

Original

Meaning-Making in Life-Threatening Illness: A Grounded Theory Study with Educational Implications for Medical Sciences

Farzane Behzadi¹, Fariborz Bagheri^{2*}, Atena Mohyadini³

1. M.A in Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

3. Master's Student in Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: E-mail: f.bagheri@gmail.com

(Received 16 March 2026 Accepted 2 June 2026)

Abstract

Background and Objective: Life-threatening illnesses impose profound psychological and existential challenges on patients. Meaning-making is recognized as a key adaptive process in coping with such conditions. This study aimed to develop a grounded theory explaining the process of meaning-making among individuals facing life-threatening illness, with a focus on its implications for medical education.

Methods: This qualitative study was conducted using a grounded theory approach. Participants were patients diagnosed with life-threatening illness, selected through purposive sampling. Data were collected via semi-structured interviews and analyzed using constant comparative analysis. To ensure the trustworthiness of the data, Lincoln and Guba's criteria—including credibility, transferability, dependability, and confirmability—were applied.

Results: The findings revealed a dynamic, multi-dimensional process of meaning-making consisting of causal conditions (e.g., purpose and coherence), strategies (e.g., altruism and spiritual beliefs), barriers (e.g., nihilism and psychological distress), and outcomes (e.g., inner peace, acceptance, and appreciation of life). The emergent model illustrates how individuals reconstruct meaning in the face of existential threats.

Conclusion: Meaning-making plays a crucial role in psychological adaptation to life-threatening illness. Integrating meaning-centered approaches into medical education may enhance students' communication skills, empathy, and their ability to address patients' existential distress.

Keywords: *Existential Distress, Life-Threatening Illness, Grounded Theory, Medical Education, Meaning in Life.*

ClinExc 2026;16(60-75) (Persian).

فرایند معناسازی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات: یک مطالعه کیفی مبتنی بر نظریه داده‌بنیاد با تأکید بر کاربردهای آموزش علوم پزشکی

فرزانه بهزادی^۱، فریرز باقری^{۲*}، آتنا محی‌الدینی^۳

چکیده

مقدمه: بیماری‌های تهدیدکننده حیات با چالش‌های عمیق روان‌شناختی و وجودی برای بیماران همراه هستند. معناسازی یکی از فرایندهای کلیدی سازگاری با این شرایط شناخته می‌شود. هدف این مطالعه تبیین فرایند معناسازی در افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات و بررسی کاربردهای آن در آموزش علوم پزشکی بود.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد نظریه داده‌بنیاد انجام شد. مشارکت‌کنندگان افراد دارای تجربه زیسته از بیماری‌های تهدیدکننده حیات بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل مقایسه‌ای مستمر تحلیل شدند. به منظور تأمین اعتبار داده‌ها، معیارهای لینکلن و گوبا، شامل باورپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری به کار گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان‌دهنده فرایند پویا و چندبعدی از معناسازی بودند که شامل شرایط علی (مانند ازدست‌رفتن معنا و انسجام زندگی)، راهبردها (مانند نوع‌دوستی و معنویت)، موانع (مانند نیهیلیسم و آشفتگی روانی) و پیامدها (مانند آرامش درونی، پذیرش و قدردانی از زندگی) است. مدل حاصل نشان می‌دهد که افراد چگونه در مواجهه با تهدیدهای وجودی، معنای زندگی خود را بازسازی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: معناسازی در سازگاری روان‌شناختی با بیماری‌های تهدیدکننده حیات نقش مهمی دارد. ادغام رویکردهای مبتنی بر معنا در آموزش علوم پزشکی می‌تواند به ارتقای همدلی، مهارت‌های ارتباطی و توانایی پاسخ‌گویی به نیازهای وجودی بیماران در دانشجویان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: معنای زندگی، بیماری تهدیدکننده حیات، نظریه داده‌بنیاد، آموزش علوم پزشکی، رنج وجودی.

۱. فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: f.bagheri@gmail.com

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۲

مقدمه

بیماری‌های تهدیدکنندهٔ حیات صرفاً چالشی جسمانی نیستند، بلکه تجربه‌ای عمیق و چندبعدی هستند که ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و وجودی زندگی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. مواجهه با احتمال مرگ، روند درمان‌های طولانی‌مدت، تغییر در نقش‌های فردی و اجتماعی، وابستگی به دیگران و احساس ازدست‌دادن کنترل بر زندگی، بسیاری از بیماران را با پرسش‌های بنیادینی دربارهٔ معنای زندگی، هدف از زیستن، چرایی رنج، مرگ و آینده روبه‌رو می‌کند. در چنین شرایطی، افراد علاوه‌بر تحمل پیامدهای جسمانی بیماری، با نوعی بحران وجودی مواجه می‌شوند که می‌تواند انسجام شناختی، هیجانی و هویت شخصی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد و در کیفیت زندگی، سلامت روان، امید و سازگاری با بیماری اثرگذار باشد (۱-۵).

در دهه‌های اخیر، مفهوم «معناسازی»^۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سازه‌های روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی وجودی و روان‌شناسی مثبت‌نگر، توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. معناسازی فرایندی پویا، مستمر و چندبعدی است که طی آن، افراد تلاش می‌کنند تجربه‌های دشوار و استرس‌زا را در چهارچوب نظام باورها، ارزش‌ها، اهداف و جهان‌بینی خود تفسیر و میان تجربهٔ بحران و ساختار شناختی خویش نوعی انسجام ایجاد کنند. این فرایند، تنها نوعی بازسازی شناختی ساده نیست، بلکه زمینه‌ساز تغییر در نگرش، هویت، روابط بین‌فردی، امید، تاب‌آوری و حتی رشد فردی می‌شود. از این‌رو، معناسازی یکی از مهم‌ترین سازوکارهای انطباقی در مواجهه با بحران‌های زندگی محسوب می‌شود (۲-۴، ۶-۸).

براساس مدل معناسازی پارک، زمانی که رویدادی آسیب‌زا، مانند بیماری‌های تهدیدکنندهٔ حیات، باورها، اهداف یا انتظارات اساسی فرد را به چالش می‌کشد، نوعی ناهماهنگی میان «معنای کلی» و «معنای موقعیتی»

ایجاد می‌شود. در چنین شرایطی، فرد برای کاهش این ناهماهنگی، فرایند معناسازی را آغاز می‌کند؛ فرایندی که ممکن است به بازنگری در باورها، تغییر ارزش‌ها، اصلاح اهداف زندگی یا بازتفسیر تجربهٔ بیماری منجر شود. بنابراین، معناسازی را می‌توان سازوکاری فعال برای بازیابی تعادل روان‌شناختی و بازسازی هویت پس از بحران دانست (۷، ۸).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که وجود معنا در زندگی با پیامدهای مطلوبی همچون افزایش تاب‌آوری، امید، بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی، سازگاری بهتر با بیماری، کاهش اضطراب، افسردگی، درماندگی و رنج وجودی همراه است. در مقابل، ناتوانی در یافتن معنا یا تجربهٔ احساس پوچی، با افزایش آشفتگی روان‌شناختی، ناامیدی، کاهش انگیزه برای ادامهٔ درمان و افت کیفیت زندگی ارتباط دارد. پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلابه سرطان، نارسایی قلبی، بیماری‌های عصبی و دیگر بیماری‌های مزمن نیز نقش محوری معنا را در سازگاری با بیماری و حفظ سلامت روان تأیید کرده‌اند (۳، ۴، ۹-۱۱).

