Journal of Spiritual Health

2026, Volume 5, Issue 1
Pages: 859-867
10.30491/JSH.5.1.859

The Effectiveness of a Self-Care Protocol Based on Psychosocial and Spiritual Health on Social and Spiritual Health in Military Personnel with Prostate Cancer

Ali Fathi-Ashtiani [1*], Seyed Morteza Hosseini [2]

[1] *Behavioral Sciences Research Center, Life Style and Spiritual Health Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Spiritual Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Prostate cancer is not merely a physical illness for many soldiers; rather, it is an experience that challenges their sense of meaning, identity, and personal roles. Given that military life is closely associated with strength, discipline, and self-sacrifice, confronting this disease may necessitate a re-evaluation of one's sense of meaning, interpersonal relationships, and self-care practices. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of a self-care protocol based on psychosocial and spiritual health in improving the psychosocial and spiritual health of soldiers with prostate cancer.

Methods: The research method was a quasi-experimental with a two-group-four-stage design (pre-test, post-test, one-month follow-up, and two-month follow-up). The statistical population was the soldiers of a military unit with prostate cancer in Isfahan in 2025. From the aforementioned population, 40 people were purposefully selected and randomly assigned to the experimental group (20) and the control group (20). The pre-test was administered using the Keyes Social Well-Being Questionnaire (1998) and the Polotzine and Ellison Spiritual Health Questionnaire (1982). Subsequently, the experimental group underwent 8 weekly 90-minute sessions of self-care protocol; while the control group did not receive any treatment, and finally, the post-test was administered. Finally, both groups were assessed at one-month and two-month follow-ups.

Results: The results of analysis of variance with repeated measures and the Bonferroni test showed that the self-care protocol based on psychosocial-spiritual health specific to military personnel with prostate cancer has an effect on improving social and spiritual health in these patients, and this effect is stable over time (P <0.01).

Conclusion: Based on the results, the self-care protocol based on psychosocial-spiritual health has an effect on increasing the social and spiritual health of military personnel with prostate cancer, which is consistent with previous studies on the effect of self-care protocols on this group. Therefore, this protocol can be considered a complementary psychological method to improve the health of military personnel with prostate cancer.

Keywords: Self-Care Protocol, Mental Health, Social Health, Spiritual Health, Military Personnel, Prostate Cancer.

*Corresponding author: **Ali Fathi-Ashtiani,** Email: afa1337@gmail.com

Received: 1 April 2026 **Accepted:** 24 May 2026

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

مجله سلامت معنوی
دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵
صفحات: ۸۶۷-۸۵۹
10.30491/JSH.5.1.859

اثربخشی پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر سلامت اجتماعی و معنوی در نظامیان مبتلا به سرطان پروستات

علی فتحی آشتیانی[۱*]، سید مرتضی حسینی[۲]

[۱] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی و سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلامت معنوی، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پروستات برای بسیاری از نظامیان صرفاً یک بیماری جسمانی نیست، بلکه تجربه‌ای است که معنا، هویت و نقش‌های فردی آنان را به چالش می‌کشد. از آنجا که زندگی نظامی با قدرت، انضباط و فداکاری پیوند خورده است، مواجهه با این بیماری می‌تواند بازاندیشی در معنا، روابط و خودمراقبتی را ضروری سازد؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر سلامت اجتماعی و معنوی در نظامیان مبتلا به سرطان پروستات انجام شد.

روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح دو گروهی-چهار مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و پیگیری دو ماهه) بود. جامعه آماری نیروهای یک واحد نظامی مبتلا به سرطان پروستات در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۴ بودند. از جامعه مذکور، ۴۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰) و گواه (۲۰) گمارده شدند و پیش‌آزمون به‌وسیله پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز (۱۹۹۸) و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) اجرا شد. در ادامه، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی پروتکل خودمراقبتی قرار گرفتند؛ در حالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد و در نهایت پس‌آزمون به اجرا در آمد. نهایتاً هر دو گروه در دو پیگیری یک ماهه و دو ماهه مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی نشان داد پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر بهبود سلامت اجتماعی و سلامت معنوی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات تأثیر دارد و این اثر در طول زمان نیز پایدار است ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی در افزایش سلامت اجتماعی و سلامت معنوی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات تأثیر دارد که با مطالعات قبلی مبنی بر اثر پروتکل‌های خودمراقبتی بر این گروه هم‌راستا است. بنابراین این پروتکل را می توان یک روش مکمل روانشناختی به‌منظور بهبود سلامت نظامیان مبتلا به سرطان پروستات در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: پروتکل خودمراقبتی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، نظامیان، سرطان پروستات.

*نویسنده مسئول: **علی فتحی آشتیانی.** پست الکترونیک: afa1337@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

مقدمه

سرطان (cancer) به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که ناشی از رشد غیرقابل کنترل سلول‌ها و تکثیر غیرطبیعی آن‌هاست و در صورت پیشرفت بدون مهار، می‌تواند منجر به مرگ شود (۱). تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که سرطان یکی از سه عامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است و از میان انواع مختلف سرطان، سرطان پروستات (prostate) پس از سرطان پوست شایع‌ترین و پس از سرطان ریه دومین عامل مرگ ناشی از سرطان محسوب می‌شود (۲). در ایران نیز سرطان پروستات، پس از سرطان معده، در مردان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها به شمار می‌رود (۳).

