردان مبتلا به سرطان کولون مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد بود. یافته‌های این پژوهش کیفی نشان داد، بیماران در مواجهه با بار جسمی و روانی بیماری خود، به‌طور فعال با چهار منبع قدرت معنوی (خدا، خود، دیگران و طبیعت) تعامل می‌کنند که در قالب چهار مضمون اصلی دسته‌بندی شدند: معنویت فردی و الهی، معنویت فردی و خودشناسی، معنویت اجتماعی و حمایت خانوادگی و معنویت وجودی و طبیعت‌گرایی. این مضامین به‌وضوح نشان می‌دهند که معنویت در این بیماران، صرفاً یک باور مذهبی منفعل نیست، بلکه به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای و فعال در قالب یک نظام معنایی و پویا تجلی می‌یابد. بیماران در این پژوهش، معنویت را به‌عنوان بازوی اصلی قدرت در برابر زوال جسمانی بازنمایی می‌کنند.

معنویت فردی و الهی، پربسامدترین مضمون در این پژوهش بود که این موضوع، تأییدی دوباره بر نقش محوری باورهای دینی در فرهنگ ایرانی-اسلامی است. در این مضمون، معنویت به‌عنوان رابطه با قدرت مطلق بازنمایی می‌شود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، خدا نه ناظری دور، بلکه منبع اصلی عاملیت در نظام هستی است. (Roushan (2024 تبیین می‌کند، از دیدگاه دینی، عوامل معنوی همچون دعا،

توکل، ارتباط با حق تعالی و مراقبه باطنی، قابلیت تأثیرگذاری بر سلامت روح، روان و حتی جسم را دارند. زیرا کل نظام هستی، به عنوان موجودی زنده و بالاراده، از این علل روحانی تأثیر می پذیرد و در برخورد با انسان ها واکنش نشان می دهد. معنویت دینی، بر این اعتقاد استوار است که خداوند قدرت مطلق است و انسان با شناخت این قدرت و سپردن امور به او، در عین تلاش شخصی، همواره نقطه اتکای خود را فراتر از خویش قرار می دهد (Taylor, 2023).

معنویت به انسان مؤمن نگرش توحیدی می بخشد؛ نگرشی که می تواند به اهداف کوچک تر معنا بخشد. او با عمل به دستورات الهی، هماهنگی بیشتری با خداوند پیدا می کند. در این چارچوب، انسان مؤمن خدا را قادر و آگاه می یابد و به سبب اعتقاد به قدرت و حکمت الهی، رخدادهای را به خداوند نسبت می دهد؛ بدین معنی که در پس نظام اسباب و علل، علت حقیقی را مشاهده می کند. چنین نگرشی، فرد را از سرگردانی رها ساخته و موجب انسجام شخصیتی او می شود. آرامش درونی و اطمینان قلبی نیز، از پیامدهای تجربه معنویت در این بیماران است (Ghaderi & Mohammadi, 2023).

بیماران از طریق دعا و تسلیم در برابر قدرت الهی، به آرامش دست یافته و اضطراب را کاهش می دهند. این یافته، با نتایج پژوهش Tavakol et al. (2024) که بر نقش نیازهای معنوی در تغییر باورها تأکید کرده اند، همسو است. همچنین مطابق با نتایج پژوهش های پیشین در کشورهای اسلامی، به ویژه ایران، رابطه با خداوند به عنوان قوی ترین منبع قدرت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان شناخته شده است. پژوهش های متعدد روی بیماران مبتلا به سرطان در ایران نشان داده اند که توکل و معنویت مهم ترین راهبردهای مقابله ای معنوی محسوب می شوند (Davari et al., 2022; Firouzbakht et al., 2020). این مضمون، ارتباط مستقیمی با منبع قدرت معنوی خدا دارد.

معنویت فردی و خودشناسی، بر درون نگری و اتکا به خود تمرکز دارد. بیماران در لحظات تنهایی، راز دل خود را با منابع درونی خویش در میان می گذارند، مفاهیمی همچون پذیرش خود، بخشش خویش، یافتن معنا در رنج و رشد پس از تشخیص سرطان، در این مضمون برجسته شدند. در واقع، بیمارانی که پیش از این هویت خود را بر اساس توانمندی جسمی تعریف می کردند، اکنون در خلوت خویش به بازخوانی معنای رنج می پردازند به گونه ای که سرطان برای آنان از یک تهدید، به فرصتی برای پالایش درونی تبدیل شده است.