یکی از مهم‌ترین نظریه‌های مرتبط با معنا، دیدگاه ویکتور فرانکل است. فرانکل معتقد بود که انسان حتی در دشوارترین شرایط زندگی نیز قادر است معنایی برای رنج خود بیابد و همین معنا، مهم‌ترین عامل حفظ امید، تاب‌آوری و ادامهٔ زندگی است. از دیدگاه او، معنا می‌تواند از طریق انجام فعالیت‌های ارزشمند، تجربهٔ عشق و ارتباط با دیگران، نگرش مسئولانه به رنج یا انتخاب آزادانه در برابر شرایط اجتناب‌ناپذیر حاصل شود. در نتیجه، بیماری نه‌تنها به احساس پوچی منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند زمینه‌ای برای رشد، بازسازی ارزش‌ها و شکل‌گیری نگرشی عمیق‌تر به زندگی فراهم آورد (۱، ۲، ۸، ۱۰). باوجود اهمیت روزافزون مفهوم معناسازی، بخش عمدهٔ مطالعات انجام‌شده در این حوزه با رویکردهای کمی صورت گرفته است و عمدتاً بر سنجش میزان معنا، بررسی رابطهٔ آن با متغیرهای روان‌شناختی یا ارزیابی اثربخشی مداخلات درمانی

^۱ Meaning-Making

تمرکز داشته‌اند. اگرچه این مطالعات سهم مهمی در توسعه دانش موجود داشته‌اند، به دلیل ماهیت پیچیده، پویا و وابسته به زمینه فرهنگی معناسازی، درک عمیق این فرایند مستلزم استفاده از رویکردهای کیفی است. پژوهش‌های کیفی، به‌ویژه نظریه داده‌بنیاد، امکان بررسی تجربه زیسته افراد، نحوه شکل‌گیری معنا، عوامل مؤثر، موانع، راهبردها و پیامدهای آن را فراهم می‌کنند؛ موضوعی که در پژوهش‌های داخلی، به‌ویژه در حوزه بیماری‌های تهدیدکننده حیات، کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۷، ۸، ۱۲-۱۷).

از سوی دیگر، رویکردهای نوین در علوم پزشکی بر مراقبت بیمارمحور تأکید ویژه‌ای دارند و معتقدند مراقبت مؤثر تنها به درمان علائم جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه باید ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و وجودی بیماران را نیز در بر گیرد. بیماران مبتلابه بیماری‌های تهدیدکننده حیات، علاوه بر درمان‌های پزشکی، نیازمند آن هستند که نگرانی‌های مربوط به مرگ، احساس پوچی، ناامیدی و پرسش‌های وجودی آنان نیز مورد توجه قرار گیرد. با این حال، بسیاری از برنامه‌های آموزشی علوم پزشکی همچنان بر جنبه‌های زیستی بیماری تمرکز دارند و آموزش مهارت‌هایی همچون ارتباط درمانی، همدلی، مراقبت معنوی و گفت‌وگو درباره معنا، جایگاه محدودی در آن‌ها دارد. شناخت عمیق فرایند معناسازی می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی مؤثرتر در علوم پزشکی، ارتقای کیفیت ارتباط درمانگر و بیمار و توسعه مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر معنا باشد (۱۸-۲۴).

همچنین، یافته‌های پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که ادغام مراقبت‌های روان‌شناختی، معنوی و وجودی در درمان بیماران مبتلابه بیماری‌های تهدیدکننده حیات، موجب بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران از خدمات درمانی، کاهش رنج وجودی و ارتقای سلامت روان می‌شود. از این رو، شناخت نحوه شکل‌گیری معنا در افراد دارای تجربه بیماری می‌تواند علاوه بر گسترش دانش نظری، در طراحی مداخلات بالینی، آموزش

دانشجویان علوم پزشکی، توسعه مراقبت تسکینی و تدوین راهنماهای بالینی نیز کاربرد داشته باشد (۵، ۱۱، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵).

بر این اساس، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد نظریه داده‌بنیاد، در پی تبیین فرایند معناسازی در افراد دارای تجربه بیماری‌های تهدیدکننده حیات است. این پژوهش تلاش می‌کند با شناسایی شرایط علی، عوامل زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردهای معناسازی و پیامدهای حاصل از آن، مدلی مفهومی از این فرایند ارائه دهد. انتظار می‌رود یافته‌های این پژوهش علاوه بر غنی‌تر کردن ادبیات نظری حوزه معناسازی، زمینه طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر معنا، ارتقای کیفیت مراقبت بیمارمحور و بهبود برنامه‌های آموزش علوم پزشکی را فراهم کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و براساس نظریه داده‌بنیاد به شیوه اشتراوس و کوربین انجام شد. انتخاب این رویکرد به دلیل ماهیت اکتشافی موضوع پژوهش و ضرورت تبیین فرایند معناسازی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات از دیدگاه افراد دارای تجربه زیسته صورت گرفت. نظریه داده‌بنیاد این امکان را فراهم می‌آورد که به‌جای آزمون نظریه‌های موجود، مفاهیم و روابط میان آن‌ها مستقیماً از دل داده‌های تجربی استخراج و در نهایت، مدلی مفهومی از فرایند مورد مطالعه ارائه شود.

مشارکت‌کنندگان و نمونه‌گیری

جامعه پژوهش را افراد مبتلابه بیماری‌های تهدیدکننده حیات تشکیل دادند که تجربه مستقیم زندگی با بیماری را داشتند. مشارکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، از طریق نمونه‌گیری هدفمند در شهر یزد انتخاب شدند تا تنوعی از تجارب زیسته فراهم شود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند آغاز شد و با پیشرفت تحلیل داده‌ها و براساس اصول نظریه داده‌بنیاد،

نمونه‌گیری نظری برای تکمیل و غنی‌سازی مقوله‌های درحال شکل‌گیری ادامه یافت. معیارهای ورود شامل داشتن تجربه ابتلا به بیماری تهدیدکننده حیات، توانایی برقراری ارتباط مؤثر، تمایل به مشارکت در پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه بود. افرادی که از نظر جسمی یا روانی امکان انجام مصاحبه را نداشتند، یا در هر مرحله تمایل به ادامه همکاری نداشتند، از مطالعه خارج شدند. فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع نظری زمانی حاصل شد که در مصاحبه‌های پایانی، داده جدیدی که به ایجاد کد، مفهوم یا مقوله جدید منجر شود، به دست نیامد و ویژگی‌ها و ابعاد مقوله‌های موجود به اندازه کافی تکرار و تثبیت شده بود.

گردآوری داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق گردآوری شدند. مدت‌زمان هر مصاحبه بین ۲۵ تا ۴۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی آغاز می‌شد؛ ازجمله «آیا تاکنون درباره معنای زندگی فکر کرده‌اید؟» و «بیماری چه تأثیری در نگاه شما به معنای زندگی داشته است؟». سپس براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات کاوشگر برای روشن‌تر شدن تجربه‌ها، احساسات و برداشت‌های آنان مطرح می‌شد. این شیوه انعطاف‌پذیر موجب شد مشارکت‌کنندگان بتوانند تجربه زیسته خود را با جزئیات بیشتری بیان کنند. تمام مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه ضبط و بلافاصله پس از پایان هر جلسه به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. پژوهشگر هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها، یادداشت‌های میدانی، شامل مشاهدات، برداشتها، شرایط مصاحبه و نکات غیرکلامی، را نیز ثبت می‌کرد تا در تفسیر داده‌ها استفاده شوند.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری اطلاعات و براساس روش تحلیل مستمر اشتراوس و کوربین انجام

شد. در مرحله نخست، متن مصاحبه‌ها چندین بار مطالعه شد تا پژوهشگر از محتوای داده‌ها درک عمیقی به دست آورد. سپس، فرایند کدگذاری باز انجام و مفاهیم اولیه از متن استخراج شد. در این مرحله، جملات و عبارات مشارکت‌کنندگان به واحدهای معنایی کوچک‌تر تقسیم و برای هر بخش کد مناسب اختصاص داده شد.

