

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

نسرین مجابی^۱، نسرین باقری^{۲*}، سیمین بشردوست^۳

چکیده

مقدمه: شکوفایی انسان می‌تواند یک هدف جدید مراقبت‌های بهداشتی باشد که پرستاران می‌توانند 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 سلطان کلیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به گروه آزمایش و گروه گواه به شیوه‌ی تصادفی تخصیص یافتند. بسته ارتقای سلامت براساس شکوفایی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و خودمراقبتی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ و با استفاده از تحلیل واریانس یا اندازه گیری مکرر بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که بین میانگین نمرات استرس مثبت ($20/56$)، استرس منفی ($20/28$)، رژیم غذایی ($18/20$)، رژیم دارویی ($22/20$) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. اما بین میانگین برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار 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.

نتیجه‌گیری: 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 واژه‌ها: ارتقای سلامت، استرس ادراک شده، خودمراقبتی، 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

^۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۳- 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 کریپتو کامنز 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.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

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 خانواده‌ی 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 فوق العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند، با این که سرطان سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما به نظرمی‌رسد بزرگترین مسأله در این زمان برای بیمار احساس یأس و نامیدی 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 براین بسیاری از بیماران که از درد رنج می‌برندند 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^۱ 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 منفعانه مانند دوری گزینی 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 استرس‌زا مشابه، استرس ادراک شده به ادراک و تفسیر کلی فرد اشاره می‌کند که میزان تأثیرپذیری در برابر استرس زاها را نشان می‌دهد (۱۰). بنا بر تعریف ارائه شده، رخدادها فقط بر افرادی اثر می‌گذارند که آن‌ها استرس زا ارزیابی کنند و این ارزیابی‌ها محصول شرایط محرك 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). خود مدیریتی یا مدیریت بیماری مقوله‌ای است که در ایجاد قدرت افراد بر رفتار و عملکردشان در حیطه فردی و سازمانی و در جهت ارتقای بهره وری 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).

^۱ 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 شامل پیشگیری، حفظ سلامتی و درمان بیماری‌ها توسط خود شخص است یکی از روش‌های بهبود است (۱۶). خودمراقبتی شامل پیشگیری، حفظ سلامتی و درمان بیماری‌ها توسط خود شخص است که در برگیرنده سبک زندگی سالم، درمان بیماری‌ها، مدیریت بیماری می‌باشد (۱۷). 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 (۱۸)، با اینکه مزایای خودمراقبتی در بهبود هر بیماری مشهود است، اغلب افراد از رفتارهای خودمراقبتی تبعیت نمی‌کنند (۱۹). پیروی از دستورالعمل‌های خودمراقبتی از قبیل کاهش وزن، فعالیت فیزیکی، توقف استعمال سیگار، مصرف غذای سالم و منطبق بر رژیم می‌تواند در تنظیم و کنترل بیماری نقش مهمی داشته باشند (۲۰).

شکوفایی انسان، موضوعی است که قرن‌ها ذهن اندیشمندان را به خود مشغول کرده است و اخیراً مورد توجه شاخه‌ای از روان‌شناسی به نام روان‌شناسی مثبت گرا قرار گرفته است (۲۱). 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، متراffد است (۲۲). شکوفایی به خوب بودن، رشد کردن، موفق شدن و برجسته بودن نیز اشاره دارد (۲۳) و به شادکامی و زندگی خوب منجر می‌گردد (۲۴). 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 (۲۵). شکوفایی به شادکامی خیلی مرتبط است به دلیل اینکه موقیت در زندگی، فرد را خوشحال و شادکام می‌سازد و به موقیت‌های بیشتر نیز منجر می‌گردد (۲۶). 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 (۲۷).