پیامدهای ابتلا به سرطان پروستات و درمان‌های مربوط به آن، شامل بی‌اختیاری ادرار، ناتوانی جنسی و التهاب رکتوم ناشی از پرتوتابی، اثرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارند (۱). متوسط مدت بستری شدن بیماران پروستات بین ۵ تا ۱۰ روز گزارش شده که علاوه بر تحمیل هزینه‌های بالا بر فرد، فشار زیادی بر سیستم درمانی وارد می‌کند (۳). پژوهش‌های گسترده در زمینه عوامل مؤثر بر ابتلا نشان می‌دهند که سن، نژاد، سابقه خانوادگی و ژنتیک، رژیم غذایی، هورمون‌ها، چاقی، عفونت و التهاب پروستات، الگوهای رفتار جنسی، مصرف دخانیات و الکل و مواجهه با اشعه ماورای بنفش از جمله عوامل بالقوه ابتلا هستند. همچنین سبک زندگی، شغل و قرارگیری در معرض مواد زیان‌آور محیطی مانند فلزات سنگین و ترکیبات شیمیایی، نقش قابل توجهی در بروز سرطان پروستات دارد (۴). در این میان، نظامیان یکی از گروه‌های پرخطر به شمار می‌روند (۵).

نظامیان به طور معمول در معرض انواع آلاینده‌های محیطی هستند که ماهیت آن‌ها با مواد شیمیایی یا آلاینده‌های صنعتی یا شرایط زندگی عموم مردم متفاوت است (۶). علاوه بر این، میزان استرس شغلی بالا در این گروه باعث افزایش مصرف دخانیات می‌شود، الگوی خواب آن‌ها به دلیل ساعات کاری نامنظم دچار اختلال است و دوری از خانواده اغلب امکان پیروی از رژیم غذایی سالم را محدود می‌کند. این عوامل در مجموع، احتمال ابتلا به سرطان، به ویژه سرطان پروستات، را در نظامیان افزایش می‌دهند. بر اساس یافته‌های خوشدل و همکاران (۱۳۹۸)، سرطان پروستات دومین سرطان شایع در میان کارکنان نظامی ارتش است (۷). همچنین جونز و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کرده‌اند که این نوع سرطان در میان نظامیان فعال و کهنه‌سربازان شایع‌ترین سرطان محسوب می‌شود و ارتباط نزدیکی با فشارهای شغلی و میزان استرس شغلی آن‌ها دارد (۸).

پیامدهای سرطان پروستات فراتر از جنبه جسمی بوده و سلامت اجتماعی و معنوی نظامیان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالات درمانی، از جمله مشکلات جنسی، بی‌اختیاری ادرار و خستگی مزمن، همراه با اضطراب ناشی از پیش‌آگاهی بیماری، تعاملات اجتماعی و نقش‌های وظیفه‌ای را محدود می‌کند. این محدودیت‌ها می‌توانند موجب انزوای اجتماعی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های جمعی و کاهش حمایت اجتماعی شوند (۹). پیامدهای جنسی و جسمانی بیماری همچنین بر خودکارآمدی، احساس شرم و رضایت زناشویی تأثیر گذاشته و روابط نزدیک و شبکه حمایتی خانواده و همسر/پارتنر را تضعیف می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهند که فقدان گفت‌وگوی صریح درباره مسائل جنسی و عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جنسی مانع بازسازی روابط و بازگشت به تعاملات اجتماعی پیشین می‌شود (۱۰). ویژگی‌های شغلی نظامیان، مانند هویت حرفه‌ای مبتنی بر کارکرد و نقش‌های تیمی، هنگامی که با کاهش توان جسمانی و ناتوانی تعارض پیدا می‌کنند، می‌تواند بحران هویت، شرم شغلی و انزوا اجتماعی ایجاد کند. این شرایط در کهنه‌سربازان، در صورت وجود آسیب‌های رزمی یا اختلال استرس پس از سانحه، پیچیده‌تر می‌شود. اگرچه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند بخشی از این خلأها را پر کند، عوامل فرهنگی، جغرافیایی و ساختاری همچنان پیامدهای اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۱).