در مرحله کدگذاری محوری، کدهای مشابه در قالب مفاهیم و مقوله‌های فرعی دسته‌بندی شدند و ارتباط میان شرایط علی، زمینه‌ای، راهبردها، شرایط مداخله‌گر و پیامدها براساس الگوی پارادایمی اشتراوس و کوربین بررسی شد. در نهایت، طی کدگذاری انتخابی، مقوله هسته‌شناسایی و ارتباط آن با مقوله‌های دیگر تبیین شد و مدل مفهومی فرایند معناسازی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات شکل گرفت.

در تمامی مراحل تحلیل، روش مقایسه مستمر^۲ به کار گرفته شد. به این معنا که هر داده جدید به‌طور مداوم با داده‌های پیشین، کدها، مفاهیم و مقوله‌های موجود مقایسه می‌شد، تا ضمن افزایش دقت تحلیل، از شکل‌گیری مقوله‌های تکراری جلوگیری شود.

اعتبار و استحکام داده‌ها

به‌منظور افزایش اعتمادپذیری یافته‌ها، معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا شامل مقبولیت^۳، انتقال‌پذیری^۴، وابستگی^۵ و تأییدپذیری^۶ مورد توجه قرار گرفت. برای افزایش مقبولیت، پژوهشگر مدت‌زمان مناسبی را با داده‌ها درگیر بود. متن مصاحبه‌ها چندین بار مرور شد و بخشی از کدها و تفسیرها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان^۷ کنترل شد. همچنین، بخشی از فرایند کدگذاری را استادان آشنا با پژوهش‌های کیفی بررسی کردند و درباره موارد اختلاف، تا رسیدن به توافق،

² Constant Comparative Analysis

³ Credibility

⁴ Transferability

⁵ Dependability

⁶ Confirmability

⁷ Member Checking

بحث و تبادل نظر صورت گرفت.

برای افزایش وابستگی و تأییدپذیری، تمامی مراحل انجام پژوهش، تصمیمات تحلیلی، فرایند کدگذاری و شکل‌گیری مقوله‌ها به صورت مستند ثبت شد، تا امکان پیگیری مسیر تحلیل برای پژوهشگران دیگر فراهم باشد. همچنین، استفاده از نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان در بخش یافته‌ها به خواننده این امکان را می‌دهد که ارتباط میان داده‌های خام و تفسیرهای پژوهشگر را به خوبی ارزیابی کند. به منظور افزایش انتقال‌پذیری نیز تلاش شد ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، زمینه انجام پژوهش و مراحل اجرای مطالعه با جزئیات کافی گزارش شود، تا امکان قضاوت درباره کاربردپذیری یافته‌ها در بافت‌های مشابه فراهم شود.

یافته‌ها

کدگذاری باز^۸

حاصل این مرحله، تقلیل و خلاصه‌سازی حجم گسترده‌ای از اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها و اسناد به مفاهیم و مقولاتی است که از نظر معنایی مشابه و در پاسخ به پرسش‌های پژوهش قابل مشاهده‌اند. این مفاهیم در جدول شماره ۱ ارائه شده‌اند.

در این مرحله، کدهای متعددی از اظهارات مشارکت‌کنندگان استخراج شد که مضامینی نظیر جست‌وجوی معنا، هدفمندی، آرامش درونی، ارزش زندگی، نوع دوستی، پذیرش مرگ، مسئولیت‌پذیری، شرایط محیطی، پوچی، آشفتگی ذهنی و لذت از زندگی را در بر می‌گرفتند. این کدها نشان‌دهنده گستره تجارب زیسته افراد در مواجهه با بحران‌های مرگ و زندگی هستند. در این مرحله، کدهای متعددی از اظهارات مشارکت‌کنندگان استخراج شد که مضامینی نظیر جست‌وجوی معنا، هدفمندی، آرامش درونی، ارزش زندگی، نوع دوستی، پذیرش مرگ، مسئولیت‌پذیری، شرایط محیطی، پوچی، آشفتگی ذهنی

و لذت از زندگی را در بر می‌گرفتند. این کدها نشان‌دهنده گستره تجارب زیسته افراد در مواجهه با بحران‌های مرگ و زندگی هستند.

ارائه کدهای محوری^۹

در این مرحله، پژوهشگر با مقایسه مستمر داده‌های کدگذاری شده و مفاهیم استخراج شده از مرحله پیشین، آن‌ها را در قالب خوشه‌ها و مقولات مرتبط گروه‌بندی می‌کند. هدف از این فرایند، تمایزگذاری دقیق میان مقولات و در عین حال، شناسایی روابط میان آن‌هاست. بر این اساس، شانزده کد محوری شناسایی شد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

گرایش به معنا؛

- حس انسجام؛
- اهمیت زندگی؛
- نوع دوستی؛
- خدمت به دیگران؛
- ارزشمند بودن؛
- آرامش درونی؛
- پذیرش زندگی و مرگ؛
- زندگی هدفمند؛
- احساس هماهنگی؛
- نگرش معنوی؛
- مسئولیت‌پذیری؛
- شرایط محیطی نامطلوب؛
- نیست‌انگاری؛
- لذت از زندگی؛
- آشفتگی روانی.

این مقولات محوری نشان می‌دهند که معناسازی پدیده‌ای چندبعدی است که از تعامل عوامل فردی (مانند ارزش‌ها و باورها) و عوامل زمینه‌ای (مانند شرایط محیطی) شکل می‌گیرد.

^۹ Axial Coding

^۸ Open Coding

جدول شماره ۱: کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها.

کدهای اولیه شناسایی شده	کد مصاحبه
در جست‌وجوی معنا، هدایت زندگی، هماهنگی با جریان زندگی، صلح درونی، هدفمندی در زندگی، تفکر در معنای زندگی، ارزشمندی زندگی، معنای نهفته در ارزش زندگی، کارکرد یا هدف زندگی، نوع دوستی، هدفمندی در زندگی، خدمت به دیگران، احساس مسئولیت در رسیدن به اهداف، مانع محیطی پذیرش زندگی، پذیرش مرگ، شگفتی در زندگی، پذیرش سختی زندگی، نگرانی و معنای غایی، دیدگاه پوچ گرایانه.	۱ م
احساس مسئولیت در برابر اطرافیان، کمک به هموع، وجود مأموریت و هدف در زندگی، احساس مسئولیت، هدفمندی زندگی، احساس انسجام.	۲ م
متغیر بودن ارزش‌های زندگی، انسان ارزشمندی بودن، خوب بودن در هر شرایطی، پایبندی به ارزش‌ها، حس ارزشمندی، تصمیمات درست، ارزشمندی معنا، بازدارندگی در مقابل اشتباهات، هدفمندی، احساس ارزشمندی، حس کمک و نوع دوستی.	۳ م
رسیدن به هدف، اهداف غایی، آرامش درون، کمک به دیگران، قدرتمندی و حل مشکلات، احساس مفید بودن، نوع دوستی، فرار از معنای زندگی، محیط و شرایط زندگی، اولویت نداشتن معنای زندگی.	۴ م
لذت بردن از زندگی، امید به زندگی، دغدغه‌مندی، افکار پریشان، تفکر بیش از حد درباره آینده، لذت‌نبردن از زندگی.	۵ م
معنویت زندگی، معنادرمانی، بعد معنوی زندگی، لذت‌بردن از زندگی، نظم الهی، میل به یافتن معنا، تفکر در معنای غایی، آرامش درون، احساس وجود داشتن، دچار روزمرگی شدن، درگیر مسائل دنیوی شدن، کمال‌گرایی منفی، استفاده نکردن از فرصت‌های زندگی، لذت‌نبردن از زندگی، پذیرش مرگ و صلح درون.	۶ م
انسان خوبی بودن، خدمت به دیگران، نوع دوستی، سالم بودن و سلامتی، بی‌هدف بودن، به آرامش رسیدن، بی‌هدفی و سردرگمی.	۷ م
هدفمندی، دچار روزمرگی شدن، بی‌هدفی و فکر نکردن به آینده	۸ م

