DOI: *10.29252/rbs.19.4.633*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

An Analysis of Structural Model of Spiritual Health Based on Health Anxiety, Positive Meta-emotion, and Pain Self-Efficacy Mediated by the Source of Internal Health Control in Men with Cancer

Fatemeh Soleymani Namaghi[1], **Hasan Abdollahzadeh**[2,3], **Javanshir Asadi**[2]

1. PhD Student, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
3. (Corresponding author)*, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), P.O.Box 19395-4697, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Cancer is considered to be one of the most important health and therapy issues in the world and in our country, especially among men, and is usually associated with significant clinical and psychological discomfort in the optimal use of coping strategies. The aim of this study was thus to analyze the structural model of spiritual health based on health anxiety, positive meta-emotion, pain self-efficacy mediated by the source of internal health control in men with cancer.

Methods and Materials: The research method is descriptive-correlational type of structural equation modeling. The statistical population consisted of men aged 45 to 65 years old with gastrointestinal cancers living in Golestan province in 1400. The sample size was estimated to be 230 people using Krejcie Morgan table. The convenience sampling method was used. The instruments of this research were in the form of questionnaires including health anxiety by Salkowski and Warwick (2002), metacognition and meta-emotion by Biro Montea (2010), pain self-efficacy by Nicholas (1980), spiritual health by Delman and Free (2004), source of health control by Wallston et al. 1978). To analyze the data, structural equation modeling technique was used in the LISREL8.71 software.

Findings: The results showed that health anxiety had a significant negative effect, and positive meta-emotion and self-efficacy had a significant positive effect on spiritual health ($P < 0.001$). The source of internal health control mediated the effect of pain self-efficacy on spiritual health in a significant positive way ($P < 0.01$). The source of internal health control has a negative effect on health anxiety and a significant positive effect on positive meta-emotion and pain self-efficacy ($P < 0.005$).

Conclusions: The results of the present study support the hypothesis that health anxiety, positive meta-emotion, and pain self-efficacy are related to spiritual health and can affect spiritual health through the mediation of health control source.

Keywords: Spiritual health, health anxiety, positive meta-emotion, pain self-efficacy, source of health control.

Citation: Soleymani F, Abdollahzadeh H, Asadi J. **Analysis of structural model of spiritual health based on health anxiety, positive meta-emotion, pain self-efficacy mediated by health control source in men with cancer**. Res Behav Sci 2022; 19(4): 633-646.

* **Hasan Abdollahzadeh**,
Email: abdollahzadeh2002@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

تحلیل مدل ساختاری سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت درونی در مردان مبتلا به سرطان

فاطمه سلیمانی نامقی[1]، حسن عبداله‌زاده[2و3]، جوانشیر اسدی[2]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳- (نویسنده مسئول)* گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۱۹۳۹۵-۴۶۹۷، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان یکی از مسائل مهم بهداشتی درمانی جهان و کشور ما به‌ویژه در میان مردان محسوب می‌شود و معمولاً با ناراحتی‌های چشمگیر بالینی و روان‌شناختی در استفاده مطلوب از راهبردهای مقابله‌ای همراه است از این‌رو؛ پژوهش حاضر با هدف تحلیل مدل ساختاری سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت درونی در مردان مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آمار، متشکل از مردان ۴۵ تا ۶۵ سال مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش ساکن در استان گلستان در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی مورگان، ۲۳۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. ابزار تحقیق به‌صورت پرسشنامه‌های پژوهش شامل اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارووویک (۲۰۰۲)، فراشناخت و فراهیجان بیرو مونته آ (۲۰۱۰)، خودکارامدی درد نیکولاس (۱۹۸۰)، سلامت معنوی دلمن و فری (۲۰۰۴)، منبع کنترل سلامت والستون و همکاران (۱۹۷۸)، بودند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری در محیط نرم‌افزار LISREL8.71 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اضطراب سلامت به‌صورت منفی و فراهیجان مثبت و خودکارامدی به‌صورت مثبت و معنادار بر سلامت معنوی اثر دارند (P< ۰/۰۰۱). منبع کنترل سلامت درونی اثر خودکارآمدی درد را بر سلامت معنوی به‌صورت مثبت و معناداری میانجی‌گری کرد (P< ۰/۰۱). منبع کنترل سلامت درونی بر اضطراب سلامت به‌صورت منفی و بر فراهیجان مثبت و خودکارآمدی درد به‌صورت مثبت و معناداری اثر دارد (P<۰/۰۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر از این فرض حمایت می‌کند که اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد، با سلامت معنوی رابطه داشته و از طریق میانجی‌گری منبع کنترل سلامت می‌توانند سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارامدی درد، منبع کنترل سلامت.

