

اثربخشی بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه

نسرین مجابی<sup>۱</sup>، نسرین باقری<sup>۲\*</sup>، سیمین بشردوست<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** شکوفایی انسان می تواند یک هدف جدید مراقبت های بهداشتی باشد که پرستاران می توانند بر روی افراد مبتلا به سرطان اعمال کنند هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه بود.

**روش پژوهش:** این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به سرطان کلیه عضو انجمن سرطان کلیه شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند که ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به گروه آزمایش و گروه گواه به شیوه تصادفی تخصیص یافتند. بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. از پرسشنامه های استرس ادراک شده و خود مراقبتی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. داده ها با نرم افزار SPSS ۲۲ و با استفاده از تحلیل واریانس یا اندازه گیری مکرر بررسی شدند.

**یافته ها:** نتایج حاکی از آن است که بین میانگین نمرات استرس مثبت ( $F=0/56$ )، استرس منفی ( $F=0/28$ )، رژیم غذایی ( $F=0/18$ )، رژیم دارویی ( $F=0/22$ ) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار مشاهده شد. اما بین میانگین برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار مشاهده نشد. بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی، استرس ادراک شده را در بیماران مبتلا به سرطان کلیه به صورت پایدار کاهش داده است و رژیم غذایی و رژیم دارویی را به صورت پایدار افزایش داده است.

**نتیجه گیری:** بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی از نوع رعایت رژیم غذایی و دارویی برای بیماران مبتلا به سرطان کلیه سودمند است.

**کلید واژه ها:** ارتقای سلامت، استرس ادراک شده، خود مراقبتی، سرطان کلیه، شکوفایی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۵ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۴

استناد: مجابی نسرین، باقری نسرین، بشردوست سیمین. اثربخشی بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۴): ۵۴-۴۰

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران،

[mojabinasrin83@gmail.com](mailto:mojabinasrin83@gmail.com)

<sup>۲</sup> - نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

[mojabinasrin83@gmail.com](mailto:mojabinasrin83@gmail.com), tel: 091185410219

<sup>۳</sup> - استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران،



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به

اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**مقدمه:**

سرطان کلیه سالیانه در جهان ۳۰ هزار نفر را درگیر می‌کند. از این تعداد ۴۰ درصد به دلیل عوارض این سرطان جان خود را از دست می‌دهند (۱). هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمیشود، ولی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق در بیمار و خانواده وی می‌شود (۲). مطالعات نشان داده‌اند که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۳). طبق گزارش، ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از استرس و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند، با این که سرطان سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما به نظر می‌رسد بزرگترین مسأله در این زمان برای بیمار احساس یأس و ناامیدی است (۴).

همانطور که گفته شد بارزترین عوامل روانشناختی شناسایی شده در حوزه سرطان عبارتند از پریشانی‌های هیجانی مانند اضطراب، استرس و افسردگی که به اندازه خود سرطان ناتوان کننده بوده، مانع بهبودی و در نهایت افزایش درد در سرطان می‌شود (۵). علاوه بر این بسیاری از بیماران که از درد رنج می‌برند هنگام رویارویی با موقعیت‌های پر استرس، ادراک شدت درد افزایش می‌یابد، بنابراین باید گفت آنچه در بیماران مبتلا به سرطان باعث پریشانی هیجانی و به دنبال آن ادراک درد می‌شود افکار و باورهای منفی مبتلایان به این بیماری می‌باشد (۶)، در تأیید این نکته باید به پژوهش لینتون و جورج<sup>۱</sup> (۷) اشاره کرد که در آن علت پریشانی و ادراک درد را عوامل شناختی مخرب، یعنی باورهای غیر منطقی و منفی مانند فاجعه آمیز سازی و جنبش هراسی همچنین استفاده از منابع مقابله‌ای منفعلانه مانند دوری‌گزینی از درد می‌دانند، این عوامل باعث راه اندازی چرخه‌ی معیوب هیجان‌های منفی نسبت به درد، احساس شکست، افزایش پریشانی‌های روانشناختی و ادراک درد می‌شود.