این یافته ها، با نظریه معنادرمانی فرانکل، مبتنی بر جستجوی معنا در رنج و نیز نتایج پژوهش Hosseini et al. (2023) درباره تحول درونی بیماران همسو است. همچنین Chio et al. (2008) نشان دادند، بیماران هنگام تجربه رنج معنوی، رنج را به عنوان چالشی در مسیر زندگی تلقی کرده، به کمک داوطلبانه به سایر بیماران مبتلا به سرطان روی می آورند و در پی کشف حکمت های زندگی برمی آیند. این مضمون نیز ارتباط مستقیمی با منبع قدرت معنوی خود دارد.

معنویت اجتماعی و حمایت خانوادگی، به صورت پیوندی وجودی با دیگران بازنمایی می شود. خانواده برای این بیماران، تنها منبع مراقبت فیزیکی نیست، بلکه تجلی عینی رحمت الهی تلقی می شود. مردان ایرانی، به دلیل نقش های جنسیتی سنتی، معمولاً از ابراز نیازهای خود پرهیز می کنند، اما در بستر معنویت، این حمایت را به عنوان حقی معنوی و ریسمانی برای اتصال به جامعه معنا می بخشند. تعامل با خانواده و جامعه معنوی، احساس تعلق را تقویت می کند. این مضمون، با یافته های پژوهش Cheraghi et al. (2020) در حوزه معنویت و حمایت اجتماعی و نیز با مدل Park & Folkman (1997) در زمینه راهبردهای مقابله ای همخوانی دارد. Chio et al. (2008) نشان دادند، بیماران در مواجهه با رنج معنوی، به گروه های حمایتی همسالان و حمایت خانواده روی می آورند. این مضمون با منبع قدرت معنوی دیگران ارتباط مستقیم دارد.

معنویت وجودی و طبیعت گرایی، به عنوان نوعی وحدت با کل هستی بازنمایی می شود. بهره گیری از طبیعت برای کسب آرامش، به ویژه در شرایط محدودیت های درمانی، بیماران را به پذیرش بیماری و امیدواری سوق می دهد. گرایش بیماران به حضور در طبیعت، مانند کوهنوردی پس از تشخیص بیماری، تماشای طلوع و غروب خورشید و لمس خاک و درختان، بیانگر نوعی معنویت است که می تواند ناشی از افزایش آگاهی عمومی نسبت به ذهن آگاهی و طبیعت درمانی باشد و نشان دهنده تحول مفهوم معنویت در جامعه ایرانی است.

بر اساس تفسیر پژوهشگر، طبیعت برای بیمار مبتلا به سرطان، نمادی از چرخه حیات و بازگشت پذیری است که امید به بقا را در او زنده نگاه می دارد. Fisher (2011) بیان می کند که سلامت معنوی کامل، بدون برقراری ارتباطی هماهنگ و معنادار با طبیعت حاصل نمی شود. این حوزه شامل حس شگفتی، حیرت و تعجب از زیبایی و عظمت طبیعت مانند تماشای غروب خورشید، کوه، جنگل، دریا، آسمان پر ستاره است. این یافته، با نتایج پژوهش Habibi Asgarabad et al. (2020) در زمینه رشد معنوی همسو است. این مضمون با منبع قدرت معنوی طبیعت ارتباط مستقیم دارد.

واکاوی تجربه مشارکت کنندگان نشان داد که تعامل پویا و پیچیده میان منابع قدرت معنوی (خدا، خود، دیگران و طبیعت)، بستری برای «بازتعریف رنج» و «سازگاری وجودی» با بیماری فراهم کرده است. در واقع، معنویت برای این بیماران نه یک متغیر مداخله گر، بلکه شالوده ای

اساسی بود که از طریق آن توانستند معنایی نو برای زندگی پس از تشخیص سرطان خلق کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش (2018) Babil & Dolatian همسو است، آن‌ها نشان دادند که معنویت در بیماران مبتلا به سرطان، امید را تقویت کرده و رضایت کلی از کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد؛ این نتیجه در پژوهش حاضر نیز تأیید شد، به گونه‌ای که مشارکت‌کنندگان از طریق معنویت فردی و الهی (مانند توکل و شکرگزاری) و معنویت اجتماعی (حمایت خانوادگی)، امید و رضایت وجودی خود را در مواجهه با رنج جسمانی بازسازی کردند. همچنین Fitch & Bartlett (2019) گزارش کردند که معنویت، در بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نیاز به مراقبت معنوی حرفه‌ای می‌تواند اضطراب را کاهش دهد؛ یافته‌های این پژوهش با مضامین کلیدی «ارتباط قلبی با خدا» و «نزدیکی با امر متعالی» هم‌راستا است، زیرا بیماران از طریق راز و نیاز شخصی و تسلیم در برابر حکمت الهی، آرامش درونی یافته و اضطراب ناشی از بیماری را مدیریت می‌کردند. به طور مشابه، نتایج پژوهش (2017) Rohde et al. نشان داد که بیماران به آرامش درونی، معنا و روابط انسانی نیاز دارند و معنویت در مرحله مراقبت تسکینی، نقشی کلیدی ایفا می‌کند. این نتایج در پژوهش حاضر نیز منعکس شد، به گونه‌ای که معنویت به عنوان منبعی پویا برای مقابله (از طریق خدا، خود، دیگران و طبیعت) عمل کرده و بیماران را قادر ساخته است تا رنج را به فرصتی برای رشد وجودی و بازآفرینی معنا در زندگی تبدیل کنند.