ارائه کدگذاری گزینشی^{۱۰}

تحلیل مبتنی بر نظریه داده‌بنیاد، در نهایت به استخراج مدل جامعی از معناسازی انجامید که در قالب چهار مقوله گزینشی اصلی سازمان‌دهی شده است: عوامل علی، راهبردها، موانع، پیامدها. این مقولات چهارچوب نظری منسجمی را برای تبیین فرایند معناسازی در شرایط بحران‌های مرگ و زندگی فراهم می‌کنند.

این مقولات چهارچوب نظری منسجمی را برای تبیین فرایند معناسازی در شرایط بحران‌های مرگ و زندگی فراهم می‌کنند.

عوامل علی^{۱۱}

عوامل علی مؤثر در معناسازی شامل گرایش به معنا، حس انسجام، اهمیت زندگی، ارزشمند بودن و زندگی هدفمند بودند. مشارکت‌کنندگان به یافتن هدف در زندگی تمایل قابل توجهی نشان دادند که اغلب در پی تجربه بیماری فعال شده بود و به شکل‌گیری روایتی منسجم از زندگی منجر می‌شد.

¹⁰ Selective Coding

¹¹ Causal Factors

برای مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کند: «متوجه شدم اگر فقط زندگی کنم و مدام آن را زیر سؤال ببرم، خودش مسیر را به من نشان می‌دهد.» (م ۱). این بیان، شکل‌گیری نوعی انسجام وجودی را نشان می‌دهد. همچنین، درک ارزش زندگی و تمایل به تبدیل شدن به فردی ارزشمند، انگیزه‌ای قوی برای جست‌وجوی معنا ایجاد می‌کرد.

جدول شماره ۲: کد گزینشی و محوری

کد محوری	کد گزینشی
گرایش به معنا	عوامل علی
احساس انسجام	
ارزشمند بودن	
هدفمند بودن زندگی	
شرایط محیطی نامساعد	موانع
پوچ‌گرایی	
پریشانی فکری	
احساس هماهنگی	پیامدها
اهمیت زندگی	
صلح درونی	
احساس لذت	
پذیرش مرگ و زندگی	راهبردها
نوع دوستی	
چشم‌انداز معنوی	
خدمت به خلق	
مسئولیت‌پذیری	

گرایش به معنا

بیماری، مشارکت‌کنندگان را به تأمل درباره فلسفه زندگی، چرایی رنج و هدف از زیستن سوق داده بود. آنان بیان می‌کردند که پس از مواجهه با بیماری، بیش از گذشته در جست‌وجوی یافتن معنایی برای تجربه خود بوده‌اند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «همان موقع که دیابتی شدم، سعی کردم مشکلاتی را که خودم داشتم برای دیگران پیش نیاید. همان موقع بود که معنا و هدف زندگی برایم شکل گرفت.» (م ۱).

مشارکت‌کننده دیگری اظهار کرد: «وقتی سرطان گرفتم، بیشتر از هر زمان دیگری از خودم می‌پرسیدم برای چه زندگی می‌کنم و قرار است از این تجربه چه چیزی یاد بگیرم.» (م ۶). این یافته نشان می‌دهد که بیماری آغازگر جست‌وجوی فعال معنا در زندگی بوده است.

احساس انسجام

شرکت‌کنندگان بیان کردند که داشتن معنا موجب می‌شود زندگی برای آنان منسجم، قابل فهم و قابل تحمل باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «کسی که هدف دارد، صبح با فکر همان هدف بیدار می‌شود و شب هم با همان فکر می‌خوابد؛ زندگی‌اش یک انسجام پیدا می‌کند.» (م ۲). این یافته نشان می‌دهد که احساس انسجام، یکی از عوامل اساسی در شکل‌گیری معنا سازی است.

ارزشمندبودن

احساس ارزشمندی خود و ارزشمندبودن زندگی، یکی دیگر از عوامل شکل‌دهنده معنا بود. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «اگر بخواهم در یک کلمه بگویم، آدم خوب‌بودن برایم از هر چیز دیگری مهم‌تر شده است.» (م ۵).

هدفمند بودن زندگی

شرکت‌کنندگان داشتن هدف را عامل مهمی در ادامه

زندگی و مقابله با بیماری می‌دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «وقتی هدف داشته باشی، حتی سخت‌ترین روزها را هم راحت‌تر تحمل می‌کنی.» (م ۲).

راهنماها^{۱۲}

راهنماهای معنا سازی شامل نوع دوستی، خدمت به دیگران، نگرش معنوی و مسئولیت‌پذیری بودند. مشارکت‌کنندگان اغلب معنا را در کمک به دیگران، به‌ویژه نزدیکان خود، می‌یافتند. یکی از آنها بیان می‌کند: «با ارزش‌ترین چیز برای من عزیزانم هستند. می‌خواهم طوری زندگی کنم که بتوانم به خانواده، دوستان و اطرافیانم کمک کنم.» (م ۲).

تأملات معنوی، به‌ویژه باور به نظم الهی، در تسهیل معنا سازی نقش مهمی داشت: «بزرگ‌ترین چیزی که به من کمک می‌کند این است که بدانم کسی هست که همه این اتفاق‌ها را مثل یک پازل کنار هم می‌چیند.» (م ۶)

پذیرش مسئولیت در قبال اهداف معنادار، به‌ویژه در زمینه خدمت به دیگران، با مسیرهای پیشنهادی ویکتور فرانکل^{۱۳} برای دستیابی به معنا همسو است.

نوع دوستی

کمک به دیگران یکی از مهم‌ترین راهنماهای ایجاد معنا در زندگی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «اگر بتوانم مشکلی از کسی حل کنم، احساس می‌کنم زندگی‌ام معنا پیدا کرده است.» (م ۲).

چشم‌انداز معنوی

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، ارتباط با خدا، دعا، توکل و نگرش معنوی را از منابع مهم معنا معرفی کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «صبح که بیدار می‌شوم و نور خورشید را می‌بینم، خدا را شکر می‌کنم که یک روز دیگر فرصت زندگی دارم.» (م ۵).

¹² Strategies

¹³ Viktor Frankl

خدمت به خلق

کممک به جامعه و انتقال تجربه بیماری به دیگران، یکی دیگر از راهبردهای معناسازی بود. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: «سعی کردم مشکلاتی را که خودم تجربه کرده بودم، برای دیگران پیش نیاید.» (م ۱).

مسئولیت پذیری

پذیرش مسئولیت زندگی و تصمیم گیری آگاهانه برای ادامه مسیر، در روایت های مشارکت کنندگان به وضوح مشاهده شد. یکی از مشارکت کنندگان اظهار کرد: «قبلاً فقط دنبال کار و موفقیت بودم، اما حالا مسئولیت دارم که از خودم، خانواده ام و زندگی ام بهتر مراقبت کنم.» (م ۶).

