Journal of Spiritual Health

2024, Volume 2, Issue 4
Pages: 270-276

10.30491/JSH.2.4.270

Effectiveness of Spiritual Health Promotion Package Based on Flourishing the Basic Beliefs of Kidney Cancer Patients

Nasrin Mojabi [1], Nasrin Bagheri [1*], Simin Bashardoust [1]

[1] *Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran*

Abstract

Background and Aim: Cancer patients face many challenges. They are trying to use spiritual approaches to adapt to these challenges. This study aimed to investigate the effectiveness of a spiritual health promotion package based on the basic beliefs of kidney cancer patients in Tehran.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population was all people with kidney cancer who were members of the Tehran Kidney Cancer Society in 2022-2023, and 30 people were selected in a targeted way and randomly assigned to the experimental group and the control group. The health promotion package based on spiritual prosperity was implemented in the experimental group. Catlin and Epstein's (1992) Basic Beliefs Questionnaire was used to collect information. Data were analyzed using SPSS 22 software and variance analysis or repeated measurement.

Results: The results indicate that the mean scores of the patients' basic beliefs between the experimental and control groups have a significant difference (P<0.001) and the spiritual health promotion package based on prosperity increases the patients' basic beliefs in patients with kidney cancer in a stable manner (P<0.001).

Conclusion: According to the results, the spiritual health promotion package can be effective in improving the basic beliefs of kidney cancer patients.

Keywords: Spiritual Health, Basic Beliefs, Kidney Cancer.

*Corresponding author: **Nasrin Bagheri,** Email: bagheri@riau.ac.ir

Received: 26 December 2023 **Accepted:** 11 February 2024

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲
صفحات: ۲۷۶-۲۷۰
10.30491/JSH.2.4.270

اثربخشی بسته ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی بر باورهای اساسی بیماران مبتلا به سرطان کلیه

نسرین مجابی[۱]، نسرین باقری[۱*]، سیمین بشردوست[۱]

[۱] گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به سرطان با چالش‌های زیادی مواجهه هستند. آن‌ها برای سازگاری با این چالش‌ها در تلاش هستند که از رویکردهای معنوی استفاده نمایند. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی بسته ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی بر باورهای اساسی بیماران مبتلا به سرطان کلیه شهر تهران انجام شد.

روش‌ها: روش پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سرطان کلیه عضو انجمن سرطان کلیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به گروه آزمایش و گروه کنترل به شیوه تصادفی تخصیص یافتند. بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی معنوی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. از پرسشنامه باورهای اساسی کاتلین و ایستاین (۱۹۹۲) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یا اندازه‌گیری مکرر بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات باورهای اساسی بیماران بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P<۰/۰۰۱$) و بسته ارتقا سلامت معنوی براساس شکوفایی، باورهای اساسی بیماران را در بیماران مبتلا به سرطان کلیه به صورت پایدار افزایش داده است ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، بسته ارتقای سلامت معنوی می‌تواند در بهبود باورهای اساسی بیماران مبتلا به سرطان کلیه از کارایی لازم برخوردار باشد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، باورهای اساسی، سرطان کلیه.

*نویسنده مسئول: **نسرین باقری.** پست الکترونیک: bagheri@riau.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۲۲

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

مقدمه

یکی از وقایع زندگی بشر، بروز ناخوشی‌های مزمن می‌باشد. با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به سرطان و سایر ناخوشی‌های مزمن، نسبت به قبل، از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند و بیش از پیش با مشکلات روحی و مسائل مربوط به سازگاری روبرو می‌شوند (۱). این در حالی است که مراقبت‌های کنونی بهداشتی، به ابعاد روانی بیماری توجه کمتری مبذول می‌دارند و در عوض بیشتر بر درمان بیماری و مدل‌های درمانی تأکید می‌ورزند. بیماری‌هایی مانند سرطان آثار مخربی بر بیمار، خانواده و دیگر افراد در رابطه با او دارد. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت سرطان یک بیماری تهدید کننده زندگی است به گونه‌ای که سالانه سبب مرگ بیش از ۷/۶ میلیون نفر می‌گردد (۲) سرطان بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی دومین علت مرگ در جوامع انسانی است. در ایران نیز این بیماری پس از بیماری قلبی و تصادفات مقام سوم را در این زمینه به خود اختصاص داده است (۳).