از نظر معنوی، اعتقادات و تعلق دینی/وجودی می‌تواند برای بیماران منبع تاب‌آوری، امید و معنا باشد. سطح بالاتر سلامت معنوی با سازگاری بهتر، کاهش اضطراب مرتبط با پیشرفت بیماری و بهبود کیفیت زندگی همراه است. نظامیان، به ویژه کسانی که پیشینه‌ای ارزش‌محور و معنایی در خدمت دارند، می‌توانند از این منابع معنوی برای بازیابی هویت و حس مأموریت بهره ببرند (۱۲). فقدان حمایت اجتماعی و خلأهای معنوی به‌طور ترکیبی بار روانی را افزایش می‌دهد؛ مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که در نبود حمایت اجتماعی و مراقبت معنوی، افسردگی، اضطراب و پریشانی روانشناختی افزایش یافته و توانبخشی مختل می‌شود. این یافته‌ها بر ضرورت برنامه‌های جامع مراقبتی شامل مداخلات روانی، توانبخشی جنسی، حمایت اجتماعی و مراقبت معنوی تأکید دارند (۱۳). بنابراین، طراحی مداخلات یکپارچه برای خودمراقبتی روانی–اجتماعی– معنوی در نظامیان مبتلا به سرطان پروستات ضروری است (۱۰،۱۳). یکی از مداخلات عملی و کارآمد در این زمینه، پروتکل خودمراقبتی است (۱۴). خودمراقبتی به معنای توانایی فرد برای تقویت و بهبود سلامت جسمی و روانی خود از طریق رفتارهای ارتقاءدهنده و تداوم‌بخش است. در این فرایند، فرد به شکل داوطلبانه از دانش، اراده و مهارت خود استفاده کرده و سلامت خود را افزایش می‌دهد. پروتکل‌های خودمراقبتی اجتماعی و معنوی با هدف ارتقای کیفیت زندگی، تاب‌آوری و معناجویی در مواجهه با چالش‌های سلامت طراحی می‌شوند (۱۵).

در بعد اجتماعی، این پروتکل‌ها به افزایش پیوندهای حمایتی، حس تعلق، مشارکت فعال در روابط بین‌فردی و حفظ انسجام اجتماعی کمک می‌کنند، زیرا تعاملات مثبت اجتماعی موجب کاهش انزوا، بهبود سازگاری روانی و ارتقای سلامت ذهنی می‌شوند. همچنین خودمراقبتی اجتماعی به افراد کمک می‌کند از منابع

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

حمایتی رسمی و غیررسمی بهره بگیرند، نقش‌های اجتماعی خود را بازتعریف کنند و احساس ارزشمندی اجتماعی خود را حفظ نمایند (۱۶). در بعد معنوی، پروتکل‌ها ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و امر متعالی را تقویت می‌کنند و از طریق ایجاد معنا، امید و هدف در زندگی، تجربه رنج و بیماری را قابل تحمل‌تر و همراه با آرامش و پذیرش درونی می‌کنند (۱۷). تمرین‌های معنوی شامل مراقبه، دعا، تأمل و بازاندیشی ارزش‌های زندگی بوده و تاب‌آوری روانی، امیدواری و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد (۱۸).

در مجموع، پروتکل‌های خودمراقبتی اجتماعی و معنوی با هدف تقویت سازگاری اجتماعی، افزایش معنا و هدف زندگی و ارتقای سلامت کلی از طریق تلفیق ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی طراحی شده‌اند (۱۷). شواهد نشان می‌دهند که اجرای این پروتکل‌ها می‌تواند سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پروستات را بهبود بخشد (۲۲-۱۹)، اما در زمینه سلامت معنوی، داده‌های کمی در دسترس است. Wennerberg و همکاران (۲۰۲۳) نیز اشاره کردند که پروتکل‌های خودمراقبتی استاندارد سطح مشخصی از مراقبت را فراهم می‌کنند، اما کمتر با ویژگی‌ها و نیازهای جمعیتی خاص سازگار هستند (۲۳). آنان پیشنهاد دادند برای ایجاد رفتارهای پایدار خودمراقبتی در بیماران، پروتکل باید متناسب با ویژگی‌های جمعیتی و تمامی ابعاد آسیب‌پذیری طراحی شود تا بیمار بتواند کنترل فرآیند بیماری خود را در دست گیرد. بنابراین با توجه به شیوع بالای سرطان پروستات در کارکنان نظامی (۷،۸) و پیامدهای منفی آن بر جنبه‌های اجتماعی و معنوی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی-اجتماعی- معنوی بر سلامت اجتماعی و سلامت معنوی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) - چهار مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و پیگیری دو ماهه) بود. جامعه آماری پژوهش شامل نیروهای یک واحد نظامی مبتلا به سرطان پروستات در شهر

جدول-۱. خلاصه جلسات پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی-اجتماعی-معنوی