آنچه این پژوهش را از سایر پژوهش‌ها متمایز می‌سازد، تمرکز بر واکاوی تجارب زیسته معنوی مردان ایرانی مبتلا به سرطان کولون است؛ این درحالی است که اغلب پژوهش‌های داخلی، بیشتر بر زنان و به ویژه، سرطان پستان تمرکز داشتند (Habibi Asgarabad et al., 2020; Tavakol et al., 2024). همچنین برخی پژوهش‌های خارجی (Bulkley et al., 2013; Salsman et al., 2010) عمدتاً بر دوسوگرایی معنوی (ترکیب احساسات مثبت و چالش‌های درونی) در بیماران مبتلا به سرطان کولون تأکید کرده‌اند. پژوهش حاضر، با تمرکز بر راز دل و تجربه‌های درونی بیماران در شرایط دشوار، به ویژه زمانی که محدودیت‌های مراقبتی آنان را از دریافت حمایت‌های خارجی محروم می‌کند، نقش منابع درونی مانند اتکا به خود و قدرت‌های معنوی را برجسته ساخته است. این رویکرد نوآورانه، خلأ پژوهشی شناسایی شده در پیشینه از جمله فقدان توجه به ویژگی‌های فرهنگی ایرانی، نقش جنسیت در تجربه معنویت و مقابله با بیماری را که در پژوهش (2010) Khodapanahi et al. نیز مطرح شده بود تا حدی جبران می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مردان چگونه با تکیه به منابع معنوی، مفاهیم سنتی قدرت و مردانگی را بازتعریف می‌کنند تا بتوانند با محدودیت‌ها و ناتوانی‌های جسمی ناشی از بیماری سازگار شوند. افزون بر این، تمرکز پژوهش حاضر بر تحلیل رنج معنوی، به غنای ادبیات موجود به ویژه یافته‌های (2008) Chio et al. کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، تجارب زیسته بیماران مبتلا به سرطان کولون در چهار تم کلیدی قابل طبقه‌بندی است؛ تم‌هایی که همگی در جهت ارتقای کیفیت زندگی و افزایش توان تحمل مراحل دشوار درمان نقش‌آفرین هستند. این تم‌ها در پیوند با چهار منبع قدرت معنوی به صورت منسجم و هم‌افزا عمل می‌کنند و به بیماران کمک می‌کنند تا نه تنها با درد، ترس و عدم قطعیت ناشی از بیماری مواجه شوند، بلکه از طریق تقویت احساس امید، مسئولیت‌پذیری و آرامش درونی، کیفیت زندگی خود را در مسیر پرچالش درمان بهبود بخشند. یافته‌ها حاکی از آن است که معنویت به عنوان منبعی از قدرت درونی و بیرونی، نقشی اساسی در فرآیند سازگاری با بیماری و تحمل پیامدهای جسمی و روانی آن ایفا می‌کند و بیماران از طریق برقراری ارتباط با منابع متنوع قدرت معنوی، راهبردهای گوناگونی برای مواجهه با چالش‌های معنوی و روان‌شناختی خود می‌یابند که این امر به تقویت تاب‌آوری و تداوم امید در طول فرآیند درمان منجر می‌شود.