موانع^{۱۴}

موانع معناسازی شامل شرایط محیطی نامطلوب، نیست انگاری و آشفتگی روانی بودند. برخی مشارکت کنندگان به زندگی روزمره تکراری و فقدان هدف به عنوان مانعی در مسیر یافتن معنا اشاره کردند. برای مثال: «برای کسی مثل من که به این موضوع فکر نکرده و معمولی زندگی می کند، زندگی ممکن است کمی روتین باشد، فقط گذراندن زمان.» (م ۸). همچنین، اشتغال ذهنی بیش از حد، نگرانی درباره آینده و افکار مزاحم، فرایند معناسازی را مختل می کند و به سردرگمی وجودی و گرایش های نیست انگارانه منجر می شود.

شرایط محیطی نامساعد

شرکت کنندگان فشارهای زندگی، مشکلات اقتصادی، محدودیت های ناشی از بیماری و شرایط اجتماعی را از موانع دستیابی به معنا می دانستند. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «هیچ وقت معنا را فراموش نمی کنم، اما بعضی وقت ها گرفتاری های زندگی آن قدر

زیاد می شود که از آن فاصله می گیرم.» (م ۲).

پوچ گرایی

برخی مشارکت کنندگان بیان کردند که نبود معنا، احساس پوچی و بی هدفی را به دنبال دارد. یکی از آنان اظهار کرد: «اگر معنا نباشد، آدم به پوچ گرایی می رسد؛ انگار هیچ دلیلی برای ادامه دادن وجود ندارد.» (م ۲).

پیشانی فکری

نگرانی درباره آینده، افکار منفی و اشتغال ذهنی مداوم از دیگر موانع معناسازی بود. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: «دغدغه های بیخودی و فکر کردن زیاد به آینده باعث می شود آدم از لذت زندگی و پیدا کردن معنا دور شود.» (م ۵). مشارکت کننده دیگری نیز گفت: «خود آدم ها بزرگ ترین مانع هستند؛ وقتی مدام از مشکلات فرار می کنند، فرصت پیدا کردن معنا را از دست می دهند.» (م ۴).

پیامدها^{۱۵}

پیامدهای معناسازی موفق، عمیق و چندلایه بودند و شامل احساس هماهنگی، اهمیت بیشتر زندگی، آرامش درونی، لذت از زندگی و پذیرش زندگی و مرگ می شدند.

مشارکت کنندگان به افزایش حس قدردانی از جنبه های کوچک زندگی اشاره کردند، مانند «دیدن ستاره ها» یا «اینکه هر آدمی اطرافم یک معجزه است.» (م ۶).

همچنین، آن ها بر زندگی در لحظه، تلاش برای بازیابی سلامت و دستیابی به نوعی پذیرش در برابر مرگ تأکید داشتند: «به جایی در بیماری ام رسیدم که خدا انگار می گفت یادت نرود، به سمت من برمی گردی.» (م ۶).

این پیامدها، در تقابل با ناامیدی قرار می گیرند و موجب تقویت تاب آوری روان شناختی می شوند؛ موضوعی که با یافته های پژوهش های پیشین نیز هم خوانی دارد.

¹⁵ Consequences

¹⁴ Barriers

احساس هماهنگی

شرکت‌کنندگان بیان کردند که یافتن معنا موجب هماهنگی میان افکار، احساسات و رفتار آنان شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «همه چیز برایم سر جای خودش قرار گرفت و احساس کردم زندگی‌ام نظم پیدا کرده است.» (م ۵).

اهمیت زندگی

بیماری موجب شد ارزش زندگی برای مشارکت‌کنندگان بیش از گذشته آشکار شود. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «وقتی خیلی از چیزها را از دست دادم، تازه فهمیدم زندگی و همین لحظه‌های ساده چقدر ارزش دارند.» (م ۵).

صلح درونی

دستیابی به معنا، آرامش و پذیرش بیشتری در زندگی ایجاد کرده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «الان خیلی راحت‌تر با مادرم صحبت می‌کنم، کمتر عصبانی می‌شوم و آرامش بیشتری دارم.» (م ۶).

احساس لذت

بسیاری از مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که پس از معناسازی، لذت بیشتری از زندگی تجربه می‌کنند. یکی

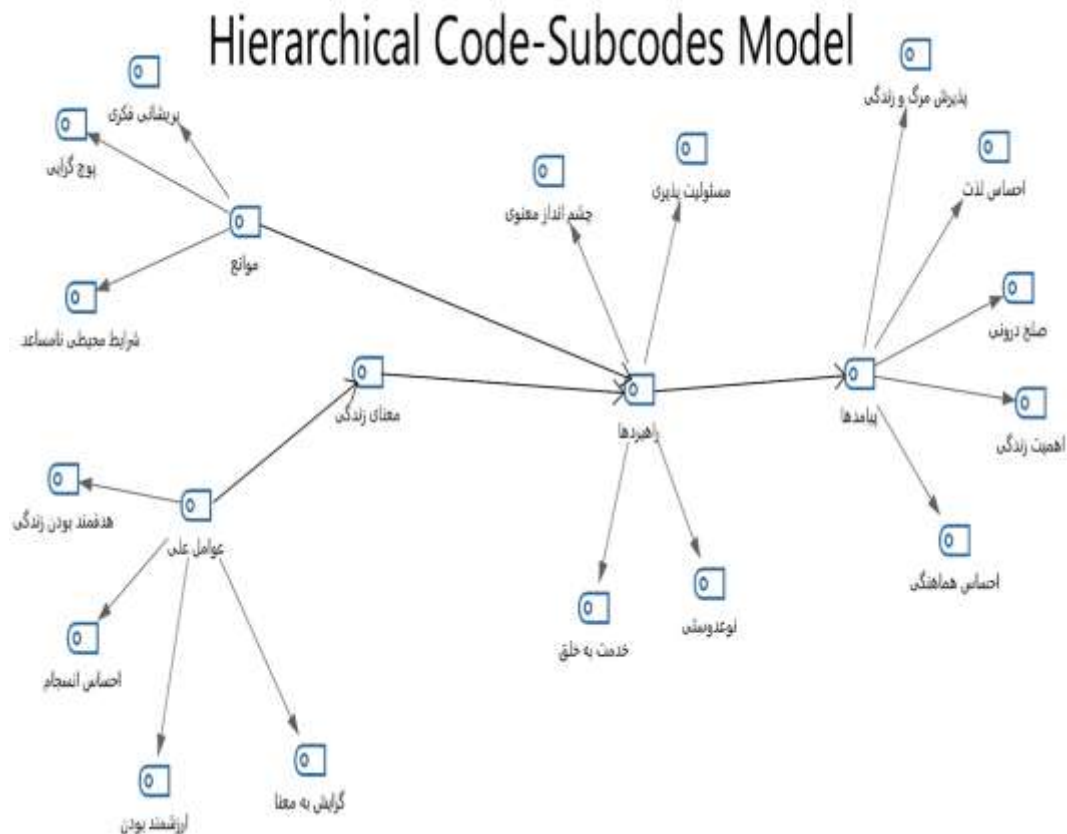
از آنان گفت: «فهمیدم باید از لحظه‌لحظه زندگی لذت ببرم؛ چیزی که قبل از بیماری اصلاً بلد نبودم.» (م ۵).