سرطان موجب یک عدم تعادل عمده در بیمار و خانواده‌اش می‌شود و مجموعه‌ای از چالش‌های جدید را برای هر دو فراهم می‌کند. دست کم، زندگی عادی روزانه آن‌ها تغییر می‌یابد؛ به این دلیل که آن‌ها تلاش می‌کنند با بیماری سازش یابند و به خواسته‌های این تهدید پاسخ دهند (۴). این در حالی است که بیشتر مراقبت‌های انجام گرفته از مبتلایان به سرطان، ناظر به برطرف کردن نیازهای جسمی‌آنان می‌باشد و به نیازهای روحی و روانی توجه کمتری مبذول می‌گردد. یکی از مؤلفه‌هایی که در بیماری‌های مزمن و مقابله باپریشانی‌های روان شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است، باورهای اساسی است (۵).

باورها به عنوان ساختارهایی نسبتاً پایدار از مهمترین ویژگی‌های فردی هستند که می‌توانند بخش زیادی از احساس و اندیشه فرد را تبیین کنند. همچنین به عنوان طرحواره‌هایی کلی و جامع، دیدگاه، نگرش، تفسیر و ارزیابی فرد از موقعیت را شکل می‌دهند (۶). نظریه‌پردازان رویکرد شناختی- اجتماعی (cognitive-social approach) عوامل مربوط به باورها، انگیزش و شخصیت فرد را به عنوان میانجی بین محرک‌های بیرونی و رفتار در نظر می‌گیرند. در نظریه Bowlby (۷) باورها الگوهایی که افراد از خود و دنیا می‌سازند و به آن‌ها این امکان را می‌دهد که رخدادها را درک کنند، آینده را پیش‌بینی نمایند و برای آن برنامه‌ریزی کنند، یاد شده است. Huppert (۸) نیز مفهوم دنیای بازنمودی را برای اشاره به سامانه باورها به کار می‌برند؛ که مجموعه‌ای از برداشت‌های سازمان‌یافته و بادوام که از تجارب ناشی شده‌اند و به شکل یک نقشه شناختی عمل می‌کند. اپستاین نیز در نظریه خودشناختی- تجربه‌ای به باورهای اساسی فرد که شامل باور به نیک نهادی دنیا، باور به معناداری دنیا، باور به ارزشمندی خود و باور مطلوب درباره روابط با دیگران است، اشاره می‌کند (۵). این طرحواره‌ها به دلیل ماهیت انتزاعی و تأثیر گسترده‌ای که بر کل شناخت دارند، نسبتاً پایدار بوده و به سختی دستخوش تغییر می‌شوند. باورها توسط روان شناسان متعددی مورد تأکید قرار گرفته است به طور مثال در نظریه Bowlby (۷) از باورها به عنوان الگوهای دنیا؛ الگوهایی که افراد از خود و دنیا می‌سازند و به آن‌ها این امکان را می‌دهد که رخدادها را درک کنند، آینده را پیش‌بینی نمایند و برای آن برنامه‌ریزی کنند، یاد شده است. در نظریه Enns و همکاران (۹) از سازه دنیا فرضی یاد شده است که باورهای فرد درباره خود و دنیا به عنوان کلی‌ترین ساختارها در هسته دنیای فرضی قرار می‌گیرد.