ارجاع: سلیمانی فاطمه، عبداله‌زاده حسن، اسدی جوانشیر. **تحلیل مدل ساختاری سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت در مردان مبتلا به سرطان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۶۳۳-۶۴۶.

*- **عبداله زاده حسن،**

رایانامه: abdollahzadeh2002@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

مقدمه

در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم بهداشتی درمانی جهان و کشور ما محسوب می‌شود. بر اساس تمام شواهد علمی، تجربی و پژوهشی، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث و سوانح در ردیف یکی از اساسی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدیدکنندهٔ جامعه به شمار می‌رود (۱). در این مابین سرطان‌های دستگاه گوارش به دلیل رشد جمعیت، افزایش میانگین سنی، تغییر در نحوه تغذیه و سبک زندگی افراد (مصرف مواد مخدر، آلودگی محیط، وجود هلیکوباکتر پیلوری)، عوامل ژنتیکی و ارثی در چند دهه اخیر در کشور ایران به‌ویژه استان گلستان به نحو چشمگیری افزایش یافته است (۲). سامانه جامع سرطان استان گلستان در سال ۱۳۹۹، میزان بروز استانداردشده سرطان‌های گوارشی در مردان را به‌مراتب بیشتر از بروز سرطان‌های دستگاه گوارش در میان زنان اعلام کرد. از سویی در مبتلایان به سرطان‌های دستگاه گوارش، جنبه‌های فرهنگی، تجربیات زندگی، رفتارها، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تعیین‌کننده معنای سرطان برای مبتلایان و خانواده‌ها می‌باشد (۳). به همین جهت، علاوه بر درمان جسمی نیاز به حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی برای مبتلایان به این نوع سرطان احساس می‌شود (۴). پژوهش‌های متعددی ارتباط سرطان را با ترس غیرواقعی از مرگ، فوبی اجتماعی، اختلالات هراس، اختلالات اضطرابی، افسردگی، حساسیت بین فردی (۵)، کاهش خودکارآمدی (۶) و هیجان‌های منفی (۷) تأیید کرده‌اند.

در این راستا یکی از رایج‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی که بیماران در طی تشخیص و درمان سرطان از خود نشان می‌دهند و باعث رنج فراوان، بستری‌های مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و همراهان ایشان و پرداخت هزینه‌های گزاف درمانی می‌گردد، اضطراب سلامت است (۸). این اضطراب عملکرد شغلی، تحصیلی و روابط میان‌فردی، میزان سازگاری و کیفیت زندگی افراد را به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). برای افرادی که از سرطان رنج می‌برند، این‌گونه نگرانی‌ها باعث توجه بیش‌ازحد به هرگونه علائم بدنی شده تا برای درمان به‌موقع اقدام نمایند (۱۰). دلواپسی‌های دائمی درباره علائم بدنی، موجبات فکر کردن به موضوعات ناخوشایند به‌عنوان مثال فکر کردن دربارهٔ تجربه سرطان، به‌طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با سرطان را به ذهن می‌آورد و از میزان سلامتی افراد می‌کاهد (۱۱). ازجمله عواملی که به نظر می‌رسد با سرطان و اضطراب رابطه داشته باشد فراهیجان مثبت است. پیام‌هایی که افراد درباره آمار روزافزون مبتلایان به سرطان می‌گیرند، از طریق تهدید امنیت و آرامش افراد باعث افزایش نگرانی سلامتی در آنان می‌شود (۷). فراهیجان واکنش‌های هیجانی افراد به هیجان‌های تجربه شده است که نقش مهمی در سازمان‌دهی افکار و احساسات بیماران دارند (۱۲). فراهیجان مثبت با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و پذیرش روان‌شناختی، زمینه بهبود سلامتی را در مبتلایان به سرطان تضمین می‌کند (۱۳). این سازه با عملکرد شناختی مطلوب همراه است و به رضایت از زندگی منجر می‌شود (۱۴) و باعث می‌شود بیماران سرطانی از راهبردهای مقابله‌ای مطلوب و سازگار در جهت مقابله با شرایط بحرانی استفاده نمایند (۱۵). از سویی افراد با فراهیجان منفی در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای منفی شامل نشخوار منفی، سرزنش خود، سرزنش دیگران و تلقی فاجعه‌آمیز استفاده می‌کنند (۱۶). این راهبردهای منفی و ناسازگارانه تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان بر سرطان می‌گذارند (۱۷).