پذیرش مرگ و زندگی

تحلیل داده‌ها نشان داد که معناسازی موجب پذیرش واقع‌بینانه‌تر مرگ و کاهش اضطراب ناشی از آن شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «وقتی برای زندگی معنا پیدا کردم، دیگر مرگ آن ترس همیشگی را برایم نداشت؛ احساس کردم هر دو بخشی از مسیر زندگی هستند.» (م ۲).

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که معناسازی در افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات، فرایندی پویا و چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل علی آغاز می‌شود، با موانع مختلف روبه‌رو است، از طریق راهبردهای فردی و معنوی تداوم می‌یابد و در نهایت، به پیامدهای روان‌شناختی و وجودی مثبت منجر می‌شود. این فرایند، هسته مرکزی مدل مفهومی استخراج شده در پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد.

مدل نهایی (ترسیم شده در نرم‌افزار MaxQDA) نشان‌دهنده تعامل پویا میان این عوامل است و معناسازی را به عنوان فرایندی پویا و وابسته به زمینه‌های فردی و محیطی معرفی می‌کند.



بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معناسازی در افراد مبتلابه بیماری‌های تهدیدکننده حیات، فرایندی پویا، تدریجی و چندبعدی است که در بستر تجربه بحران، تهدید مرگ و گسست در جریان عادی زندگی شکل می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که بیماری آنان را وادار کرده است تا درباره ارزش‌ها، اهداف، هویت فردی و معنای زندگی بازاندیشی کنند و از خلال این بازاندیشی، درک تازه‌ای از زندگی و رنج به دست آورند. این یافته با دیدگاه فرانکل همسو است که معتقد بود انسان، حتی در دشوارترین شرایط نیز، قادر است برای رنج خود معنا بیابد و همین معنا، مهم‌ترین عامل حفظ امید، تاب‌آوری و تداوم زندگی است (۱، ۱۰). همچنین، یافته‌های حاضر با مدل معناسازی پارک هم‌خوانی دارد. براساس این مدل، هنگامی که رویدادی آسیب‌زا با نظام باورها و اهداف اساسی فرد ناسازگار باشد، فرایند معناسازی فعال می‌شود تا از طریق بازسازی شناختی و هیجانی، تعادل

روان‌شناختی دوباره برقرار شود (۷، ۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معناسازی در افراد مبتلابه بیماری‌های تهدیدکنندهٔ حیات، فرایندی پویا، تدریجی و چندبعدی است که در بستر تجربهٔ بحران، تهدید مرگ و گسست در جریان عادی زندگی شکل می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که بیماری آنان را وادار کرده است تا دربارهٔ ارزش‌ها، اهداف، هویت فردی و معنای زندگی بازاندیشی کنند و از خلال این بازاندیشی، درک تازه‌ای از زندگی و رنج به دست آورند. این یافته با دیدگاه فرانکل همسو است که معتقد بود انسان، حتی در دشوارترین شرایط نیز، قادر است برای رنج خود معنا بیابد و همین معنا، مهم‌ترین عامل حفظ امید، تاب‌آوری و تداوم زندگی است (۱، ۱۰). همچنین، یافته‌های حاضر با مدل معناسازی پارک هم‌خوانی دارد. براساس این مدل، هنگامی که رویدادی آسیب‌زا با نظام باورها و اهداف اساسی فرد ناسازگار باشد، فرایند معناسازی فعال می‌شود تا از طریق بازسازی شناختی و هیجانی، تعادل روان‌شناختی دوباره برقرار

شود (۷، ۸).

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، نقش بیماری به‌عنوان نقطه عطفی برای بازنگری در ارزش‌ها و اولویت‌های زندگی بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پیش از بیماری، موفقیت‌های تحصیلی، شغلی، مالی یا دستیابی به اهداف بیرونی، بخش عمده‌ای از زندگی آنان را تشکیل می‌داد، اما پس از تجربه بیماری، ارزش‌هایی مانند سلامت، آرامش، حضور در کنار خانواده، مراقبت از خود، لذت‌بردن از لحظه حال و کیفیت روابط بین‌فردی در اولویت قرار گرفت. این یافته با مطالعات انجام‌شده در حوزه رشد پس از سانحه همسو است که نشان داده‌اند بحران‌های شدید می‌تواند به بازسازی نظام ارزشی، افزایش قدردانی از زندگی و شکل‌گیری نگرشی عمیق‌تر به روابط انسانی منجر شوند (۱۱، ۲۵، ۲۶). بنابراین، تجربه بیماری صرفاً عامل تهدیدکننده سلامت نیست، بلکه می‌تواند زمینه‌ای برای تحول فردی و بازسازی معنای زندگی نیز فراهم آورد.

از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش نقش معنا در افزایش تاب‌آوری و تحمل رنج بود. تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که یافتن معنا موجب شده است درد، محدودیت‌های جسمانی، درمان‌های طولانی‌مدت و نگرانی از آینده را با امید بیشتری تحمل کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن همسو است که نشان داده‌اند احساس معنا با کاهش اضطراب، افسردگی، درماندگی، رنج وجودی و افزایش کیفیت زندگی، امید و سازگاری روان‌شناختی ارتباط معنا‌داری دارد (۱۰، ۱۱، ۲۲). در واقع، معنا، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع مقابله‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با بحران، احساس انسجام، کنترل و هدفمندی بیشتری تجربه کنند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که کمک به دیگران و ایفای نقش مؤثر در زندگی اطرافیان، یکی از مهم‌ترین منابع شکل‌گیری معنا برای مشارکت‌کنندگان بوده است. بسیاری از آنان بیان کردند که پس از تجربه

بیماری، تمایل بیشتری برای انتقال تجربه‌های خود، حمایت از بیماران دیگر و کمک به اطرافیان پیدا کرده‌اند. این یافته با مفهوم «فراروی از خود» در نظریه فرانکل قابل تبیین است، به‌گونه‌ای که فرد با عبور از تمرکز صرف بر مشکلات شخصی و توجه به نیازهای دیگران، احساس ارزشمندی و معنای بیشتری را تجربه می‌کند (۱، ۱۰). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که رفتارهای نوع‌دوستانه، حمایت اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های معنادار، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های احساس معنا در زندگی محسوب می‌شوند (۱۱، ۲۶).

یکی دیگر از یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر، پویایی فرایند معناسازی بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که معنای زندگی آنان در طول زمان و متناسب با شرایط بیماری، درمان و تجربه‌های جدید، دستخوش تغییر شده است. این یافته نشان می‌دهد که معنا ویژگی ثابت شخصیتی نیست، بلکه فرایندی پویا و وابسته به شرایط زندگی است. این نتیجه با دیدگاه‌های جدید درباره معناسازی هم‌خوانی دارد که آن را فرایندی مستمر، انعطاف‌پذیر و وابسته به تعامل فرد با محیط و تجربه‌های زیسته می‌دانند (۷، ۸). بنابراین، مداخلات روان‌شناختی نیز باید این پویایی را در نظر بگیرند و به بیماران کمک کنند تا متناسب با تغییر شرایط زندگی، معناهای جدیدی برای تجربه‌های خود بیابند.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زندگی در لحظه حال، افزایش شفقت به خود، پذیرش محدودیت‌ها و کاهش کمال‌گرایی، از مهم‌ترین پیامدهای معناسازی در مشارکت‌کنندگان بوده است. بسیاری از آنان اظهار کردند که پیش از بیماری، بخش عمده‌ای از زندگی خود را صرف نگرانی درباره آینده، تلاش برای دستیابی به موفقیت‌های بیشتر یا تلاش برای کامل‌بودن می‌کردند، اما تجربه بیماری موجب شد ارزش بیشتری برای آرامش، استراحت، خودمراقبتی و لذت‌بردن از لحظه حال قائل شوند. این یافته با مطالعات حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر همسو است که نشان داده‌اند پذیرش، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی، در افزایش

بهنرادی روان‌شناختی و سازگاری با بیماری‌های مزمن نقش مهمی دارند (۱۱، ۲۵، ۲۶).