با توجه به تعاریف و دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت گرا که در مورد شکوفایی ارائه شده است، دیدگاه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت گرا عموماً مدل‌های شکوفایی کلی را مورد تأیید قرار داده اند (۲۸). این دیدگاه‌ها برای ارائه‌ی مدل‌های جامع از عملکرد بهینه‌ی فرد، هم بر نیاز روان‌شناختی رضایت و هم سلامت روانی تأکید نموده اند 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 (۲۹). 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 محدودی 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

ذهن آگاهی و شکوفایی^(۱۷) به این نتیجه دست یافتند که این مداخله اثر مشتبی بر روی شکوفایی افراد دارد. در پژوهش دیگری با عنوان، راهبردهای تنظیم هیجان سلامت هیجانی افراد شکوفا را بهبود می بخشد.

بولر^(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^(۲۸) در یک مطالعه مروری با عنوان تحلیل مفهومی شکوفایی انسان در نوجوانان و جوانان مبتلا به سلطان با استفاده از روش تحلیل مفهومی تکاملی راجرز به بررسی مفهوم شکوفایی انسان در زمینه نوجوانان و جوانان مبتلا به سلطان پرداختند. شکوفایی را در نوجوانان و بزرگسالان جوان مبتلا به سلطان 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 سلطان در حال شکوفایی به یکپارچگی درونی دست می یابند، تغییرات مشتبی 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 سلطان اعمال کنند. با توجه به مطالعات محدود انجام شده درمورد 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 سلطان 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 سلطان کلیه عضو انجمن سلطان کلیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. روش نمونه گیری از نوع داوطلبانه بود. جهت انتخاب تعداد نمونه با حجم اثر 0.50 و توان آزمون 0.80 در هر گروه 15 نفر برآورد شد. بدین شیوه که از بین افراد مبتلا به سلطان کلیه مراجعه کننده به انجمن سلطان کلیه، افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند 30 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 3 نسخه 4 ، 10 و 14 ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. در

^۱ Bolier

^۲ Cho, Docherty

این پژوهش از نسخه ۱۰ سؤالی این پرسشنامه استفاده می‌شود که دارای سه خرده مقیاس غیرقابل کنترل بودن، پیش‌بینی ناپذیری و مشقت‌بار بودن زندگی خویش است. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ 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 نسخه‌ی اصلی حذف شده اند و عبارات‌های ۴، ۵، ۷ و ۸ این نسخه به طور وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. کوهن و همکاران (۲۹) با انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان‌سنگی 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 روان‌سنگی 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 کرده اند 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 تاب آوری، 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، مجدویت، معنا و پیشرفت بود که در ۸ جلسه ۲ ساعته به اجرا درخواهد آمد. در ضمن 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 پیش آزمون، مقدمه ای راجع به دوره، انتظارات از دوره، جلسه دوم) مقدمه ای راجع به شکوفایی و معرفی روان‌شناسی مثبت، معرفی الگوهای فکری، جلسه سوم) مروری بر موضوعات جلسه‌ی قبل، مروری بر عناصر شکوفایی شامل هیجان‌های مثبت، مجدویت، روابط، معنا و پیشرفت (PERMA) با تاکید بر هیجان‌های مثبت، فعالیت در کلاس تجربه هیجان مثبت و منفی، بیان احساسات و افکار. جلسه چهارم) مروری بر موضوعات جلسه‌ی قبل، سخنرانی درباره‌ی مجدویت شدن و رها شدن در یک فعالیت لذت‌بخش، تمرین گروهی، پرسش و پاسخ راجع به مجدویت شدن در یک فعالیت خاص و بررسی موانع مجدویت 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 بدید. جلسه هفتم) معرفی مفهوم موفقیت و پیشرفت، خصوصیات

افراد موفق، عوامل پیشرفت، پرسش و پاسخ جلسه هشتم) مروی بر موضوعات مطرح شده در کل دوره، اجرای پس آزمون 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 (رزیم 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	$7/75 \pm 3/39$	$7/87 \pm 3/94$	$7/56 \pm 3/91$
رزیم غذایی	آزمایش	$48/00 \pm 3/18$	$59/3 \pm 87/20$	$58/3 \pm 31/20$
	کنترل	$31/5 \pm 56/16$	$38/4 \pm 56/16$	$35/4 \pm 31/16$
رزیم دارویی	آزمایش	$41/3 \pm 18/10$	$45/3 \pm 00/12$	$46/3 \pm 11/68$
	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	$12/2 \pm 41/18$	$12/2 \pm 79/99$	$12/2 \pm 99/68$
مدیریت بیماری	آزمایش	$17/2 \pm 62/62$	$21/2 \pm 17/81$	$20/2 \pm 18/31$
	کنترل	$18/2 \pm 16/37$	$19/2 \pm 50/18$	$11/2 \pm 90/93$