شکوفایی، انسان، موضوعی است که قرن‌ها ذهن اندیشمندان را به خود مشغول کرده است و اخیراً مورد توجه شاخه‌ای از روان‌شناسی به نام روان‌شناسی مثبت‌گرا قرار گرفته است (۱۰). شکوفایی به تجربه خوب از زندگی داشتن اشاره دارد و ترکیبی از احساس خوب و عملکرد موثر داشتن است. شکوفایی با سطح بالایی از بهزیستی ذهنی و سلامت روان بهینه که متفاوت از نبود بیماری روانی است، مترادف است (۱۱). شکوفایی به خوب بودن، رشد کردن، موفق شدن و برجسته بودن نیز اشاره دارد (۱۲) و به شادکامی و زندگی خوب منجر می‌گردد (۱۳). مردم وقتی می‌توانند از توان و ظرفیت واقعی خود استفاده کنند، لذت را تجربه می‌کنند و می‌خواهند این لذت را با افزایش توان و ظرفیت خود افزایش دهند. شکوفایی به شادکامی خیلی مرتبط است به دلیل اینکه موفقیت در زندگی، فرد را خوشحال و شادکام می‌سازد و به موفقیت‌های بیشتر نیز منجر می‌گردد (۱۴). شکوفایی در انسان از طریق به کارگیری ظرفیت و استعداد شکل می‌گیرد. همه انسان‌ها دارای نیازهای فیزیکی، روانشناختی و ادراکی هستند. برآورده شدن این نیازها به شکوفایی و شادکامی منجر می‌گردد. شکوفایی سطح بالایی از سلامت روان را به وسیله بهزیستی اجتماعی، روانی و هیجانی توصیف می‌کند (۱۵).

با توجه به تعاریف و دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا که در مورد شکوفایی ارائه شده است، دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا عموما مدل‌های شکوفایی کلی را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۶). این دیدگاه‌ها برای ارائه مدل‌های جامع از عملکرد بهینه فرد، هم بر نیاز روان شناختی رضایت و هم سلامت روانی تأکید نموده‌اند (۱۷) و افراد شکوفا را کسانی می‌دانند که علاوه بر اینکه احساس خوبی دارند، خوب عمل می‌کنند، آن‌ها به طور منظم هیجان‌های مثبتی تجربه می‌کنند، در زندگی روزانه خود برجسته هستند و به صورت سازنده با محیط اطراف خود مشارکت می‌کنند (۱۸). با این توضیح انتظار می‌رود که برنامه‌های آموزشی به منظور پرورش و ارتقا شکوفایی، ارتقادهنده احساس مثبت و عملکرد مثبت فردی و اجتماعی افراد باشد. پژوهش‌های معدودی در مورد اثربخشی برنامه ارتقای شکوفایی انجام شده است (۱۹). در یک پژوهش با عنوان تأثیر هفت هفته‌ای آموزش شادکامی مبتنی بر بهزیستی روان شناختی، کاهش استرس، و افزایش ذهن آگاهی و شکوفایی به این نتیجه دست یافتند که این مداخله اثر مثبتی بر روی شکوفایی افراد دارد. در پژوهش دیگری با عنوان راهبردهای تنظیم هیجان

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

سلامت هیجانی افراد شکوفا را بهبود می‌بخشد (۲۰)

Barber و همکاران (۲۱) به این نتیجه دست یافتند که برای رسیدن به شکوفایی، افراد به جای اجتناب از تجربه هیجان، باید از راهبردهای تنظیم هیجان بهره گیرند و راهبردهای تنظیم هیجانی در پرورش شکوفایی افراد تأثیرگذار است.

در پژوهشی که Pozo Muñoz و همکاران (۲۲) به این نتیجه دست یافتند که شکوفایی با سلامت روان و بهزیستی رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. شکوفایی با رضایت از حمایت دریافتی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. شکوفایی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سالم در نظر گرفته می‌شود و باید هدف مداخلات روانی اجتماعی باشد.