در مقابل، مشارکت‌کنندگان فقدان معنا را با احساس پوچی، ناامیدی، بی‌هدفی، درماندگی و ناتوانی در مقابله با مشکلات زندگی مرتبط می‌دانستند. آنان معتقد بودند افرادی که معنایی برای زندگی خود پیدا نکرده‌اند، در برابر بحران‌ها آسیب‌پذیرترند و بیشتر به اجتناب، انکار یا تسلیم‌شدن در برابر مشکلات روی می‌آورند. این یافته با پژوهش‌های جدید هم‌خوانی دارد که نشان داده‌اند کاهش احساس معنا یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای بروز افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات است (۱۱، ۲۵).

یافته‌های این پژوهش، علاوه بر غنی‌تر کردن ادبیات نظری حوزه معناسازی، پیامدهای کاربردی مهمی برای آموزش علوم پزشکی نیز دارد. نتایج نشان داد که بیماران، علاوه بر درمان جسمانی، نیازمند آن هستند که نگرانی‌های وجودی، ترس از مرگ، احساس پوچی، دغدغه‌های معنوی و جست‌وجوی معنا نیز در فرایند درمان مورد توجه قرار گیرد. بنابراین، آموزش مهارت‌هایی مانند ارتباط‌درمانی، گوش‌دادن همدلانه، مراقبت معنوی، گفت‌وگو درباره معنا و شناخت نیازهای وجودی بیماران باید در برنامه‌های آموزشی دانشجویان و متخصصان علوم پزشکی جایگاه پررنگ‌تری پیدا کند. مطالعات و راهنماهای بین‌المللی نیز بر ضرورت ادغام مراقبت‌های روان‌شناختی، وجودی و معنوی در مراقبت‌های بیمارمحور و مراقبت تسکینی تأکید کرده‌اند (۲۴، ۲۱).

از نقاط قوت پژوهش حاضر، استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد و بهره‌گیری از تجربه زیسته افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات بود که امکان ارائه مدلی مفهومی از فرایند معناسازی را فراهم کرد. برخلاف بسیاری از مطالعات کمی، که صرفاً میزان معنا یا رابطه آن با متغیرهای دیگر را بررسی کرده‌اند، این پژوهش توانست ابعاد مختلف شکل‌گیری معنا، عوامل زمینه‌ساز،

راهبردهای مورد استفاده و پیامدهای حاصل از آن را از دیدگاه خود بیماران تبیین کند. با این حال، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله محدود بودن نمونه به افراد دارای تجربه بیماری‌های خاص و انجام پژوهش در یک بافت فرهنگی مشخص. از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از نمونه‌های متنوع‌تر، مطالعات طولی و روش‌های ترکیبی، تغییرات فرایند معناسازی را در مراحل مختلف بیماری و نیز در فرهنگ‌های گوناگون بررسی کنند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که معناسازی یکی از مهم‌ترین فرایندهای روان‌شناختی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات است. این فرایند از طریق بازسازی ارزش‌ها، افزایش تاب‌آوری، تقویت امید، بهبود روابط بین‌فردی، پذیرش رنج و جهت‌بخشی دوباره به زندگی، نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری بیماران ایفا می‌کند. از این رو، توجه به معناسازی در طراحی مداخلات روان‌شناختی، برنامه‌های توان‌بخشی و آموزش علوم پزشکی می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت بیمارمحور، افزایش سلامت روان بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان منجر شود.

رویکرد کیفی این پژوهش امکان بررسی عمیق تجارب زیسته افراد را فراهم آورد و تاب‌آوری قابل توجه افرادی را که در دل شرایط دشوار به معنا دست یافته‌اند، آشکار کرد. روایت‌های مشارکت‌کنندگان، مانند تمایل به «برجای گذاشتن اثری مثبت» (م ۱) یا اولویت‌دادن به سلامت به‌عنوان یک هدف معنادار (م ۷)، نشان‌دهنده راهبردهای انطباقی است که افراد برای مواجهه با بحران‌های وجودی به کار می‌گیرند.

کاربرد در آموزش علوم پزشکی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که معناسازی یکی از مؤلفه‌های اساسی سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات است و توجه به آن می‌تواند در ارتقای کیفیت مراقبت‌های

سلامت نقش مهمی ایفا کند. از این رو، نتایج این پژوهش کاربردهای ارزشمندی در آموزش علوم پزشکی دارد و می‌تواند در طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مراقبت بیمارمحور استفاده شود.

نخست، یافته‌های این پژوهش بر ضرورت تقویت آموزش مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان و متخصصان علوم پزشکی تأکید دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در کنار درمان‌های پزشکی، نیازمند آن بوده‌اند که درمانگران به نگرانی‌های وجودی، ترس از مرگ، احساس پوچی، دغدغه‌های معنوی و تغییرات معنایی آنان نیز توجه کنند. بنابراین، آموزش مهارت‌هایی مانند گوش دادن همدلانه، برقراری ارتباط درمانی مؤثر، پرسش درباره نگرانی‌های وجودی و پاسخ‌گویی مناسب به نیازهای روان‌شناختی بیماران، می‌تواند کیفیت تعامل درمانگر و بیمار را بهبود بخشد.

دوم، یافته‌ها نشان داد که معناسازی در افزایش تاب‌آوری، امید و سازگاری بیماران با شرایط بیماری نقش مهمی دارد. بر این اساس، آموزش مفاهیم مرتبط با معنا، امید، تاب‌آوری، رشد پس از سانحه و مراقبت‌های وجودی به دانشجویان پزشکی، پرستاری، روان‌شناسی، مشاوره و دیگر رشته‌های علوم پزشکی می‌تواند آنان را برای مواجهه مؤثرتر با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات آماده کند. آشنایی دانشجویان با این مفاهیم، زمینه ارائه مراقبتی جامع‌تر و انسان‌محور را فراهم خواهد کرد.

سوم، نتایج این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در زمینه مراقبت معنوی^{۱۶}، مراقبت مبتنی بر معنا^{۱۷} و مراقبت وجودی^{۱۸} باشد. چنین آموزش‌هایی می‌تواند به متخصصان سلامت کمک کند تا علاوه بر درمان علائم جسمانی، در شناسایی و مدیریت رنج وجودی، احساس پوچی، اضطراب ناشی از مرگ و بحران هویت بیماران نیز نقش فعال‌تری ایفا کنند.

چهارم، مدل مفهومی استخراج‌شده از این پژوهش می‌تواند در تدوین راهنماهای آموزشی، سناریوهای آموزش مبتنی بر مورد^{۱۹}، آموزش شبیه‌سازی‌شده و برنامه‌های آموزش بین‌رشته‌ای استفاده شود. به کارگیری روایت‌های واقعی بیماران در آموزش، به دانشجویان کمک می‌کند تا تجربه زیسته بیماران را بهتر درک کنند و درباره ابعاد روان‌شناختی و وجودی بیماری حساسیت بیشتری داشته باشند.