با هدف ارزیابی مفروضه‌های توزیع نرمال و همگنی واریانس‌های خطای استرس ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی، شاخص شاپیرو-ولیک و آزمون لون هریک 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

می دهد که مفروضه همگنی واریانس ها در بین داده های مربوط به استرس ادراک شده و رفتارهای خود مراقبتی برقرار است.

مفروضه استقلال متغیر های 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 خود مراقبتی در سطح 0.05 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 خود مراقبتی تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده های استرس ادراک شده و رفتارهای خود مراقبتی برقرار بود.

جدول ۲: تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس خطاهای کوواریانس

اع vad استرس ادراک شده	شاخص موخلی	χ^2	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 مجدور کای مربوط به هر دو بعد استرس ادراک شده و مؤلفه های رفتارهای خود مراقبتی در سطح 0.05 غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر دو استرس ادراک شده مثبت و منفی و مؤلفه های رفتارهای خود مراقبتی برقرار است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر تعاملی زمان* گروه بر استرس ادراک شده ای مثبت و منفی و مؤلفه های رفتارهای خود مراقبتی را نشان می دهد.

جدول ۳ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان بر استرس ادراک شده مثبت و استرس ادراک شده منفی $F=254/0.254$ ، $P=0.001$ در سطح 0.01 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 \times زمان بر رژیم مواد غذایی، برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری برچسب مواد غذایی در سطح 0.01 معنادار نیست. اثر تعاملی گروه \times زمان بر رژیم دارویی در سطح 0.01 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

نمره	سطح معنی داری	F	مجموع مجذورات		مجموع مجذورات زمان	استرس ادراک شده مثبت
			خطا	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 منفی
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	۲۲۲/۶۶۷	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 سلطان کلیه بود. یافته ها نشان می دهد که بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی استرس ادراک شده را در بیماران مبتلا به سلطان 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 عمدہ ای از راهکار شکوفایی و شادکامی سلیگمن (۳۳) کشف توانمندی های فردی و یافتن راههایی برای پروراندن آن هاست. با این روش، فرد به زندگی اشتیاق پیدا می کند و به این ترتیب در زندگی خشنودتر و شادرمتر می شود.

همچنین در بحث مجدوبیت (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 همه‌ی ان تکنیک‌ها 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 رخداد، 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 تجربه‌ی 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 تاثیر معنی دار 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 مرکز 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 روش‌بینی می‌توانند به عنوان 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، قدردانی، 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 ارزش‌های شخصی، ایجاد انگیزه جهت عمل طبق انگیزه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارت ذهنی (۲۲) تأکید می‌شود و همین مراحل باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به در دسترس انتخاب کردن افراد نمونه اشاره داشت که تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه می‌سازد. عدم کنترل متغیرهای مهم و تأثیرگذار در بیماری‌های مزمن مانند حمایت‌های 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 طولانی‌تر و با پیگیری بلندمدت و چند مرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می‌دهد. با توجه به اثربخشی بسته ارتقا سلامت براساس شکوفایی بر استرس ادراک شده و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان کلیه، پیشنهاد می‌شود که علاوه بر درمان‌های 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 ارتقا 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

نویسنده‌گان اظهار میدارند که تعارض منافع ندارند.

منابع:

- 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.
- 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.
- 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
- 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

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-Herreras 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/jog.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.* 20181; 13(2): 181–189. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1257049>.
21. Barber LK, Bagsby PG, Munz DC. Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. *Personality and Individual Difference.* 2010; 49: 663-666. doi:[10.1016/j.paid.2010.06.002](https://doi.org/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/fpsyg.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.

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.