جلسه	محور اصلی	اهداف اختصاصی	تکنیک‌ها و فعالیت‌های کلیدی	تمرین خانگی
اول	آغاز، تثبیت جسمانی و خودمدیریتی	آشنایی اعضا، ایجاد انسجام گروه، ارتقای کنترل جسمی و خودمراقبتی	آموزش و تمرین عضلات کف لگن، آموزش خودمدیریتی، آموزش سبک زندگی و مدیریت عوامل محرک، آموزش مدل فعالیت/استراحت، شناسایی موانع درمانی، آموزش گزینه‌های دسترسی، تدوین پلن پیگیری شخصی (یادآوری‌ها/اپ/تماس)	ثبت رفتارهای مراقبتی روزانه، تمرین عضلات کف لگن، تنظیم برنامه فعالیت/استراحت
دوم	مدیریت خستگی، استرس و آرام‌سازی بدنی-ذهنی	کاهش خستگی مزمن، بهبود خواب و آرامش جسمی	آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای خستگی (تنظیم انتظارات، تقسیم فعالیت‌ها)، تمرین آرام‌سازی هدایت‌شده، تمرین تنفس آگاهانه، تکنیک توقف/تنفس، تمرین جمله مؤثر	تمرین روزانه تنفس آگاهانه و آرام‌سازی عضلانی
سوم	تنظیم هیجان و کاهش اضطراب و گناه	کاهش احساس گناه، اضطراب سلامت و ترس از عود	شناسایی نوع و محتوای افکار و بازسازی شناختی (افکار خودسرزنش‌گر، خودشرم ساز و سلامتی‌محور)، تکنیک پذیرش، تمرین «۵-۴-۳-۲-۱»، مواجهه تدریجی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی، تمرین ذهن‌آگاهی فاصله‌دار	ثبت افکار اضطرابی و تمرین بازسازی شناختی
چهارم	بازسازی مردانگی و هویت شخصی	بازیابی حس هویت و عزت نفس پس از بیماری	بازسازی باورهای ناکارآمد درباره مردانگی و عملکرد جنسی، چالش باورهای جنسیتی مخدوش، شناسایی ابعاد آسیب‌دیده هویت، طراحی عمل ارزش‌محور خارج از حوزه جنسی، تمرین رفتار فعال‌سازی	نوشتن روایت «من کیستم پس از بیماری»، انجام یک رفتار ارزش‌محور
پنجم	روابط اجتماعی، کاهش شرم و انگ اجتماعی	کاهش احساس شرم، افزایش تعامل و حمایت اجتماعی	بازسازی شناختی متمرکز بر افکار خودشرم‌ساز، پذیرش شرم بدون قضاوت، مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی، تمرین برخوردهای گفتاری، تمرین مهارت‌های ارتباطی، فعال‌سازی رفتاری اجتماعی، مرور نقش‌های اجتماعی، بازتعریف ارتباط با دیگران، گفت‌وگوی درونی نقش‌ها، بازشناسی حمایت‌های پنهان، آموزش بیان نیازها	تمرین گفت‌وگوی حمایتی با یک فرد نزدیک، ثبت موقعیت‌های مواجهه اجتماعی
ششم	آرامش و معنا در زندگی و بیماری	بازسازی معنا، افزایش آرامش و پذیرش معنوی	تمرین ذهن‌آگاهی معنوی، تنفس آگاهانه با مراقبه شفقت، معنانگاری روزانه، برقراری گفت‌وگوی معنوی (پرسش از نیازهای روحی)، بازسازی روایت زندگی از «قربانی» به «قهرمان معنا»	نوشتن سه منبع معنا و امید در زندگی روزمره، نوشتن نامه دلسوزانه برای خود، مراقبه شفقت
هفتم	تاب‌آوری مالی و مدیریت فشار درمان	ارتقای کنترل مالی، کاهش اضطراب اقتصادی	آموزش مهارت آرامسازی، آموزش تاب‌آوری مالی، معنادرمانی مالی، فعال‌سازی رفتار مالی، تکنیک ارزش‌ها، شناسایی موانع مالی و بازسازی شناختی باورهای ناامیدی اقتصادی	طراحی برنامه سه‌مرحله‌ای کنترل هزینه، ثبت احساسات مالی
هشتم	جمع‌بندی، تثبیت مهارت‌ها و برنامه تداوم	مرور دستاوردها، تقویت خودکارآمدی و پایبندی به خودمراقبتی	مرور تمام مهارت‌ها، طراحی برنامه شخصی ۴ هفته‌ای، تمرین آرام‌سازی نهایی، گفت‌وگوی گروهی درباره تغییرات و تعهد به تداوم	-

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

اصفهان در سال ۱۴۰۴ بودند که نمونه‌ای به حجم۴۰ نفر از این جامعه به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. در نظر گرفتن ۲۰ نفر برای هر یک از دو گروه پژوهش، بر مبنای توصیه حداقل ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی (۲۴) و در نظر گرفتن احتمال ریزش بوده است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید اعصاب و روان، عدم مصرف داروهای روانپزشکی در زمان اجرای پروتکل، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی حین اجرای پروتکل و عدم ابتلا به بیماری‌های همزمان و ناتوان کننده جسمانی که مانع از شرکت مداوم در جلسات مداخله شود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم انجام تکالیف محول شده در زمان اجرای پروتکل بود. لازم به ذکر است که دو نفر از گروه آزمایش و سه نفر از گروه گواه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری از روند پژوهش حذف شدند. به این ترتیب تعداد افراد در گروه آزمایش به ۱۸ نفر و تعداد افراد در گروه گواه به ۱۷ نفر تقلیل یافت. سپس برای دو گروه پیش‌آزمون به‌وسیله پرسشنامه بهزیستی اجتماعی (KSWBQ) و پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS) اجرا شد و در ادامه، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک بار در هفته پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- قرار گرفتند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد و در نهایت پس‌آزمون به اجرا در آمد. نهایتاً بعد از یک و دو ماه مجدداً هر دو گروه مورد سنجش در مرحله پیگیری قرار گرفتند. البته جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از تکمیل فرایند پژوهش و در صورت تأیید اثربخشی بسته تدوین شده این مداخله بر روی گواه نیز اعمال شد

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی (Keyes's Social Well-being questionnaire):

این پرسشنامه توسط Keyes (۱۹۹۸) در قالب ۲۰ سؤال به منظور بررسی بهزیستی اجتماعی در ابعاد شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی طراحی شد. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۵، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ معکوس است. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس (۲۷). باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به‌دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی

(Spiritual Health Scale): این پرسشنامه توسط Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲) در قالب ۲۰ سؤال برای سنجش سلامت معنوی در دو بعد سلامت مذهبی (سؤالات ۱ تا ۱۰) و سلامت وجودی (سؤالات ۱۱ تا ۲۰) طراحی شد. سؤالات این پرسشنامه در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا ۶ کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود و سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ نمره گذاری معکوس دارند (۲۹). این پرسشنامه در ایران توسط عباسی برروی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردید و ضمن تأیید روایی این پرسشنامه، همسانی درونی آن ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسشنامه در پژوهش پادهبان و همکاران (۱۳۹۹) بر روی پرسنل نیروی دریایی مورد استفاده قرار گرفت و روایی و پایایی آن تأیید شد (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها در سطح آمار توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین‌ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های لازم شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا و برقراری پیش‌فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده، استفاده شد. در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (نمرات شرکت‌کنندگان در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون‌آزمودنی و عضویت گروهی (در قالب عضویت در گروه‌های پژوهش) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد تحلیل شدند و جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. این تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۲۶) انجام شد.

نتایج

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی در مورد ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده‌اند. مقایسه دو گروه نشان می‌دهند که تفاوتی به لحاظ سن و وضعیت تأهل در شرکت‌کنندگان وجود ندارد ($P>0/05$).

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل پژوهش ارائه شده است.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۳، میانگین نمرات سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش بیشتری در مراحل پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و پیگیری دو ماهه نسبت به پیش‌آزمون دارد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های این تحلیل انجام شد؛ آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع داده‌ها برای متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت معنوی نرمال است ($P>0/05$). همچنین آزمون لوین برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش را تأیید نمود ($P>0/05$)، آزمون ام‌باکس نیز برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را تأیید نمود ($P>0/05$). اما پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی نشان داد که این پیش فرض رعایت نشده

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

جدول-۲. توزیع فراوانی سن نظامیان شرکت‌کننده بر حسب عضویت گروهی

سن	آزمایش		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۴۶-۵۰	۱	۵/۵	۳	۱۷/۶
۵۱-۵۵	۵	۲۷/۸	۶	۳۵/۳
۵۶-۶۰	۹	۵۰	۵	۲۹/۴
۶۱-۶۵	۲	۱۱/۱	۳	۱۷/۶
۶۶-۷۰	۱	۵/۵	۰	۰
وضعیت تأهل				
متأهل	۱۶	۸۸/۹	۱۵	۸۸/۲
مجرد (همسر فوت شده)	۲	۱۱/۱	۲	۱۱/۸
کل	۱۸	۱۰۰	۱۷	۱۰۰

جدول-۳. شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری یک ماهه		پیگیری دو ماهه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت اجتماعی	آزمایش	۴۰/۳۸	۳/۴۶	۴۸/۳۳	۳/۳۴	۴۸/۳۸	۳/۶۱	۴۸/۴۴	۳/۴۵
	گواه	۴۰/۷۰	۲/۵۴	۴۰/۷۶	۲/۶۱	۴۰/۶۴	۲/۳۱	۴۰/۵۲	۲/۰۶
سلامت معنوی	آزمایش	۶۲/۱۶	۳/۰۹	۶۵/۸۳	۴/۳۰	۶۵/۹۴	۳/۹۱	۶۶/۱۶	۳/۷۶
	گواه	۶۱/۷۶	۴/۳۳	۶۱/۷۰	۳/۹۳	۶۱/۷۶	۳/۸۶	۶۱/۶۴	۳/۶۵

است (P <۰/۰۵) و بر همین اساس از تحلیل جایگزین گرین هاوس-گایسر استفاده شده است تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد. نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، میانگین نمرات سلامت جسمانی و سلامت روانی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری دارد (P <۰/۰۵). نتایج نشان داده است که ۵۶/۸ درصد از تفاوت در نمرات سلامت اجتماعی و ۱۸ درصد از تفاوت در نمرات سلامت معنوی ناشی از پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی است. در جدول ۵، نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی با استفاده از آزمون‌های اندازه مکرر برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می‌دهد.

جدول-۴. خلاصهٔ نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی در متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت معنوی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
سلامت اجتماعی	گروه	۱۱۴۷/۰۶۱	۱	۱۱۴۷/۰۶۱	۴۳/۴۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰
	خطا	۸۷۲/۰۸۲	۳۳	۲۶/۴۲۷				
سلامت معنوی	گروه	۳۸۲/۵۰۰	۱	۳۸۲/۵۰۰	۷/۲۴۰	۰/۰۱۱	۰/۱۸۰	۰/۷۴۳
	خطا	۱۷۴۳/۳۸۶	۳۳	۵۲/۸۳۰				