در پژوهشی Cho, Docherty (۲۳) در یک مطالعه مروری با عنوان تحلیل مفهومی‌شکوفایی انسان در نوجوانان و جوانان مبتلا به سرطان با استفاده از روش تحلیل مفهومی‌تکاملی راجرز به بررسی مفهوم شکوفایی انسان در زمینه نوجوانان و جوانان مبتلا به سرطان پرداختند. شکوفایی را در نوجوانان و بزرگسالان جوان مبتلا به سرطان به عنوان یک فرآیند مستمر و پویا از رشد و بلوغ در بین ابعاد درون فردی، بین فردی و فرد- محیطی توصیف می‌کنند. نوجوانان و جوانان مبتلا به سرطان در حال شکوفایی به یکپارچگی درونی دست می‌یابند، تغییرات مثبتی را در محیط خود ایجاد می‌کنند و در نهایت وجودی هماهنگ و متعادل با دنیای خارج ایجاد می‌کنند. به این نتیجه دست یافتند که شکوفایی انسان می‌تواند یک هدف جدید مراقبت‌های بهداشتی باشد که پرستاران می‌توانند بر روی افراد مبتلا به سرطان اعمال کنند. با توجه به مطالعات محدود انجام شده درمورد شکوفایی در افراد با بیماری‌های مزمن و با توجه به مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی بر باورهای اساسی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (سرطان کلیه) است.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با بهره‌گیری از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به سرطان کلیه عضو انجمن سرطان کلیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. جهت انتخاب تعداد نمونه با حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد. بدین شیوه که از بین افراد مبتلا به سرطان کلیه مراجعه‌کننده به انجمن سرطان کلیه، افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند ۳۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بر روی گروه آزمایش، مداخله و آموزش شکوفایی انجام گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل ابتلا به انواع اختلالات سایکوتیک، تجربه سکته مغزی و قلبی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی در طی شش ماه گذشته بود.

جدول-۱. برنامه آموزش شکوفایی Compton و Haffman (۱۷)

جلسه ۱	معارفه و آشنایی، اجرای پیش آزمون، مقدمه‌ای راجع به دوره، انتظارات از دوره
جلسه ۲	مقدمه‌ای راجع به شکوفایی و معرفی روان شناسی مثبت، معرفی الگوهای فکری
جلسه ۳	مروری بر موضوعات جلسه قبل، مروری بر عناصر شکوفایی شامل هیجان‌های مثبت، مجذوبیت، روابط، معنا و پیشرفت (PERMA) با تاکید برهیجان‌های مثبت، فعالیت در کلاس تجربه هیجان مثبت و منفی، بیان احساسات و افکار
جلسه ۴	مروری بر موضوعات جلسه قبل، سخنرانی درباره مجذوب شدن و رها شدن در یک فعالیت لذت‌بخش، تمرین گروهی، پرسش و پاسخ راجع به مجذوب شدن در یک فعالیت خاص و بررسی موانع مجذوبیت
جلسه ۵	سخنرانی در مورد روابط، روابط و بهزیستی، فعالیت اعتماد سازی، در مورد اعتماد چه می‌دانید و چطور روابط خود را شکل می‌دهید؟
جلسه ۶	سخنرانی راجع به هدف و معنا در زندگی برگزیده‌ای از کتاب ویکتور فرانکل، چگونه می‌توان معنای بیشتری به زندگی خود بدهید.
جلسه ۷	معرفی مفهوم موفقیت و پیشرفت، خصوصیات افراد موفق، عوامل پیشرفت، پرسش و پاسخ.
جلسه ۸	مروری بر موضوعات مطرح شده در کل دوره، اجرای پس آزمون و اختتام دوره است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه باورهای اساسی: برای سنجش باورهای اساسی در این پژوهش از دو زیر مقیاس باور به دنیای معنادار (۱۵ گویه) و باور به خود مطلوب (۹ گویه) از سیاهه باورهای اساسی Catlin و Epstein، که در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است، استفاده گردید. این سیاهه ۱۰۲ گویه‌ای به منظور اندازه‌گیری چهار باور اساسی که مورد تأکید نظریه- خودشناختی- تجربه‌ای قرار گرفته‌اند، طراحی شده است. یک مقیاس کلی مطلوبیت باورها و چهار مقیاس متناظر با چهار باور اساسی زیر مقیاس‌های آن هستند. شرکت‌کنندگان به گویه‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، شامل پیوستاری از گزینه‌های کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) پاسخ می‌دهند. پژوهش Catlin و Epstein، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های دنیای معنادار (۰/۸۸) و باور به خود مطلوب (۰/۷۳) به‌دست آورد (۲۴). در ایران در پژوهش حجازی و همکاران، اعتبار ابزار به روش بازآزمایی ۰/۸۳ و با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های دنیای معنادار ۰/۸۴ و باور خود مطلوب ۰/۷۲ به دست آمده است (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۸ به‌دست آمد.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