استرس تهدیدی جدی است که منجر به بیماری‌های روانی یا فیزیکی می‌شود (۸). سازه‌ی استرس ادراک شده به عنوان ارزیابی کلی فرد به ویژه شناختی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی و یا از وقایع منفی زندگی در نظر گرفته می‌شود (۹). با توجه بر تفاوت افراد در ادراک و تفسیر یک عامل استرس‌زای مشابه، استرس ادراک شده به ادراک و تفسیر کلی فرد اشاره می‌کند که میزان تأثیرپذیری در برابر استرس‌زاها را نشان می‌دهد (۱۰). بنا بر تعریف ارائه شده، رخدادها فقط بر افرادی اثر می‌گذارند که آن‌ها را استرس‌زا ارزیابی کنند و این ارزیابی‌ها محصول شرایط محرک یا متغیرهای پاسخ نیستند بلکه فرآورده تفاسیر افراد از روابط شان با محیط پیرامونی خویش است (۱۱). با توجه به پژوهش‌ها، با اینکه میزانی از استرس برای رفع شرایط یکنواخت و نیز انگیزش پایین مناسب است اما تداوم علائم مرتبط با استرس ممکن است به تضعیف سلامت روانی و فیزیکی و نیز به کاهش کارآمدی در کار و یادگیری منجر شود (۱۲). خودمدیریتی یا مدیریت بیماری مقوله‌ای است که در ایجاد قدرت افراد برای مدیریت بر رفتار و عملکردشان در حیطه فردی و سازمانی و در جهت ارتقای بهره‌وری نقش مهمی ایفا کرده است (۱۳).

مدیریت بیماری به کنترل تغییرات سبک زندگی اشاره دارد، هم چنین روشی برای مراقبت از سلامتی ارائه می‌دهد که در آن بیمار در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت آمیز بیماری خود نقش محوری ایفا می‌کند (۱۴).

<sup>۱</sup> Linton, George

خود مدیریتی از عوامل مختلفی مانند بهزیستی، کیفیت زندگی و وضعیت جسمی-روانی-اجتماعی بیمار تأثیر پذیرفته، بهبود یا ناتوانی بیماران را به دنبال داشته و بر نتایج درمانی تأثیر می‌گذارد و در بیماری‌های مزمن نیز یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و برای متقاعد کردن بیماران جهت تغییر در رفتار یا سبک زندگی مؤثر می‌باشد (۱۵). با توجه به نیاز مبرم بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به خودمراقبتی برای کنترل این بیماری، مشارکت و همکاری بیمار در مراقبت از خود یکی از روش‌های بهبود است (۱۴). خودمراقبتی شامل پیشگیری، حفظ سلامتی و درمان بیماری‌ها توسط خود شخص است که دربرگیرنده سبک زندگی سالم، درمان بیماری‌ها، مدیریت بیماری می‌باشد (۱۶). در تعریف دیگر، رفتارهای مراقبتی از خود شامل فعالیت‌هایی از جمله ارتقاء سلامت روان، اصلاح شیوه‌ی زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علائم، درمان بیماری و توان‌بخشی بیماری است (۱۷). با اینکه مزایای خودمراقبتی در بهبود هر بیماری مشهود است، اغلب افراد از رفتارهای خودمراقبتی تبعیت نمی‌کنند (۲). پیروی از دستورالعمل‌های خودمراقبتی از قبیل کاهش وزن، فعالیت فیزیکی، توقف استعمال سیگار، مصرف غذاهای سالم و منطبق بر رژیم می‌تواند در تنظیم و کنترل بیماری نقش مهمی داشته باشند (۱۸).

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 (۱۹). شکوفایی به تجربه‌ی 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 (۲۰). شکوفایی به خوب بودن، رشد کردن، موفق شدن و برجسته بودن نیز اشاره دارد (۲۱) و به شادکامی و زندگی خوب منجر می‌گردد (۲۲). 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 (۲۳). 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 (۲). شکوفایی در انسان از طریق به کارگیری ظرفیت و استعداد شکل می‌گیرد. همه‌ی 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 وسیله‌ی بهزیستی اجتماعی، روانی و هیجانی توصیف می‌کند (۲۴).

با توجه به تعاریف و دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا که در مورد شکوفایی ارائه شده است، دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا عموماً مدل‌های شکوفایی کلی را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۵). این دیدگاه‌ها برای ارائه‌ی مدل‌های جامع از عملکرد بهینه‌ی فرد، هم بر نیاز روان‌شناختی رضایت و هم سلامت روانی تأکید نموده‌اند 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 (۲). با این توضیح انتظار می‌رود که برنامه‌های آموزشی به منظور پرورش و ارتقا شکوفایی، ارتقا دهنده‌ی احساس مثبت و عملکرد مثبت فردی و اجتماعی افراد باشد. پژوهش‌های معدودی در مورد اثربخشی برنامه‌ی ارتقای شکوفایی انجام شده است. در یک پژوهش با عنوان تأثیر هفت هفته‌ای آموزش شادکامی مبتنی بر وب بر بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس، و افزایش ذهن‌آگاهی و شکوفایی (۱۷) به این نتیجه دست یافتند که این مداخله اثر مثبتی بر روی شکوفایی افراد دارد. در پژوهش دیگری با عنوان، راهبردهای تنظیم هیجان سلامت هیجانی افراد شکوفا را بهبود می‌بخشد.

بولر<sup>۱</sup> (۲۶) 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 بررسی پیشینه پژوهشی در ارتباط بین رابطه استرس ادراک شده و شکوفایی هریس و همکاران (۲۷) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین استرس ادراک شده و شکوفایی رابطه منفی وجود دارد، هر چقدر فرد سطوح پایینی از استرس ادراک شده را تجربه کند به همان میزان شکوفایی بیشتری را از خود نشان خواهد داد.