محدودیت‌ها

این پژوهش به عنوان پژوهشی کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری، در یک مرکز درمانی تخصصی (بیمارستان امید مشهد) و با حجم نمونه‌ای محدود (۹ نفر) انجام شد. بنابراین، یافته‌های پژوهش به طور مستقیم صرفاً به مردان مبتلا به سرطان کولون مراجعه‌کننده به این مرکز در بازه زمانی مورد بررسی قابل تعمیم است و امکان تعمیم آن‌ها به کل جمعیت مردان مبتلا به سرطان کولون در ایران یا سایر کشورها وجود ندارد. علاوه بر این، با توجه به ماهیت کیفی پژوهش و تمرکز آن بر تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان، نتایج به طور اجتناب‌ناپذیری تحت تأثیر ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی خاص شهر مشهد به عنوان یک کلان‌شهر با بافت مذهبی برجسته، قرار دارد. از این رو، این امکان وجود دارد که در مناطق با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت، الگوهای متمایزی از تجربه معنوی بیماران مبتلا به سرطان کولون مشاهده شود.

پژوهش‌های آینده

از منظر کاربرد بالینی، توصیه می‌شود تیم‌های چندرشته‌ای (شامل روان‌شناسان، مشاوران معنوی و متخصصان سرطان)، مراقبت معنوی را به‌صورت نظام‌مند در برنامه‌های درمانی ادغام کنند. چنین رویکردی می‌تواند به تقویت درون‌نگری و خودمراقبتی کمک کرده و منجر به پاسخ‌گویی مؤثرتر به نیازهای معنوی بیماران شود. همچنین بهره‌گیری از مداخلات مکمل، نظیر طبیعت‌درمانی (مانند پیاده‌روی در طبیعت) و گروه‌درمانی معنوی (مانند جلسات دعا و مراقبه) در کنار درمان‌های تخصصی پزشکی، می‌تواند نقش حمایتی مؤثری در فرآیند سازگاری بیماران ایفا کند.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با توجه به خلأهای شناسایی شده، افق‌های تازه‌ای را در این زمینه بگشایند؛ از جمله واکاوی تجربه زیسته همسران بیماران به‌عنوان حامیان اصلی معنوی و نیز بررسی چالش‌های فقهی و مناسکی مردان در مواجهه با تغییرات جسمانی ناشی از بیماری، می‌تواند به غنای ادبیات علمی این حوزه بیفزاید. در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران با بهره‌گیری از روش‌های پژوهش ترکیبی (کمی- کیفی)، به طراحی، تدوین و اعتبارسنجی مدل‌های بومی مراقبت معنوی اقدام کنند تا چارچوب‌ها و شاخص‌های دقیق‌تری برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولون، متناسب با بافت فرهنگی جامعه ایران ارائه شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

References

- Bavil, D. A., & Dolatian, M. (2018). A survey on social support for breast cancer in Iran: A review study. *Clinical Excellence*, 7(4), 48-56. <https://ce.mazums.ac.ir/article-1-377-en.html>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Bulkley, J., McMullen, C. K., Hornbrook, M. C., Grant, M., Altschuler, A., Wendel, C. S., & Krouse, R. S. (2013). Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2513-2521. <https://doi.org/10.1002/pon.3318>
- Cheraghi, M., Dindoost, M., & Rangamiztoosi, L. (2020). Daughters' lived experience of mother's cancer. *Rooyesh*, 9(9), 147-156. <https://frooyesh.ir/article-1-2153-en.html>
- Chio, C. C., Shih, F. J., Chiou, J. F., Lin, H. W., Hsiao, F. H., & Chen, Y. T. (2008). The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among taiwanese patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 735-743. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01854.x>
- Davari, S., Boogar, I. R., Talepasand, S., & Evazi, M. R. (2022). The effect of religious-spiritual psychotherapy on illness perception and inner strength among patients with breast cancer in Iran. *Journal of Religion and Health*, 61(6), 4302-4319. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01594-6>
- Ebrahimipour, H., Vejdani, M., Taghipour, A., Heidarabadi, A. B., & Molavi, Y. (2015). Spiritual health in cancer patients at omid hospital affiliated with mashhad university of medical sciences-2012. *Journal of Research on Religion & Health*, 1(2), 3-9. <https://journals.sbm.ac.ir/jrrh/article/view/8011>
- Emami, S. M., Fatemi, A. M., Farajzadegan, Z., & Movahed Abthahi, S. M. (2005). Epidemiology of colorectal cancer in isfahan province. *Govaresh (Journal of Gastroenterology)*, 10(3), 134-139. <http://govaresh.org/index.php/dd/article/view/876/1103>
- Esmaeili, R., Mohammadi, M., Madadi, M., & Fani, M. (2022). Correlation of religious coping strategy with quality of life of the elderly with colorectal cancer referred to colorectal clinics of shahid beheshti university of medical sciences. *Advances in Nursing & Midwifery*, 31(1), 22-28. <https://journals.sbm.ac.ir/anm/article/view/38233>
- Firouzbakht, M., Hajian Tilaki, K., & Moslemi, D. (2020). Analysis of quality of life in breast cancer survivors using structural equation modelling: The role of spirituality, social support and psychological well-being. *International Health*, 12(4), 354-363.