در میان تأثیرات سرطان، مؤلفهٔ دیگری که آسیب جدی به کیفیت زندگی بیماران سرطانی وارد می‌کند، درد است (۱۸). درد به‌عنوان یک عامل جسمانی در بسیاری از ابعاد و رفتارهای زندگی فرد اثر دارد، به‌طوری‌که درد مستمر به‌تدریج اثرات منفی و زیانباری را بر سلامت عمومی، روانی و عملکردهای جسمانی و اجتماعی افراد بر جای می‌گذارد و اغلب در توانایی شخص برای انجام فعالیت‌های گوناگون زندگی تداخل ایجاد می‌کند و آن‌ها را برای انجام فعالیت‌های معمول روزانه کم‌توان یا ناتوان می‌کند (۱۹). از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر میزان دردی که بیمار سرطانی تجربه می‌کند، خودکارآمدی است. در چارچوب نظریه یادگیری اجتماعی (۲۰) خودکارآمدی منعکس‌کنندهٔ اعتماد فرد به توانایی‌اش برای دستیابی به نتیجه‌ای دلخواه است؛ در این دیدگاه خودکارآمدی، تعیین‌کننده میزان مقاومت افراد در برابر موانع و تجربیات ناخوشایند است و با ارزیابی میزان اطمینان شخص از توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های خاص می‌توان عملکرد وی را به هنگام انجام واقعی آن اعمال پیش‌بینی کرد (۲۱). از سویی خودکارآمدی درد عبارت است از میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد، علیرغم وجود درد است. در چند بررسی در بیماران مبتلا به سرطان با درد مزمن نشان داده شده است که افزایش خودکارآمدی حاصل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

از رفتار درمانی شناختی درد مزمن می‌تواند با نتایج درمانی بهتر، ازجمله کاهش شدت ناتوانی جسمی، همراه باشد (۲۲). لذا سطح توانایی و استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره می‌تواند شاخص مهمی در تعیین سازگاری بیماران مبتلا به سرطان با بیماری خود، کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهتر شدن حالات عاطفی مبتلایان به سرطان باشد. چراکه افراد مبتلا به سرطان، در طی مراحل بیماری تغییراتی را در کیفیت زندگی خود تجربه می‌کنند (۲۳). به‌طوری‌که اثرات بیماری بر روی ابعاد روانی، اجتماعی، معنوی و جسمانی آن‌ها مشهود است (۲۴). پژوهش‌های متعددی نشان داده است که سلامت معنوی ازجمله عوامل مؤثر در افزایش میزان سازگاری، سلامت روانی اجتماعی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بهتر، عملکرد ایمنی بهتر و بستری شدن کمتر بیماران سرطانی بوده است (۲۵). چراکه این سازه ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای درونی انسان ایجاد کرده و زمینه‌ای را فراهم می‌کند که از طریق آن انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (۲۶). به‌عبارت‌دیگر سلامت معنوی نیرو یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌نماید. هنگامی‌که سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست داد معنا در زندگی شود (۲۷). درواقع سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با اضطراب ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی بر ارتقاء ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد، زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت ذهنی مانند افزایش اعتمادبه‌نفس و کنترل خود دارد و راهکاری مطلوب برای مشکلات محسوب می‌گردد (۲۸). به‌گونه‌ای که می‌تواند سازگاری با مشکلات و هم آهنگی ساختارهای درونی بدن را ارتقاء بخشد (۲۹). به همین دلیل می‌تواند گفت سلامت معنوی می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد (۲۷).