در پژوهشی چو و داکرتی<sup>۲</sup> (۲۸) در یک مطالعه مروری با عنوان تحلیل مفهومی شکوفایی انسان در نوجوانان و جوانان مبتلا به سرطان با استفاده از روش تحلیل مفهومی تکاملی 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 می کنند. نوجوانان و جوانان مبتلا به سرطان در حال شکوفایی به یکپارچگی درونی دست می یابند، تغییرات مثبتی را در محیط خود ایجاد می کنند و در نهایت وجودی هماهنگ و متعادل با دنیای خارج ایجاد می کنند. به این نتیجه دست یافتند که شکوفایی انسان می تواند یک هدف جدید مراقبت های بهداشتی باشد که پرستاران می توانند بر روی افراد مبتلا به سرطان اعمال کنند. با توجه به مطالعات محدود انجام شده در مورد شکوفایی در افراد با بیماری های مزمن و با توجه به مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر بررسی بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه است.

### روش پژوهش:

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می باشد که با بهره گیری 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 ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. روش نمونه گیری از نوع داوطلبانه 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 مراجعه کننده به انجمن سرطان کلیه، افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند ۳۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. بر روی گروه آزمایشی مداخله و آموزش شکوفایی انجام گرفت. در این مرحله گروه گواه هیچ گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد. ملاک های ورود شامل تمایل به همکاری بود. ملاک های خروج شامل ابتلا به انواع اختلالات سایکوتیک، تجربه سکته مغزی و قلبی، شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی در طی شش ماه گذشته بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از؛ (۱) پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن: در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. در این پژوهش از نسخه ی ۱۰ سؤالی این پرسشنامه استفاده می شود که دارای سه خرده مقیاس غیرقابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیری و مشقت بار بودن زندگی خویش است. نحوه نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵

۱ Bolier

۲ Cho, Docherty

درجه‌ای لیکرت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) امتیاز تعلق می‌گیرد. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۴۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. در این نسخه پرسش‌های ۴، ۵، ۱۲ و ۱۳ نسخه اصلی حذف شده‌اند و عبارات‌های ۴، ۵، ۷ و ۸ این نسخه به طور وارونه نمره گذاری می‌شوند. کوهن و همکاران (۲۹) با انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان‌سنجی هر سه نسخه این مقیاس پرداختند. نتایج نشان دهنده پایایی مناسب (آلفا کرونباخ: ۰/۷۸) نسخه ۱۰ آیتمی این مقیاس می‌باشد. جاور، رفیعی و ثابت (۱۴۰۱) طی پژوهشی در این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش نموده که در حد قابل قبولی می‌باشد (۳۰).

(۲) پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی: پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی توسط هان و همکاران (در سال ۲۰۱۴ طراحی و روان‌سنجی شده است. نسخه فارسی پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی مقیاس لیکرت چهار ارزشی از همیشه (۴)، اغلب (۳)، گاهی (۲) و خیلی کم/هرگز (۱) نمره‌گذاری می‌کنند. نمره دهی دو سوال ۱۲ و ۱۳ معکوس می‌باشد به طوری که به گزینه همیشه نمره ۱ و به گزینه خیلی کم/هرگز نمره ۴ تعلق می‌گیرد (۳۱). قانع‌ی قشلاق، پریزاد و همکاران (۳۲)، این ابزار را بر روی ۳۲۵ بیمار اجرا کرده‌اند که بر اساس نتایج تحلیل عامل اکتشافی چهار عامل رژیم غذایی، رژیم دارویی، برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری استخراج کردند که ۵۱/۳۹٪ واریانس کل متغیرهای خودمراقبتی را تبیین کنند. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی این پرسشنامه حاکی از برازش مطلوب آن بود. همسانی درونی کل ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶۵ بود. (۳) برنامه آموزش شکوفایی بومی با استفاده از مدل‌های تدوین شده توسط برنامه تاب‌آوری، نقاط قوت شخصیت و شکوفایی (۳۳) و کتاب روان‌شناسی مثبت در شادکامی و شکوفایی کامپتن و هافمن (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 درخواهد آمد. درضمن جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و فعالیت در کلاس انجام شد. محتوای جلسات به شکل؛ جلسه اول) معارفه و آشنایی، اجرای پیش‌آزمون، مقدمه‌ای راجع به دوره، انتظارات از دوره، جلسه دوم) مقدمه‌ای راجع به شکوفایی و معرفی روان‌شناسی مثبت، معرفی الگوهای فکری، جلسه سوم) مروری بر موضوعات جلسه‌ی قبل، مروری بر عناصر شکوفایی شامل هیجان‌های مثبت، مجذوبیت، روابط، معنا و پیشرفت (PERMA) با تأکید بر هیجان‌های مثبت، فعالیت در کلاس تجربه هیجان مثبت و منفی، بیان احساسات و افکار. جلسه چهارم) مروری بر موضوعات جلسه قبل، سخنرانی درباره‌ی مجذوب شدن و رها شدن در یک فعالیت لذت بخش، تمرین گروهی، پرسش و پاسخ راجع به مجذوب شدن در یک فعالیت خاص و بررسی موانع مجذوبیت و...، جلسه پنجم) سخنرانی در مورد روابط، روابط و بهزیستی، فعالیت اعتماد سازی، در مورد اعتماد چه می‌دانید و چطور روابط خود را شکل می‌دهید؟ جلسه ششم) سخنرانی راجع به هدف و معنا در زندگی برگزیده‌ای از کتاب ویکتور فرانکل، چگونه می‌توان معنای بیشتری به زندگی خود بدهید. جلسه هفتم) معرفی مفهوم موفقیت و پیشرفت، خصوصیات افراد موفق، عوامل پیشرفت، پرسش و پاسخ. جلسه هشتم) مروری بر موضوعات مطرح شده در کل دوره، اجرای پس‌آزمون و اختتام دوره است.