برنامه آموزش شکوفایی بومی: با استفاده از مدل‌های تدوین شده توسط برنامه تاب‌آوری، نقاط قوت شخصیت و شکوفایی (۲۶) و کتاب روان‌شناسی مثبت در آموزش مؤلفه‌های سلامت معنوی Compton و Haffman (۱۷) به کار گرفته شد. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی در پنج حوزه اصلی مداخله یعنی هیجان‌های مثبت، روابط، مجذوبیت، معنا و پیشرفت بود که در ۸ جلسه ۲ ساعته به اجرا درآمد. درضمن جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و فعالیت در کلاس انجام شد.

نتایج

در این پژوهش داده‌های مربوط به ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان کلیه در گروه آزمایش و کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴/۴۶ ± ۴۳/۲۵ و در گروه کنترل ۴/۳۵ ± ۴۵/۰۶ بود. همچنین در گروه آزمایش ۱۰ نفر زن و ۵ نفر مرد و درگروه کنترل ۹ نفر زن و ۶ نفر مرد حضور داشتند. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد باورهای اساسی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل آماری به غربالگری داده‌ها و شناسایی پرت‌های تک متغیره با نمودار جعبه‌ای پرداخته شد. نتایج نشان داد که پرت تک متغیره‌ای وجود ندارد. شناسایی پرت‌های چندمتغیره نیز با آماره ماهالانوبیس صورت گرفت.

با هدف ارزیابی مفروضه‌های توزیع نرمال و همگنی واریانس‌های باورهای اساسی، شاخص شاپیرو- ویلک و آزمون لون هریک از متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال در دو گروه و سه مرحله است. نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای باورهای اساسی در گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌ها برقرار است. مفروضه استقلال متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد ارزش F ($F = ۱۲/۵۱۷, P>۰/۰۵$) برای باورهای اساسی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

منطبق بر نتایج جدول ۳، تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هر دو بُعد باورهای اساسی در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر دو بُعد برقرار است. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر باورهای اساسی را نشان می‌دهد. جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر دنیای معنادار و باور به خود مطلوب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول-۲. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد باورهای اساسی (دنیای معنددار و باور به خود مطلوب)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
دنیای معنددار	آزمایش	۱۲/۶۱ ± ۶۱/۳۱	۴۲/۱۰ ± ۶۸/۶۸	۱۰/۳۳ ± ۶۸/۳۱
	کنترل	۸/۶۸ ± ۶۷/۳۷	۹/۶۸ ± ۴۸/۶۸	۷/۷۹ ± ۶۸/۱۸
باور به خود مطلوب	آزمایش	۹/۸۴ ± ۴۹/۰۰	۹/۸۷ ± ۵۸/۴۳	۹/۶۶ ± ۵۵/۴۳
	کنترل	۹/۶۸ ± ۴۸/۶۸	۹/۶۱ ± ۴۸/۶۸	۹/۱۶ ± ۴۸/۸۷

جدول-۳. تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس خطاهای کوواریانس

باورهای اساسی	شاخص موخلی	X^2	سطح معنی داری
دنیا معنادار	۰/۶۴۳	۱۹/۴۲	۰/۰۵۸
باور به خود مطلوب	۰/۲۰۷	۶۹/۱۹۷	۰/۱۴۰

جدول-۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر باورهای اساسی

ابعاد باورهای اساسی	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	سطح معنی داری	η^2
دنیای معنادار	۶۶۳/۳۶۹	۶۱۶/۹۳۸	۲۴/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸
باور به خود مطلوب	۷۹۳/۹۳۸	۵۷۵/۶۸۸	۳۱/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰

بحث

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بسته ارتقای سلامت معنوی در باورهای اساسی بیماران مبتلا به سرطان کلیه بود. یافته‌ها نشان داد که بسته ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی، باورهای اساسی را در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (سرطان کلیه) افزایش داده است. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که شکوفایی روشی است که در ترکیب با خودآرام‌سازی و جهت گیری‌های خاص ذهنی نسبت به یک تجربه، هشیاری نسبت به زمان اکنون، بدون پیش‌داوری، کاهش درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (۲۷). شکوفایی معمولاً شامل تمرکز بر لحظه حال یا اکنون با استفاده از تنفس به عنوان یک لنگر و تکیه است، به افکار مزاحم اجازه می‌دهد بدون پیش‌داوری از ذهن

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

عبور کنند (۲۸).

در نتیجه این تکنیک به فرد آموزش می‌دهند که پاسخ‌های متناسب‌تری برای ناراحتی‌های هیجانی جایگزین کند و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش دهد. در شکوفایی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را از خودشان مجزا کنند و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (۲۷). در شکوفایی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری مثل شناسایی موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تأکید شده است (۲۹). تمرینات شکوفایی به آزمودنی‌ها یاد می‌دهد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند. با بکارگیری فنون شناختی از جمله فن غیر قضاوتی بودن به افراد یاد می‌دهند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت بپذیرند؛ این روش مانع از ایجاد تفکرات منفی می‌شود و باعث تغییراتی در الگوها، باورها و نگرش‌های فرد در مورد افکارش می‌شود در نتیجه به مرور و با تکرار تمرینات شکوفایی، باورهای اساسی مانند دنیای معنادار و باور به خود مطلوب تغییر می‌یابد (۳۰). همچنین می‌توان بیان داشت که در بسته ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی تلاش می‌شود تا افراد به بینش دست یابند و همین خود دلیلی برای افزایش باورهای اساسی است. هدف شکوفایی، تغییر روابط اشخاص با هیجانات و کاهش اجتناب از تجارب هیجانی است (۳۱) همین تمرین‌ها خود عاملی برای ارتقای باورهای اساسی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل متغیرهای مهم و تأثیرگذار در بیماری‌های مزمن مانند حمایت‌های اجتماعی و عاطفی دریافت شده از جانب والدین، خانواده و دوستان و تاب‌آوری اشاره داشت. پیگیری مطالعه حاضر فقط در یک اندازه‌گیری و در بازه زمانی دو ماهه انجام شده است. انجام مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری بلندمدت و چند مرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می‌دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس تجزیه و تحلیل آماری گروه درمانی، ارتقای سلامت معنوی براساس شکوفایی روشی مناسب جهت درمان باورهای اساسی در بیماران مبتلا به سرطان کلیه شناخته شد، ولی تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیرد هر چند تلاش شده است که شرایط تا حد امکان کنترل گردد، اما کنترل همه شرایط مقدور نمی‌باشد. در ضمن معنویت درمانی و سلامت معنوی، در حوزه روانشناسی درمانی جدید است که نیازمند پژوهش‌های گسترده در همه زمینه‌ها است. لذا مناسب‌تر است که این درمان روی انواع دیگر بیماران و با مراحل گوناگون بیماری انجام گیرد و نتایج حاصل مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روانشناسی است. اخذ مجوزهای اخلاقی و کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1401.007، اخذ رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات شرکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Linehan WM, Schmidt LS, Crooks DR, Wei D, Srinivasan R, Lang M, et al. The metabolic basis of kidney cancer. Cancer Discovery. 2019;9(8):1006-21.
2. Scelo G, Larose TL. Epidemiology and risk factors for kidney cancer. Journal of Clinical Oncology. 2018;36(36):3574.
3. Utne I, Miaskowski C, Paul SM, Rustøen T. Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. Supportive Care in Cancer. 2013;21:2527-35.
4. Graham J, Heng DY, Brugarolas J, Vaishampayan U. Personalized management of advanced kidney cancer. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2018;38:330-41.
5. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. Physical symptom burden and its association with distress, anxiety, and depression in breast cancer. Psychosomatics. 2018;59(5):464-71.
6. Krajewski KM, Pedrosa I. Imaging advances in the management of kidney cancer. Journal of Clinical Oncology. 2018;36(36):3582.
7. Garrett PM. Bowlby, Attachment and the Potency of a 'Received Idea'. The British Journal of Social Work. 2023;53(1):100-17.
8. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2009;1(2):137-64.
9. Enns A, Eldridge GD, Montgomery C, Gonzalez VM. Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. Nurse education today. 2018;68:226-31.
10. Kim HM, Lee SW. Beneficial effects of appropriate sleep duration on depressive symptoms and perceived stress severity in a healthy population in Korea. Korean Journal of Family Medicine. 2018;39(1):57.
11. Federenko IS, Schlotz W, Kirschbaum C, Bartels M, Hellhammer DH, Wüst S. The heritability of perceived stress. Psychological Medicine. 2006;36