علاوه بر این از میان متغیرهای شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزمره، می‌توان به منبع کنترل سلامت اشاره کرد که در ارتقاء رفتارهای بهداشتی بیماران سرطانی نقش اساسی دارد (۳۰). درواقع یکی از ابعادی که افراد سرطانی را در درمان از هم متمایز می‌کند درجهٔ کنترلی است که تصور می‌کنند بر رویدادهای زندگی خود دارند (۳۱). جایگاه مهار یا منبع کنترل که نخستین بار توسط راتر مطرح شد به ادراکی گفته می‌شود که انسان از علیت نتایج رفتار خود دارد. بر اساس نظریه جایگاه مهار، انسان مجموعه گسترده‌ای از باورها را درباره افراد یا اشیایی که نقش مهارکنندگی بر پاداش‌ها و تنبیه‌های خود دارند، به‌دست آورد (۳۲)؛ بنابراین منبع کنترل سلامت می‌تواند پیش-بینی، برای رفتارهای بهداشتی بیمار سرطانی باشد (۳۰). تئوری منبع سلامت معتقد است افرادی که معتقد به منبع کنترل درونی سلامت می‌باشند، بر این باورند که وضعیت سلامتی‌شان مستقیماً ناشی از رفتار و عملکرد خودشان است. درحالی‌که معتقدان به منبع کنترل بیرونی سلامتی را وابسته به پزشکان، شانس یا بخت و اقبال و سرنوشت می‌دانند (۳۳). اعتقاد به قابل کنترل‌بودن درونی یک بیماری باعث ایجاد نگرش مثبت در خصوص انجام رفتار پیشگیرانه توسط فرد می‌شود و الگوی کنترل سلامت، ارتباط تنگاتنگی با منبع کنترل سلامت، رفتارهای بهداشتی و حس کنترل و مسئولیت‌پذیری بیماران در روند مراقبت و درمان بیماری آنان دارد (۳۴). افراد با معنویت بالاتر باور دارند نیروهای برتر یا خداوند به آن‌ها قدرت و اختیار می‌دهد تا بر شرایط و اوضاع پیرامون خود ازجمله سلامت خود، تأثیر بگذارند. در چنین شرایطی آن‌ها خود را مسئول می‌دانند و با به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال و مساله‌مدار، سلامت جسمی و روانی خود را ارتقاء می‌دهند (۳۵). بر اساس مطالب مطرح‌شده احتمال می‌رود که اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت و خودکارآمدی درد به‌طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق وساطت منبع کنترل سلامت درونی، سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار دهند. به‌ویژه بررسی عوامل مستقیم و غیر مستقیم در کنار هم در قالب یک مدل می‌تواند اطلاعات جامعی را در راستای مطالعات روان‌شناختی فراهم نماید. بر همین اساس در این پژوهش محقق درصدد این است که نقش متغیرهای اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد را به‌طور مستقیم و همچنین نقش غیر مستقیم متغیر میانجی منبع کنترل سلامت درونی را در پیش‌بینی سلامت معنوی موردبررسی قرار دهد و به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا مدل مفروض پیش‌بینی سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت درونی با داده‌ها برازش دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش پژوهش در زمره تحقیقات توصیفی-همبستگی از نوع معادلات

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

ساختاری است. جامعه آماری، متشکل از مردان ۴۵ تا ۶۵ سال مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش ساکن استان گلستان در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه برحسب جدول تعیین حجم نمونه از روی حجم جامعه که به روش کرجسی مورگان شهرت دارد استفاده شد. بر این اساس و با توجه به اینکه تعداد کل مبتلایان مرد به سرطان‌های گوارشی در استان گلستان ۵۰۰ نفر می‌باشد، نمونه موردبررسی ۲۳۰ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و بدین‌صورت که از افراد مبتلا به سرطان ساکن استان گلستان و تحت پوشش کانون حمایت بیماران سرطانی و صعب‌العلاج شافی هیرکان گلستان و موسسه انجمن حمایت از بیماران سرطانی (طب تسکینی) گلستان بودند، خواسته شد تا با دقت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ملاک‌های ورود برای انتخاب افراد نمونه شامل: ۱- رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه ۲- مردان ۴۵ تا ۶۵ سال مبتلا به سرطان‌های گوارشی در استان گلستان ۳-مبتلایان به دردهای مزمن حاصل از سرطان‌های گوارشی. درنهایت بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، از نرم‌افزار لیزرل برای تجزیه‌وتحلیل ۲۳۰ پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و واروویک (۲۰۰۲): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۲ توسط سالکوسکیس و واروویک ساخته شد. مقیاس اضطراب سلامت یک آزمون ۱۸ گویه ای است که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر گویه ۴ گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به‌صورت یک جمله خبری است که پاسخگو باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر آیتم از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی اضطراب سلامت در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای اضطراب سلامت کلا ۸۸٪ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۳۶). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط نرگسی (۱۳۹۰) به فارسی برگردانده شد و برای سنجش روایی آن از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز (۳۷) استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز برابر با ۰,۷۵- به دست آمد؛ بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامتی از روایی مناسبی برخوردار است (۳۸).