**یافته‌ها:**

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 شرکت کنندگان گروه آزمایش  $43/25 \pm 4/46$  و گروه کنترل برابر با  $45/06 \pm 4/35$  بود. همچنین در گروه آزمایش ۱۱ نفر زن و ۵ نفر مرد و در گروه کنترل ۹ نفر زن و ۷ نفر مرد حضور داشتند. 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. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد استرس ادراک شده (مثبت و منفی) و رفتارهای خود مراقبتی (رژیم غذایی، رژیم دارویی، برچسب موادغذایی و مدیریت بیماری) در شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

**جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش**

| متغیر           | گروه   | پیش آزمون        | پس آزمون         | پیگیری           |
|-----------------|--------|------------------|------------------|------------------|
| استرس ادراک شده | آزمایش | $6/75 \pm 3/56$  | $2/31 \pm 1/40$  | $2/06 \pm 1/12$  |
|                 | کنترل  | $5/62 \pm 2/57$  | $5/93 \pm 2/74$  | $5/87 \pm 2/39$  |
| استرس ادراک شده | آزمایش | $8/86 \pm 5/68$  | $2/74 \pm 5/06$  | $4/81 \pm 2/37$  |
|                 | کنترل  | $7/75 \pm 3/39$  | $7/87 \pm 3/94$  | $7/56 \pm 3/91$  |
| رژیم غذایی      | آزمایش | $48/00 \pm 3/18$ | $59/3 \pm 87/20$ | $58/3 \pm 31/20$ |
|                 | کنترل  | $31/5 \pm 56/16$ | $38/4 \pm 56/16$ | $35/4 \pm 31/16$ |
| رژیم دارویی     | آزمایش | $41/3 \pm 18/10$ | $45/3 \pm 0/12$  | $46/3 \pm 11/68$ |
|                 | کنترل  | $46/3 \pm 19/93$ | $45/3 \pm 10/10$ | $46/3 \pm 10/06$ |
| برچسب موادغذایی | آزمایش | $12/2 \pm 37/41$ | $15/2 \pm 55/81$ | $16/2 \pm 60/62$ |
|                 | کنترل  | $12/3 \pm 41/18$ | $12/2 \pm 79/99$ | $12/2 \pm 99/68$ |
| مدیریت بیماری   | آزمایش | $17/2 \pm 62/62$ | $21/2 \pm 17/81$ | $20/2 \pm 18/31$ |
|                 | کنترل  | $18/2 \pm 16/37$ | $19/2 \pm 50/18$ | $11/2 \pm 90/93$ |

۸

با هدف ارزیابی مفروضه‌های توزیع نرمال و همگنی واریانس‌های خطای استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی، شاخص شاپیرو-ویلک و آزمون لون هر یک از متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال در دو گروه و سه مرحله است. نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح  $0/05$  غیرمعنادار است. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های مربوط به استرس ادراک شده و رفتارهای خود مراقبتی برقرار است.

مفروضه استقلال متغیرهای وابسته در مرحله پیش آزمون با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد ارزش برای استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که بین نمرات پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل به لحاظ استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده های استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی برقرار بود.