در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ادغام آموزش معناسازی، ارتباط درمانی، مراقبت معنوی و اصول مراقبت بیمارمحور در برنامه‌های درسی علوم پزشکی، می‌تواند به تربیت متخصصانی منجر شود که علاوه بر برخورداری از شایستگی‌های علمی و بالینی، توانایی پاسخ‌گویی به نیازهای روان‌شناختی، معنوی و وجودی بیماران را نیز داشته باشند. این موضوع نه تنها موجب ارتقای کیفیت خدمات سلامت و افزایش رضایت بیماران خواهد شد، بلکه می‌تواند به کاهش رنج روان‌شناختی، بهبود سازگاری با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات نیز کمک کند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش علوم پزشکی باید فراتر از جنبه‌های زیستی باشد و به ابعاد روانی و وجودی بیماران نیز توجه کند. ادغام آموزش‌های مبتنی بر معنا می‌تواند همدلی دانشجویان را افزایش دهد، مهارت‌های ارتباطی را تقویت کند و کیفیت مراقبت را بهبود بخشد. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش بیمارمحور در بهبود نتایج درمانی نقش مهمی دارد (۱۶، ۱۸).

نتیجه‌گیری

این مطالعه کیفی، کاوشی جامع از جست‌وجوی معنا در میان افرادی ارائه می‌دهد که با بحران‌های مرگ و زندگی مواجه هستند و نقش آن را به عنوان سازه روان‌شناختی حیاتی آشکار می‌کند. با تبیین عوامل علی

¹⁶ Spiritual Care

¹⁷ Meaning-Centered Care

¹⁸ Existential Care

¹⁹ Case-Based Learning

(نظیر هدفمندی و انسجام)، راهبردها (مانند نوع دوستی و معنویت)، موانع (از جمله نیست‌انگاری و آشفته‌گی روانی) و پیامدها (همچون آرامش درونی و پذیرش)، این پژوهش چهارچوبی منسجم برای درک چگونگی مواجهه افراد با چالش‌های وجودی فراهم می‌آورد.

یافته‌ها بر ضرورت بهره‌گیری از رویکردهای روان‌درمانی، به‌ویژه معنادرمانی ویکتور فرانکل تأکید دارند؛ رویکردی که معناسازی را در مرکز مداخلات خود قرار داده و به تقویت تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در افرادی که با پریشانی‌های وجودی مواجه هستند، کمک می‌کند. تعامل همدلانه با روایت‌های مشارکت‌کنندگان، ظرفیت عمیق انسان برای یافتن هدف، قدردانی و پذیرش، حتی در مواجهه با مرگ، را برجسته می‌کند. معناسازی به‌عنوان فرایندی پویا و چندبعدی، در سازگاری با بیماری‌های تهدیدکننده حیات نقش کلیدی دارد. این فرایند به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با شرایط دشوار، انسجام روانی خود را حفظ کنند و به زندگی معنا ببخشند. از منظر آموزشی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که توجه به ابعاد وجودی در آموزش علوم پزشکی ضروری است و می‌تواند به تربیت متخصصانی توانمندتر منجر شود.

با وجود دستاوردهای این پژوهش، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد؛ از جمله تمرکز بر افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات، چالش‌های اخلاقی مرتبط با طرح موضوع مرگ و همچنین مهارت‌های مصاحبه‌گری پژوهشگر که می‌تواند در عمق داده‌ها تأثیرگذار باشد. این عوامل تعمیم‌پذیری و گستره یافته‌ها را محدود می‌کنند.

بر این اساس، انجام پژوهش‌های آتی با بهره‌گیری از رویکردهای ترکیبی (کمی و کیفی)، مطالعات طولی و نمونه‌های متنوع‌تر (با در نظر گرفتن متغیرهایی مانند جنسیت، سطح تحصیلات و زمینه‌های فرهنگی) ضروری به نظر می‌رسد. چنین پژوهش‌هایی می‌توانند درک عمیق‌تری از ماهیت پویا و چندبعدی معنا فراهم آورند و به ارتقای مداخلات درمانی و حمایت مؤثرتر از

افراد در مسیر دستیابی به انسجام وجودی کمک کنند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که توجه به فرایند معناسازی می‌تواند زمینه طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر معنا و نیز توسعه آموزش مراقبت‌های وجودی در نظام آموزش علوم پزشکی را فراهم کند؛ موضوعی که در اسناد و راهنماهای بین‌المللی سال‌های اخیر نیز بر آن تأکید شده است (۲۱، ۲۲، ۲۴-۲۶).

سپاسگزاری

در درجه اول، مراتب سپاس عمیق خود را تقدیم می‌کنم به استاد فرهیخته و ارجمند، جناب آقای دکتر فریرز باقری که با دانش، دقت نظر و رهنمودهای دلسوزانه‌شان، در تمامی مراحل این تحقیق نقشی کلیدی و راهگشا ایفا کردند. بدون حمایت‌ها و راهنمایی‌های علمی ایشان، انجام این پژوهش به این صورت میسر نبود. همچنین از سرکار خانم مهرناز آزادیکتا بابت نظرهای سازنده و دقیقشان در بهبود کیفیت علمی این کار، صمیمانه قدردانی می‌کنم.

ملاحظات اخلاقی

پیش از آغاز پژوهش، اهداف مطالعه برای تمامی مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله می‌توانستند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند. همچنین، به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و در گزارش نتایج، از کد یا نام مستعار به‌جای نام واقعی استفاده خواهد شد. تمامی فایل‌های صوتی و متون مصاحبه‌ها صرفاً در اختیار پژوهشگر قرار داشت و تنها برای اهداف پژوهشی استفاده شد. این مطالعه موفق شده است از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تأییدیه اخلاقی به شماره IR.IAU.SRB.REC.1402.264 دریافت کند.

References

1. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Simon and Schuster; 1985.
2. Frankl VE. Psychiatry and man's quest for meaning. *J Relig Health*. 1962;93-103.
3. Park C. Meaning making in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol*. 2010;14(2).
4. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol*. 1997;1(2):115-44.
5. Kang KA, Han SJ, Lim YS, Kim SJ. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2019;42(4):332-40.
6. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychosoc Oncol*. 2010;19(1):21-8.
7. Park CL, George LS. Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *J Posit Psychol*. 2013;8(6):483-504.
8. Park CL, Ai AL. Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *J Loss Trauma*. 2006;11(5):389-407.
9. Lee V. The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Support Care Cancer*. 2008;16(7):779-85.
10. Thomas LPM, Meier EA, Irwin SA. Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(10):488.
11. Kang KA, Song I, Lee MN. The effects of symptom distress and depression on quality of life in patients with terminal cancer: The mediating role of meaning in life and spiritual well-being. *Cancer Nurs*. 2026;49(4):280-9.
12. Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research; New York: Routledge; 2010.
13. Charmaz K. Constructing grounded theory. Los Angeles: Sage; 2014.
14. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques; Los Angeles: Sage; 1998.
15. Lincoln YS. Naturalistic inquiry. Los Angeles: Sage; 1985.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
17. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
18. Epstein RM, Street Jr RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-103.
19. Branch WT. Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):162-7.
20. Wear D, Zarconi J. Can compassion be taught? Let's ask our students. *J Gen Intern Med*. 2008;23(7):948-53.
21. Organization WH. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018.
22. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112.
23. Network NCC. Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2003;1(3):344-74.
24. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):9.
25. Wang Z, Xu D, Yu S, Liu Y, Han Y, Zhao W, et al. Effectiveness of meaning-centered interventions on existential distress and mental health outcomes in cancer survivors and their family caregivers: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2025;22(1):e12752.
26. King LA, Hicks JA. The science of meaning in life. *Annu Rev Psychol*. 2021;72:561-584.