پرسشنامه فراشناخت فراهیجان بیرو مونته آ (۲۰۱۰): پرسشنامه فراشناخت وفراهیجان مثبت در سال (۲۰۱۰) توسط بیر و مونته آ برای ارزیابی باورهای فراشناختی در مورد فرایندهای شناختی و هیجانی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز (اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار، اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و ۳ بعد می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی به سنجش فراشناخت وفراهیجان مثبت می‌پردازد. ویژگی‌های روان‌سنجی فراشناخت فراهیجان مثبت در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای فراشناخت فراهیجان کلا ۸۳٪ و سه بعد اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار ۷۱٪، اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله ۷۳٪، اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی ۷۲٪، محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۳۹). روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است (۴۰).

پرسشنامه خودکارامدی درد نیکولاس (۱۹۸۰): پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ) در سال ۱۹۸۰ توسط نیکولاس ساخته شده است. مقیاس خودکارمدی درد یک پرسشنامه ده سؤالی است که بر اساس نظریه بندورا در مورد خودکارآمدی می‌باشد و به‌منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علیرغم وجود درد طراحی و تدوین شده است (۴۱). دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۶۰ می‌باشد. نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علیرغم وجود درد است؛ و نمره صفر یا نزدیک به صفر بیانگر عدم باور قوی در انجام فعالیت‌های روزمره در حضور درد و رنج ناشی از بیماری است. اصغری‌مقدم و همکاران ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است (۴۲).

پرسشنامه سلامت معنوی دلمن و فری (۲۰۰٤): مقیاس SIWB در سال ۲۰۰۴ توسط دلمن و فری برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

سنجش سلامت معنوی ساخته شده است و شامل ۱۲ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) طراحی شده است. دامنه نمرات کل بر اساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر سلامت معنوی بالاتر را نشان می‌دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خودکارآمدی» و «طرح زندگی» است. هر یک از این زیرمقیاس‌ها شامل ۶ سؤال است. در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۹۱٪، زیرمقیاس خودکارآمدی ۸۶٪، طرح زندگی ۸۹٪ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۴۳).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر		فراوانی	درصد	درصد تراکمی
سن	۴۵ تا ۵۰ ساله	۴۸	۲۱/۱	۲۱/۱
	۵۰ تا ۵۵ ساله	۳۵	۱۵/۴	۳۶/۵
	۵۵ تا ۶۰ ساله	۴۳	۱۸/۹	۵۵/۴
	۶۰ تا ۶۵ ساله	۱۰۱	۴۴/۶	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶	۷/۰	۷/۰
	متأهل	۱۷۰	۷۴/۹	۸۱/۹
	متارکه	۷	۳/۱	۸۵
	فوت همسر	۲۹	۱۲/۸	۹۷/۸
	اعلام نکرده	۵	۲/۲	۱۰۰
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱۶	۵۱/۱	۵۱/۱
	دیپلم	۴۹	۲۱/۶	۷۲/۷
	فوق دیپلم	۲۸	۱۲/۳	۸۵/۱
	لیسانس	۲۷	۱۱/۸	۹۶/۹
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۳/۱	۱۰۰
وضعیت شغلی	شاغل	۱۴۲	۶۲/۶	۶۲/۶
	بیکار	۱۲	۵/۳	۶۷/۹
	بازنشسته	۷۳	۳۲/۱	۱۰۰

پرسشنامه منبع کنترل سلامت والستون و همکاران (۱۹۷۸): مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به‌منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخص دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌ها به‌صورت مقیاس بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. مقیاس‌های تک‌بعدی در زمینه سنجش نوع کنترل ابتدا توسط والستون و همکاران طراحی شد. مقیاس MHLC شامل سه مؤلفه با معیار شش‌گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است: ۱- منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر (PHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به‌وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود. ۲- منبع کنترل سلامت درونی (IHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او است. ۳- منبع کنترل سلامت مربوط به شانس (CHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت است. این پرسشنامه دارای سه فرم A، B و C است که هرکدام مشتمل بر هجده عبارت و هر مؤلفه دارای شش عبارت است. فرم A و B در سال ۱۹۷۸ و فرم C که می‌تواند برای بیماری‌های خاص یا شرایط معین مورد استفاده قرار گیرد، در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از آن را بیان کند. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه منبع کنترل سلامت بدین‌صورت است که برای به‌دست آوردن نمره هر زیر مقیاس کافی است امتیاز همه عبارات مربوط به زیر مقیاس موردنظر با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

هم جمع شود. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای سلامت درونی ۰/۸۱، سلامت مربوط به افراد مؤثر ۰/۸۳ و سلامت مربوط به شانس ۰/۷۹ به دست آمد. روایی همزمان مقیاس منبع کنترل سلامت با مقیاس درونی – بیرونی راتر مشخص شده است. همبستگی نمرات این آزمون با وضعیت سلامتی آزمودنی‌ها نیز حاکی از اعتبار ملاکی مطلوب این آزمون است.