#### جدول ۲: تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس خطاهای کوواریانس

| ابعاد استرس ادراک شده | شاخص موخلی | X <sup>2</sup> | سطح معنی داری |
|-----------------------|------------|----------------|---------------|
| استرس ادراک شده مثبت  | ۰/۵۰۹      | ۲۹/۶۸          | ۰/۱۵۰         |
| استرس ادراک شده منفی  | ۰/۱۵۴      | ۳۴۸/۸۲         | ۰/۱۱۰         |
| رژیم غذایی            | ۰/۴۳۵      | ۶۷/۳۶          | ۰/۰۶۹         |
| رژیم دارویی           | ۰/۵۱۷      | ۰/۲۹           | ۰/۰۸۹         |
| برچسب مواد غذایی      | ۰/۸۵۸      | ۷۵۷/۶          | ۰/۰۳۴         |
| مدیریت بیماری         | ۰/۸۳۵      | ۹۲۶/۷          | ۰/۰۱۹         |

منطبق بر نتایج جدول ۲، تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هر دو بعد استرس ادراک شده و مؤلفه های رفتارهای خودمراقبتی در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر دو استرس ادراک شده مثبت و منفی و مؤلفه های رفتارهای خودمراقبتی برقرار است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر تعاملی زمان\* گروه بر استرس ادراک شده ی مثبت و منفی و مؤلفه های رفتارهای خودمراقبتی را نشان می دهد.

جدول ۳ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر استرس ادراک شده مثبت و استرس ادراک شده منفی (۰/۲۵۴=۰/۹۲، P=۰/۰۱۰، F=۶۶۵/۷) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که اجرای بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی به صورت معنادار استرس ادراک شده را تحت تأثیر قرار داده است. اثر تعاملی گروه × زمان بر رژیم غذایی، برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری برچسب مواد غذایی در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست. اثر تعاملی گروه × زمان بر رژیم دارویی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که اجرای بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی به صورت معنادار رژیم دارویی را تحت تأثیر قرار داده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی

| η <sup>۲</sup> | سطح معنی داری | F      | مجموع مجذورات خطا | مجموع مجذورات |                   |                      |
|----------------|---------------|--------|-------------------|---------------|-------------------|----------------------|
| ۰/۳۲۸          | ۰/۰۰۱         | ۱۰/۷۴۱ | ۵۰/۴۵۲            | ۷۸/۴۵۸        | زمان              |                      |
| ۰/۵۶۱          | ۰/۰۰۱         | ۳۸/۳۸  | ۷۶/۲۱۹            | ۹۷/۵۱۶        | گروه              | استرس ادراک شده مثبت |
| ۰/۵۲۴          | ۰/۰۰۱         | ۲۴/۷۴۹ | ۴۹/۳۴۴            | ۹۸/۶۸۸        | تعامل زمان و گروه |                      |
| ۰/۱۶۰          | ۰/۰۰۴         | ۴/۱۷۷  | ۴۴/۷۰۶            | ۴۵/۸۰۰        | زمان              | استرس ادراک شده منفی |
| ۰/۲۸۳          | ۰/۰۰۲         | ۱۱/۸۱۶ | ۱۳۸/۰۹۴           | ۵۴/۳۹۱        | گروه              |                      |
| ۰/۲۵۴          | ۰/۰۰۱         | ۷/۶۶۵  | ۳۶/۸۸۵            | ۷۳/۷۷۱        | تعامل زمان و گروه |                      |
| ۰/۳۷۱          | ۰/۰۰۱         | ۱۲/۹۵۶ | ۹۹/۳۹۶            | ۱۴۶/۱۶۸       | زمان              | رژیم غذایی           |
| ۰/۲۱۲          | ۰/۰۰۸         | ۸/۰۷۰  | ۱۸۷/۱۲۵           | ۵۰۴/۱۶۷       | گروه              |                      |
| ۰/۱۸۲          | ۰/۰۷۱         | ۵/۰۱۷  | ۲۳۹۲/۹۳۸          | ۵۵۳/۵۵۶       | تعامل زمان و گروه |                      |
| ۰/۴۱۲          | ۰/۰۰۱         | ۱۵/۴۱۶ | ۱۲۴/۳۴۶           | ۲۸۹/۱۴۵       | زمان              | رژیم دارویی          |
| ۰/۳۰۰          | ۰/۰۰۱         | ۱۲/۸۷۳ | ۸۱۲/۹۷۹           | ۳۴۸/۸۴۴       | گروه              |                      |
| ۰/۲۲۵          | ۰/۰۰۳         | ۶/۵۲۷  | ۱۲۳۶/۲۲۹          | ۳۵۸/۵۹۷       | تعامل زمان و گروه |                      |
| ۰/۱۸۷          | ۰/۰۰۱         | ۱۵/۰۵۸ | ۸۱/۶۶۱            | ۱۲۹/۷۴۱       | زمان              | برچسب مواد غذایی     |
| ۰/۱۱۹          | ۰/۰۵۳         | ۴/۰۵۲  | ۲۴۱/۸۳۳           | ۲۳۲/۶۶۷       | گروه              |                      |
| ۰/۰۷۰          | ۰/۱۹۵         | ۱/۶۹۶  | ۴۴۲/۳۱۳           | ۳۳/۳۴۷        | تعامل زمان و گروه |                      |
| ۰/۲۴۵          | ۰/۰۰۱         | ۷/۱۲۶  | ۲۲۴/۵۷۱           | ۴۵/۲۴۹        | زمان              | مدیریت بیماری        |
| ۰/۱۷۴          | ۰/۰۱۸         | ۶/۳۰   | ۲۶۴/۳۱۳           | ۵۵/۵۱۰        | گروه              |                      |
| ۰/۱۵۰          | ۰/۰۵۶         | ۳/۹۸۴  | ۳۹۱/۳۱۳           | ۶۹/۲۹۲        | تعامل زمان و گروه |                      |