جدول-۵. نتایج آزمون گرین‌هاوس‌گیزر برای تحلیل اثرات درون آزمودنی در مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
سلامت اجتماعی	اثر زمان	۴۱۳/۵۷۶	۱/۵۵۰	۲۶۶/۸۱۴	۴۳/۵۱۷	۰/۰۰۱	۴۴/۸۶۴	۱/۰۰
	اثر زمان× گروه	۴۲۶/۳۷۶	۱/۵۵۰	۲۷۵/۰۷۲	۴۴/۸۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱/۰۰
سلامت معنوی	اثر زمان	۹۲/۴۸۰	۱/۹۶۰	۴۷/۳۷۳	۱۲/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹۶
	اثر زمان× گروه	۹۹/۱۸۳	۱/۹۶۰	۵۰/۶۱۰	۱۳/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۰/۹۹۷

همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات سلامت اجتماعی و سلامت معنوی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه و پیگیری دو ماهه به‌طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد (P <۰/۰۵)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت معنوی معنی‌دار است (P <۰/۰۵). نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۶ ارائه شده است.

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه و پیگیری دوماهه در متغیر سلامت اجتماعی و سلامت معنوی بین گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود ندارد.

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

جدول-۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیر سلامت اجتماعی و سلامت معنوی بر اساس مراحل پژوهش

متغیرها	مراحل پژوهش		تفاوت میانگین‌ها	معناداری
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۰۰۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری یک ماهه	-۳/۹۷۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری دوماهه	-۳/۹۴۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری یک ماهه	۰/۰۳۱	۱/۰۰
	پس آزمون	پیگیری دوماهه	۰/۰۶۲	۱/۰۰
	پیگیری یک ماهه	پیگیری دوماهه	۰/۰۳۱	۱/۰۰
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۸۰۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری یک ماهه	-۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری دوماهه	-۱/۹۴۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری یک ماهه	-۰/۰۸۵	۱/۰۰
	پس آزمون	پیگیری دوماهه	-۰/۱۳۷	۱/۰۰
	پیگیری یک ماهه	پیگیری دوماهه	-۰/۰۵۲	۱/۰۰

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر سلامت اجتماعی و معنوی در نظامیان مبتلا به سرطان پروستات بود. نتایج بخش اول نشان داد که این پروتکل بر افزایش سلامت اجتماعی در این بیماران اثر پایدار دارد. با توجه به اینکه این بسته برای نخستین بار در این پژوهش تدوین شده است واضح است که پیشینه‌ای جهت بررسی همسویی و یا ناهمسویی اثربخشی این پروتکل بر سلامت اجتماعی در این بیماران در دسترس نیست که این مسئله جنبه نوآوری پژوهش را نشان می‌دهد اما می‌توان این بخش از نتایج را با مطالعاتی از جمله Li و همکاران (۱۹)، Chien و همکاران (۲۰)، Hughes و همکاران (۲۱) و Renzi و همکاران (۲۲) که اثربخشی پروتکل‌های خودمراقبتی را بر بهبود وضعیت روانشناختی مبتلایان به سرطان پروستات تأیید نموده بودند، همسو دانست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مردان نظامی مبتلا به سرطان پروستات، در اثر تجربه شرم، خودسرزنش‌گری و فروپاشی هویت مردانه ناشی از ناتوانی جسمی یا جنسی، با افت تعاملات اجتماعی روبه‌رو می‌شوند. پروتکل خودمراقبتی حاضر با بهره‌گیری از بازسازی شناختی، روایت‌درمانی و آموزش رفتارهای ارزش‌محور، به بازتعریف هویت اجتماعی آنان کمک کرد و موجب انتقال ارزش‌های مردانگی از توان جسمی به مسؤولیت پذیری، رهبری و معنا شد؛ عاملی که احساس صلاحیت اجتماعی و اعتماد به‌نفس را افزایش داد. آموزش مهارت‌های گفت‌وگو و ابراز نیاز، همراه با مواجهه تدریجی اجتماعی، به بهبود روابط خانوادگی و کاری و کاهش احساس تنهایی منجر گردید. همچنین فعال‌سازی رفتاری اجتماعی از طریق تکالیف میدانی مانند حضور در جمع‌ها و تعامل با همکاران، اجتناب اجتماعی را کاهش داد و حس تعلق را بازسازی کرد. فضای گروهی جلسات نیز زمینه‌ای برای همدلی، اشتراک تجربه و کاهش انگ اجتماعی فراهم آورد و احساس دیده‌شدن و تعلق به شبکه‌ای حمایتی را تقویت نمود. از سوی دیگر، مؤلفه تاب‌آوری مالی با آموزش مدیریت منابع و معنادرمانی اقتصادی، کنترل ادراک‌شده بر وضعیت مالی را افزایش داد و به کاهش اضطراب مالی انجامید. افزون بر آن، تمرین‌های معنانگاری و مراقبه شفقت، روابط اجتماعی را از سطح وظیفه‌محور به روابطی معنادار و انسانی ارتقا دادند و حس تعلق به جامعه نظامی را بازگرداندند. در مجموع، هم‌افزایی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، ارتباطی، اقتصادی و معنوی در این پروتکل موجب کاهش شرم، افزایش شفقت به خود، بازسازی هویت و ارتقای تعاملات اجتماعی شد؛ به‌گونه‌ای که سلامت اجتماعی حاصل تعامل پویای سلامت روانی و معنوی با رفتارهای اجتماعی سازگارانه بود. این پروتکل، نوعی توان‌بخشی اجتماعی چندوجهی و فرهنگ‌محور فراهم آورد که بازگشت سازگارانه نظامیان مبتلا به سرطان پروستات به جامعه و نظام خدمت را تسهیل کرد.