- <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz108>
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>
- Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 111-121. [https://apjon.org/article/S2347-5625\(21\)00271-7/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(21)00271-7/fulltext)
- Ghaderi, A., & Mohammadi, M. (2023). *Definition of spiritual health*. Parastaran- e Javan Publications. <https://www.gisoom.com/book/44836890/>
- Habibi Asgarabad, M., Momeni Far, S., & Abbasi, M. (2020). Explanation of the spiritual experiences of breast cancer patients: A hermeneutic phenomenological study. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 7(2), 9-19. <https://doi.org/10.29252/jhsme.7.2.9>
- Hosseini, S., Pournaghash Tehrani, S. S., & Gholamali Lavasani, M. (2023). Facing death: A phenomenological study on cancer patients' experienced existential anxieties. *Journal of Psychological Science*, 22(127), 1319-1334. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1917-en.html>
- Hosseinnezhad Hallaji, S., & Alivandi Vafa, M. (2025). A phenomenological study of pregnancy anxiety among pregnant women in tabriz. *Qualitative Research in Behavioral Sciences (QRBS)*, 4(1), 109-122. https://qrbs.birjand.ac.ir/article_3843.html?lang=en
- Howard, A. H., Roberts, M., Mitchell, T., & Wilke, N. G. (2023). The relationship between spirituality and resilience and well- being: A study of 529 care leavers from 11 nations. *Adversity and Resilience Science*, 4(2), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s42844-023-00088-y>
- Khodapanahi, M., Saleh Sedghpoor, B., Asghari, A., Harirchi, I., & Katibaei, J. (2010). The structural relationships between social support and hope in patients with cancer. *Journal of Psychology*, 14, 284-298. <https://ensani.ir/fa/article/229405/>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Mohammadi, M., Esmaeili, R., & Fani, M. (2019). Review of the correlation between religion coping strategy and quality of life in intestine cancer in patients with ostomy. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 9(S2). <https://www.researchgate.net/publication/337199192>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press. <https://www.Pargament/p/book/9781572306646>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well- being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, John Wiley & Sons. https://books.google.com/books/about/Loneliness.html?id=E_NGAAAAMAAJ
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis Green, S., Baird, P., Bull, J., ... & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Rashed, A., Salehi, K., Keshavarz Afshar, H., & Jahanbakhshi, Z. (2025). Development of loneliness in young and midlife women: A systematic review of the associated factors. *Qualitative Research in Behavioral Sciences (QRBS)*, 4(1), 161-178. https://qrbs.birjand.ac.ir/article_3601.html
- Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017). Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 40(3), 209-216. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000385>
- Roushan, H. (2024). *Salamati ma'navi: Ashna'i ba technichha va maharatha-ye ma'navi [Spiritual health: An introduction to spiritual techniques and skills]* (S. A. Aghaei, Ed.; 4th ed.). Timaas (Original work published in Persian, 1402 AH). <https://ketab.ir/Book/E3691038-3B7D-4CA1-9456-8398248380D5>
- Salsman, J. M., Yost, K. J., West, D. W., & Cella, D. (2010). Spiritual well- being and health- related quality of life in colorectal cancer: A multi- site examination of the role of personal meaning. *Supportive Care in Cancer*, 19(6), 757-764. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0871-4>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretive Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Sage Publications. <https://www.researchgate.net/publication/221670349>
- Tabriz, E. R., Ramezani, M., Heydari, A., & Aledavood, S. A. (2021). Health- promoting lifestyle in colorectal cancer survivors: A qualitative study on the experiences and perspectives of colorectal

- cancer survivors and healthcare providers. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(6), 696-710. [https://apjon.org/article/S2347-5625\(21\)00101-3/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(21)00101-3/fulltext)
- Tavakol, N., Tavakol, M., & Naeimi Marandi, F. (2024). Finding meaning in going through cancer: Exploring the spiritual experiences of women with breast cancer; a qualitative content analysis study. *Pars Journal of Medical Sciences*, 22(1), 12-22. https://jmj.jums.ac.ir/article_714415_en.html
- Taylor, J. D. (2023). *Spiritual disciplines: Their effect on the overall spiritual health of pastors*. Asbury Theological Seminary. <https://place.asburyseminary.edu/ecommonsatsdissertations/1610/>
- World Health Organization. (2018). *Cancer: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