### بحث و نتیجه گیری:

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بسته ارتقای سلامت بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه بود. یافته ها نشان می دهد که بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی استرس ادراک شده را در بیماران مبتلا به سرطان کلیه به صورت پایدار کاهش داده است. این یافته با پژوهش های اپریمن و همکاران (۱۷)، چو و داکرتی (۳۴) و شا (۳۳) همخوانی دارد. این یافته را می توان اینگونه تبیین کرد که در مداخلات مبتنی بر شکوفایی طبق پیشینه نظری بر توانمندی های افراد تأکید می شود (۳۳) و همین تأکید بر توانمندی ها و توانایی ها توانسته است استرس ادراک شده بیماران را کاهش دهد به دلیل اینکه بخش عمده ای از راهکار شکوفایی و شادکامی سلیگمن (۳۳) کشف توانمندی های فردی و یافتن راه هایی برای پروراندن آن هاست. با این روش، فرد به زندگی اشتیاق پیدا می کند و به این ترتیب در زندگی خشنودتر و شادتر می شود.



همچنین در بحث مجذوبیت (۳۳) بر آگاهی لحظه به لحظه و بدون قضاوت، با توجه به روش ویژه یعنی حضور در لحظه، پذیرش، حساسیت‌زدایی، افزایش آگاهی و مشاهده گری بدون داوری تأکید می‌شود که می‌تواند به کاهش علائم و پیامدهای استرس بینجامد. در مداخلات مبتنی بر شکوفایی از تکنیک عدم پیش‌داوری، شکیبایی و صبر، ذهن آغازگر (حالت ذهنی آغازگری)، اعتماد، تقلا نکردن، پذیرش و آزاد کردن (بگذار تا بگذرد) استفاده می‌شود و همه ی ان تکنیک ها در مقابله با استرس مؤثر هستند (۳۲).

همچنین طبق دیدگاه هیجان‌های مثبت شکوفایی که به سه مدل از لذت بردن که تأثیر هیجانات مثبت را افزایش می‌دهند، اشاره شده است: (۱) پیش‌بینی (۲) در لحظه بودن (۳) خاطره. به این معنا که ما می‌توانیم از یک اتفاق مثبت قبل از اینکه رخ دهد، به‌وسیله هیجان‌زده‌شدن در آماده‌شدن برای تجربه آن اتفاق لذت ببریم. همچنین می‌توانیم در حال اتفاق افتادن آن واقعه از آن لذت ببریم و می‌توانیم با به یادآوردن خاطره آن واقعه مثبت از آن لذت ببریم (برایانت و وروف، ۲۰۰۷) و از طریق تجربه ی همین هیجان‌های مثبت استرس را در بیماران کاهش می‌دهد.

همچنین علاوه بر تکنیک‌های مورد استفاده چون درمان به صورت گروهی بود بیماران از تجارب یکدیگر و گفتگو با هم در مورد بیماری و روش‌های خودمراقبتی می‌پرداختند و به همین دلیل هم می‌توان از این تجربه هم به عنوان فاکتوری که منجر به کاهش استرس در بیماران شده است، اشاره کرد.

یافته‌ها نشان داد که بسته ارتقا سلامت رژیم غذایی و رژیم دارویی را در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (سرطان کلیه) به صورت پایدار افزایش داده است و بر مدیریت بیماری و برچسب مواد غذایی تأثیر معنی‌دار نداشته است. این یافته با پژوهش‌های با پژوهش‌های مارکوئز و همکاران (۳۶)، بلوم و همکاران (۲۷) همخوانی دارد.