نتایج بخش دوم نشان داد پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی ویژه‌ی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات بر افزایش سلامت معنوی در این بیماران اثر پایدار دارد. با توجه به نوآوری پروتکل، پیشینه‌ای مستقیم درباره تأثیر آن بر سلامت معنوی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات وجود نداشت. بر اساس مبانی نظری، سلامت معنوی در این بیماران شامل احساس آرامش، معنا و هدف در زندگی، امید، پذیرش محدودیت‌ها و پیوند با ارزش‌های شخصی و اجتماعی است که با مقابله مؤثر با بیماری و بازسازی نقش‌های اجتماعی ارتباط دارد. در این راستا، تمرین‌های ذهن‌آگاهی معنوی و مراقبه شفقت به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا بدون قضاوت نسبت به بیماری، آرامش درونی بیشتری بیابند، احساسات منفی را مدیریت کنند و از طریق اتصال به ارزش‌های شخصی، معنای عمیق‌تری در زندگی بیافرینند. تمرین‌های نوشتن منابع معنا و بازسازی روایت زندگی، با تغییر نگاه از «قربانی» به «قهرمان معنا»، موجب افزایش حس کنترل، امید و تاب‌آوری معنوی شدند. همچنین گفت‌وگوی معنوی هدایت‌شده فرصت ابراز احساسات، تقویت پیوندهای همدلانه و شکل‌گیری

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

شبکه حمایتی معنوی را فراهم کرد که به‌عنوان حلقه واسط بین سلامت روانی و اجتماعی عمل نمود. تکالیفی مانند نوشتن نامه دلسوزانه به خود و مراقبه شفقت نیز به کاهش خودسرزنش‌گری و اضطراب، و افزایش احساس ارزشمندی و آرامش درونی انجامیدند. این فرایندها باعث بازسازی رابطه سالم با خود و دیگران و تقویت توانمندی معنوی شدند. در مجموع، هم‌افزایی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، اجتماعی و معنوی باعث کاهش شرم و اضطراب، افزایش تعامل اجتماعی و بازسازی پیوندهای معنوی گردید. بنابراین، پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی از طریق ذهن‌آگاهی معنوی، مراقبه شفقت، معنانگاری و گفت‌وگوی معنوی توانست سلامت معنوی نظامیان را به‌طور معنادار ارتقا دهد و مسیر بازسازی آرامش، معنا و امید را در مواجهه با بیماری و چالش‌های اجتماعی هموار سازد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی مختص مبتلایان به سرطان پروستات تدوین و اثربخشی آن بر این گروه انجام شده است؛ لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع می‌بایست جوانب احتیاط را در نظر گرفت. به‌دلیل ماهیت خاص جامعه پژوهش (نظامیان مبتلا به سرطان پروستات) و ضرورت رعایت ملاحظات اخلاقی و درمانی، تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها به‌صورت کاملاً تصادفی انجام نشد. این موضوع می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر گروه‌های متنوع‌تری از بیماران مبتلا به سرطان (مانند سرطان ریه، روده یا مثانه) و نیز در میان غیرنظامیان بررسی شود تا قابلیت تعمیم و بومی‌سازی نتایج افزایش یابد. برای ارتقای دقت و قابلیت استنتاج علی، در مطالعات آتی توصیه می‌شود از طرح‌های آزمایشی با تخصیص کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان استفاده شود تا اثرات احتمالی متغیرهای مداخله‌گر کاهش یابد و نتایج از استحکام بیشتری برخوردار گردد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش مبنی بر اثربخشی ماندگار پروتکل خودمراقبتی مبتنی بر سلامت روانی- اجتماعی- معنوی بر سلامت اجتماعی و معنوی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات، به متخصصان مراقبت‌های جسمی و پرستاری، روان‌شناسان بالینی و مشاوران سلامت پیشنهاد می‌شود که از این پروتکل در فرایند توان‌بخشی نظامیان مبتلا به سرطان پروستات استفاده کنند تا به بهبود عملکرد اجتماعی و افزایش سلامت معنوی آنان کمک شود.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله محققین از تمامی نظامیان شرکت کننده در پژوهش برای همراهی در این تحقیق کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایند.