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]

(3):375-85.
12. Paknahad N, Saffarinia M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Stress, Negative Mood, Self-Efficacy and Pain Perception in Patients with Rheumatoid Arthritis. Health Psychology. 2023;12(45):129-46.
13. Palermos SO. System Reliabilism and basic beliefs: defeasible, undefeated and likely to be true. Synthese. 2021;199(3-4):6733-59.
14. Poot CC, Meijer E, Kruis AL, Smidt N, Chavannes NH, Honkoop PJ. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;9(1):17-24.
15. Siontis KC, Noseworthy PA, Attia ZI, Friedman PA. Artificial intelligence-enhanced electrocardiography in cardiovascular disease management. Nature Reviews Cardiology. 2021;18(7):465-78.
16. Ponte Márquez PH, Feliu-Soler A, Solé-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, et al. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. Journal of Human Hypertension. 2019;33(3):237-47.
17. Compton WC, Haffman E. Positive Psychology: The Science of Happiness and Flourishing. United States: Wadsworth, Cengage Learnin; 2012.
18. Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2014; 43(1):97-106.
19. Compton WC, Hoffman E. Positive psychology: The science of happiness and flourishing. Sage Publications; 2019.
20. Conner TS, DeYoung CG, Silvia PJ. Everyday creative activity as a path to flourishing. The Journal of Positive Psychology. 2018;13(2):181-9.
21. Barber LK, Bagsby PG, Munz DC. Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. Personality and Individual Differences. 2010;49(6):663-6.
22. Pozo Munoz C, Bretones Nieto B, Vazquez Lopez MA. When your child has cancer: a path-analysis model to show the relationships between flourishing and health in parents of children with cancer. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(23):12587.
23. Cho E, Docherty SL. Beyond resilience: a concept analysis of human flourishing in adolescents and young adults with cancer. Advances in Nursing Science. 2020;43(2):172-89.
24. Catlin G, Epstein S. Unforgettable experiences: The relation of life events to basic beliefs about self and world. Social cognition. 1992;10(2):189-209.
25. Hejazi EL, Sadeghi N, Shirzadifard M. The relationship between basic beliefs and perception of parental relationships and students subjective well-being. Journal of School Psychology. 2014;2(6-24/4):43-61.
26. VanderWeele TJ. Activities for flourishing: An evidence-based guide. Journal of Positive School Psychology. 2020;4(1):79-91.
27. Abdolghaderi M, Narimani M, Atadokht A, Abolghasemi A, Kafie M, Hatamian H. The Effect of a Positive Treatment Approach on Improving Sleep and Reducing Pain in Patients with Multiple Sclerosis. Health Psychology. 2022;11(42):117-30.
28. Stoeber J, Corr PJ. A short empirical note on perfectionism and flourishing. Personality and Individual Differences. 2016;90:50-3.
29. Seligman ME. Learned optimism: How to change your mind and your life. New York: Vintage; 2012.
30. Bolier JM. Posirive Psychology Online: Using the internet to promote flourishing on a large scale. Enschede: University of Twente; 2015.
31. Harris A, Li J, Atchison K, Harrison C, Hall D, VanderWeele T, et al. Flourishing in head and neck cancer survivors. Cancer Medicine. 2022;11(13): 2561-75.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.270]