این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی به توانمندی‌ها اشاره می‌شود و از طریق تأکید بر توانمندی‌ها منجر به افزایش خودمراقبتی در بیماران می‌شود. طبق دیدگاه توانمندی‌ها دو فایده از تمرکز بر توانمندی‌ها وجود دارد:

۱. توانمندی‌ها می‌توانند سپری در برابر استرس آسیب باشند.
  ۲. توانمندی‌ها می‌توانند بهزیستی را افزایش دهند (۳۷).
- توانمندی‌هایی مثل امید، مهربانی، هوش اجتماعی، کنترل خود و روشن‌بینی می‌توانند به‌عنوان سپری علیه تأثیرات منفی و آسیب و پیشگیری‌کننده یا تسکین‌دهنده بیماری‌ها و اختلالات باشد (۱۹). ساختن توانمندی‌ها مانند هوش اجتماعی همچنین می‌تواند از پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی شامل بدرفتاری در مدرسه و جنگیدن، پیشگیری کند یا دست‌کم این رفتار را کاهش دهد (۱۱). در مطالعه‌ای همبستگی بین توانمندی‌های گوناگون و رضایت از زندگی مشخص شد که توانمندی‌های تمایل قلبی، قردانی، امید و عشق، با رضایت از زندگی ارتباط قوی‌تری دارد تا توانمندی‌های مغزی مثل عشق به یادگیری (۳۳).

همچنین در بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی بر عمل متعهدانه تأکید می‌شود و با توجه به نوع بیماری افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که برای درمان به خودمراقبتی خاصی نیاز دارند این عمل متعهدانه و آموزش آن به این اشخاص باعث افزایش خودمراقبتی می‌شود. به دلیل اینکه در بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی بر پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی

شناختی، کاهش تمرکز بیش از حد بر خود، شناخت ارزش های شخصی، ایجاد انگیزه جهت عمل طبق انگیزه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۲۲) تأکید می شود و همین مراحل باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می شود.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به در دسترس انتخاب کردن افراد نمونه اشاره داشت که تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه می سازد. عدم کنترل متغیرهای مهم و تأثیرگذار در بیماری های مزمن مانند حمایت های اجتماعی و عاطفی دریافت شده از جانب والدین، خانواده و دوستان و تاب آوری اشاره داشت. پیگیری مطالعه حاضر فقط در یک اندازه گیری و در بازه زمانی ۲ ماهه انجام شده است. انجام مطالعات طولانی تر و با پیگیری بلندمدت و چند مرحله ای، نتایج کامل تری را در زمینه میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می دهد. با توجه به اثربخشی بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه، پیشنهاد می شود که علاوه بر درمان های دارویی، از بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی برای کاهش استرس ادراک شده و افزایش رفتارهای خودمراقبتی به ویژه بحث رعایت رژیم غذایی و رژیم دارویی استفاده شود.

بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی از نوع رعایت رژیم غذایی و دارویی برای بیماران مبتلا به سرطان کلیه سودمند است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله است. اخذ مجوزهای اخلاقی و کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1401.067 اخذ رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

### تضاد منافع

نویسندگان اظهار میدارند که تعارض منافع ندارند.

### منابع:

1. Linehan WM, Schmidt LS, Crooks DR, Wei D, Srinivasan R, Lang M, Ricketts CJ. The Metabolic Basis of Kidney Cancer. *Cancer Discov*, 2019; 9(8): 1006-1021. doi:10.1158/2159-8290.CD-18-1354.
2. Scelo G, Larose TL. Epidemiology and Risk Factors for Kidney Cancer. *J Clin Oncol*. 2018; 36(36): JCO2018791905. doi:10.1200/JCO.2018.79.1905.
3. Utne I, Miaskowski C, Paul SM, Rustøen T. Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2013; 21(9): 2527-35. doi:10.1007/s00520-013-1824-5
4. Graham J, Heng DY, Brugarolas J, Vaishampayan U. Personalized management of advanced kidney cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2018; 38: 330-341. doi:10.1200/EDBK\_201215

Family and health Quarterly, vol13, Issue 4, Winter 2024, ISSN: 2322-3065  
<http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.4.1.4

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): 464-471. doi:10.1016/j.psym.2018.01.005. Epub 2018 Jan 31.
6. Krajewski KM, Pedrosa I. Imaging Advances in the Management of Kidney Cancer. *J Clin Oncol*. 2018; 36(36): JCO2018791236. doi:10.1200/JCO.2018.79.1236.
7. Hu H, Li G, Arao T. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: a questionnaire survey. *Int J Hypertens*. 2013;526949. doi:10.1155/2013/526949.
8. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*. 2009; 1: 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
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 Educ Today*. 2018; 68:226-231. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.012.
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 J Fam Med*. 2018; 39(1):57-61. doi:10.4082/kjfm.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 (3): 375. doi:[10.1017/S0033291708003619](https://doi.org/10.1017/S0033291708003619).
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): 129-146. doi: 10.30473/hpj.2023.53231.4838.
13. Schlotz W, Yim IS, Zoccola PM, Jansen L, Schulz P. The perceived stress reactivity scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychological Assessment*. 2011; 23(1), 80-94. <https://doi.org/10.1037/a0021148>.
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 Syst Rev*. 2021; 9(9): CD009437. doi: 10.1002/14651858.CD009437.pub3.
15. Siontis KC, Noseworthy PA, Attia ZI, Friedman PA. Artificial intelligence-enhanced electrocardiography in cardiovascular disease management. *Nat Rev Cardiol*. 2021; 18(7): 465-478. doi: 10.1038/s41569-020-00503-2.