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

منابع

1. Brown JS, Amend SR, Austin RH, Gatenby RA, Hammarlund EU, Pienta KJ. Updating the definition of cancer. Molecular Cancer Research. 2023;21(11): 1142-7.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel R, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-63.
3. Momayyezi M, Dehghani Tafti A, Keyghobadi N, Fallahzadeh H, Mirzaei M. Prevalence of prostate cancer and its risk factors: Results of the first phase of shahedieh cohort Study in Yazd province, Iran. Journal of Preventive Medicine. 2022;9(3):218-29.
4. Marino P, Mininni M, Deiana G, Marino G, Divella R, Bochicchio I, et al. Healthy lifestyle and cancer risk: modifiable risk factors to prevent cancer. Nutrients. 2024;16(6):800.
5. Bytnar JA, McGlynn KA, Nealeigh MD, Shriver CD, Zhu K. Cancer incidence in the US military: an updated analysis. Cancer. 2024;130(1):96-106.
6. Geretto M, Ferrari M, De Angelis R, Crociata F, Sebastiani N, Pulliero A, et al. Occupational exposures and environmental health hazards of military personnel. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):5395.
7. Khoshdel AR, Sepandi M, Ziaei M, Ghaffari HR, Alimohamadi Y. Epidemiological survey of the most prevalent cancers and its association with other non-communicable diseases among the Iranian Military Community between 2001–2017: A cross-sectional study. Journal of Military Medicine. 2019;21(1):3-11.
8. Jones C, Gray S, Brown M, Brown J, McCloskey E, Rai BP, et al. Risk of fractures and falls in men with advanced or metastatic prostate cancer receiving androgen deprivation therapy and treated with novel androgen receptor signalling inhibitors: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. European Urology Oncology. 2024;7(5):993-1004.
9. Nagy DS, Isaic A, Motofelea AC, Popovici DI, Diaconescu RG, Negru SM. The role of spirituality and religion in improving quality of life and coping mechanisms in cancer patients. Healthcare. 2024;12(23):2349.
10. Charlick M, Tiruye T, Ettridge K, O'Callaghan M, Sara S, Jay A, et al. Prostate cancer related sexual dysfunction and barriers to help seeking: a scoping review. Psycho-Oncology. 2024;33(8):e9303.
11. Kwon DH, Gordon KM, Tong B, Borno HT,

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]

Beigh M, Fattah D, et al. Implementation of a telehealth genetic testing station to deliver germline testing for men with prostate cancer. JCO Oncology Practice. 2023;19(5):e773-83.
12. Gutierrez-Rojas A, Manco-Herrera C, Nuñez-Escarcena X, Loayza-Ramirez L, Sanca-Valeriano S, Rodriguez-Pantigoso W, et al. The influence of spirituality on psychological resilience in cancer patients undergoing oncological treatment: a cross-sectional study. BMC Palliative Care. 2025;24(1): 136.
13. Dai YH, Chen PH, Lee DJ, Andrade G, Vallis KA. A Meta-Analysis and meta-regression of the efficacy, toxicity, and quality of life outcomes following prostate-specific membrane antigen radioligand therapy utilising lutetium-177 and actinium-225 in metastatic prostate cancer. European Urology. 2025;87(4):398-408.
14. Karbaschi K, Zareiyan A, Dadgari F, Siadati SA. The effect of self-care program based on Orem's theory on quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in military personnel. Military Caring Sciences. 2015;2(2):69-77.
15. Posluns K, Gall TL. Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. International Journal for the Advancement of Counselling. 2020;42(1):1-20.
16. Kangasniemi M, Papinaho O, Korhonen A & Kasén A. Self-care as an ethical value in nursing: An integrative literature review. Nursing Ethics. 2021; 28(4):519-33.
17. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine. 2014 ;17(6):642-56.
18. Dossey BM, Keegan L. Holistic nursing: A handbook for practice (8th ed.). Jones & Bartlett Learning; 2021.
19. Li Y, Zhu K, Wang L, Zhang Y, Hou S, Wang W. Effectiveness of web-based intervention on reducing symptom burden, improving self-management capabilities and self-efficacy among prostate cancer survivors: a systematic review and meta-analysis protocol. BMJ Open. 2024;14(5):e082709.
20. Chien CH, Liu KL, Wu CT, Chuang CK, Yu KJ, Lin PH, et al. Development and assessment of a self-management intervention for urinary incontinence among patients with prostate cancer: protocol for a randomized feasibility study. BMC Urology. 2023; 23(1):193.
21. Hughes S, Kassianos AP, Everitt HA, Stuart B, Band R. Planning and developing a web-based intervention for active surveillance in prostate cancer: an integrated self-care programme for managing psychological distress. Pilot and Feasibility Studies. 2022;8(1):175.
22. Renzi C, Fioretti C, Oliveri S, Mazzocco K, Zerini D, Alessandro O, et al. A qualitative investigation on patient empowerment in prostate cancer. Frontiers in Psychology. 2017;8:1215.
23. Wennerberg C, Hellström A, Schildmeijer K, Ekstedt M. Effects of web-based and mobile self-care support in addition to standard care in patients after radical prostatectomy: randomized controlled trial. JMIR Cancer. 2023;9(1):e44320.
24. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd. 2023.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
26. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing scholarship. 2007;39(2):155-64.
27. Keyes CL. Social well-being. Social Psychology Quarterly. 1998.
28. Babapour Khairuddin J, Toosi F, Hekmati I. Investigating the role of demographic factors in the social health of Tabriz University students. Quarterly Journal of Modern Psychological Research. 2009;4(16):1-19.
29. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley & Sons. 1982;1(1):224-37.
30. Padehban V, Barasteh S, Rahimi A, Chobin M. The relationship between spiritual health with general health and health literacy in Iranian naval personnel in 2016. Journal of Marine Medicine. 2020;2(3):157-63.

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

[DOI: 10.30491/JSH.5.1.859]