16. Ponte Márquez PH, Feliu-Soler A, Solé-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, Soler-Ribaudi J, Roca-Cusachs Coll A, Arroyo-Díaz JA. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *J Hum Hypertens.* 2019; 33(3): 237-247. Doi:10.1038/s41371-018-0130-6.
17. Dijkstra A. The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *Clin J Pain.* 2005; 21(1): 27-37; discussion 69-72. doi: 10.1097/00002508-200501000-00004.
18. Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014; 43(1): 97-106. doi: 10.1111/1552-6909.12265.
19. Compton WC, Hoffman E. *Positive Psychology: The Science of Happiness and Flourishing: The Science of Happiness and Flourishing: Cengage Learning;* 2012.
20. Conner TS, DeYoung CG, Silvia PJ. Everyday creative activity as a path to flourishing. *The Journal of Positive Psychology.* 2018; 13(2): 181–189. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1257049>.
21. Barber LK, Bagnsby PG, Munz DC. Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishingemotional health. *Personality and Individual Difference.* 2010; 49: 663-666. doi:10.1016/j.paid.2010.06.002.
22. Gonçalves JPB, Braghetta CC, Alvarenga WA, Gorenstein C, Lucchetti G, Vallada H. Development of a comprehensive flourishing intervention to promote mental health using an e-Delphi technique. *Front Psychiatry.* 2023; 14:1064137. doi: 10.3389/fpsy.2023.1064137.
23. 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): 117-130. doi: 10.30473/hpj.2022.59167.5234.
24. Stoeber J, Corr PJ. A short empirical note on perfectionism and flourishing. *Personality and Individual Differences.* 2016; 90: 50-53. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.036.
25. Seligman ME. *Learned optimism: How to change your mind and your life.* New York: Vintage; 2012.
26. Bolier JM. *Posirive Psychology Online: Using the internet to promote flourshing on a large scale.* Enschede: University of Twente; 2015.
27. Harris A, Li J, Atchison K, Harrison C, Hall D, VanderWeele T, Johnson JT, Nilsen ML. Flourishing in head and neck cancer survivors. *Cancer Med.* 2022; 11(13): 2561-2575. doi: 10.1002/cam4.4636.

Family and health Quarterly, vol13, Issue 4, Winter 2024, ISSN: 2322-3065  
<http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.4.1.4

28. Palermos SO. System Reliabilism and basic beliefs: defeasible, undefeated and likely to be true. *Synthese*. 2021; 199 (3-4): 6733-6759.  
<https://doi.org/10.1007/s11229-021-03090-y>.
29. Du X, Liu X, Zhao Y, Wang S. Psychometric testing of the 10-item perceived stress scale for Chinese nurses. *BMC Nurs*. 2023; 22(1): 430. doi: 10.1186/s12912-023-01602-4.
30. Javer M, Raffiepoor A, Sabet M. Predicting perceived stress based on self-efficacy and psychological hardiness in cardiovascular patients. *Nurse and Physician within War* 2022; 10 (35): 45-51.  
 URL: <http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-897-en.html>
31. Han Z, Feng X, Guo Z, Niu S, Ren L. Flourishing Bioinspired Antifogging Materials with Superwettability: Progresses and Challenges. *Adv Mater*. 2018; 30 (13): e1704652. doi: 10.1002/adma.201704652.
32. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoe M, Dalvand S, Farajzadeh M, Ebadi A. Psychometric properties of Persian version of Hypertension Self-Care Profile in patients with high blood pressure. *Koomesh* 2017; 21 (1): 25-32.  
 URL: <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3921-en.html>
33. Sha EY. Resilience, Character Strengths and Flourishing: A Positive Education Workshop for Singapore Teachers. University of Pennsylvania Scholarly Commons. Master of Applied Positive Psychology (MAPP) Capstone Projects. Positive Psychology Center; 2011.
34. Cho E, Docherty SL. Beyond Resilience: A Concept Analysis of Human Flourishing in Adolescents and Young Adults with Cancer. *ANS Adv Nurs Sci*. 2020 Apr/Jun; 43(2): 172-189. doi: 10.1097/ANS.0000000000000292. PMID: 31922987.
35. Seligman ME. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage; 2011.
36. Marais-Opperman V, Rothmann S, Van Eeden C. Stress, flourishing and intention to leave of teachers: Does coping type matter? *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*. 2021; 47(0): a1834. <https://doi.org/10.4102/sajip.v47i0.1834>
37. Pozo Muñoz C, Bretones Nieto B, Vázquez López MÁ. When Your Child Has Cancer: A Path-Analysis Model to Show the Relationships between Flourishing and Health in Parents of Children with Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 29; 18(23): 12587. doi: 10.3390/ijerph182312587.