یافته‌ها

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در این پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان توصیف و میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش تحلیل و گزارش شده است. در بخش آمار استنباطی، جهت نرمال بودن نمونه موردبررسی از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد و جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از معادلات ساختاری در محیط نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، چولگی، کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس آن ضرایب آلفای کرونباخ همه متغیرها و مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر آن است که گویه‌های پرسشنامه‌های به‌کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای پژوهش حاضر از همسانی درونی قابل قبولی برخوردارند. همچنین ارزش‌های کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده ۲± است. این مطلب بیانگر آن است که داده‌ها از توزیع متقارن برخوردارند.

جدول ۳، روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. اضطراب سلامت به‌صورت منفی و فراهیجان مثبت و خودکارآمدی به‌صورت مثبت در سطح معناداری ۰/.۱ با مؤلفه‌های سلامت معنوی همبسته بودند. همچنین منبع کنترل سلامت درونی به‌صورت مثبت در سطح معناداری ۰/.۱ با مؤلفه‌های سلامت معنوی همبسته بودند. همچنین منبع کنترل سلامت درونی با اضطراب سلامت به‌صورت منفی و با فراهیجان مثبت و خودکارآمدی درد به‌صورت مثبت در سطح معناداری ۰/.۱ همبسته بودند.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی و ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	آلفای کرونباخ
اضطراب سلامت	۲۷/۴	۱۰/۲	۰/۳۸۹	−۰/۶۴۱	٪۸۸
فراشناخت و فراهیجان مثبت	۵۷/۳	۴/۱	−۰/۷۰۶	۰/۸۰۷	٪۸۳
خودکارآمدی درد	۲۶/۳	۹	−۰/۱۳۸	−۱/۳۱۷	٪۸۱
کنترل سلامت درونی	۲۵	۳/۹	−۰/۰۷۷	−۱/۱۳۴	٪۸۱
سلامت معنوی	۴۰/۵	۵/۷	−۰/۵۷۶	−۰/۵۴۳	٪۹۱

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که اثر متغیر درون‌گروهی (عامل زمان) بر ابعاد پرخاشگری ارتباطی پنهان معنادار است ($p\leq$۰/۰۰۱)؛ یعنی نمرات پرخاشگری ارتباطی پنهان بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. اثر متغیر بین گروهی مداخله نیز در کاهش کناره‌گیری عاطفی و خراب کردن وجهه اجتماعی معنادار است؛ یعنی انجام مداخله آموزش مبتنی بر برنامه آموزش غنی‌سازی ارتباط توانسته است نمرات پرخاشگری ارتباطی پنهان را نسبت به گروه کنترل کاهش دهند. همچنین عامل جنسیت و تعامل گروه و جنسیت معنادار نبودند نشان‌دهنده اثربخش بودن آموزش مبتنی بر برنامه آموزش غنی‌سازی ارتباط به یک اندازه بر زوجین است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر برنامه آموزش غنی‌سازی ارتباط بر ابعاد پرخاشگری ارتباطی پنهان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که این نشان‌دهنده آن است که آموزش مبتنی بر برنامه آموزش غنی‌سازی ارتباط بر ابعاد پرخاشگری ارتباطی پنهان در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱	اضطراب سلامت	۱				
۲	فراشناخت و فراهیجان مثبت	۰/۳۳۵ **	۱			
۳	خودکارآمدی درد	−۰/۶۹۲ **	۰/۵۴۵ **	۱		
۴	کنترل سلامت درونی	−۰/۵۷ **	۰/۴۹۴ **	۰/۶۴۸ **	۱	
۵	سلامت معنوی	−۰/۴۶ **	۰/۴۰۳ **	۰/۵۹۱ **	۰/۵۹ **	۱
		P = ۰/۰۱**	P = ۰/۰۵*	n =۳۵۶		

جدول ٤. مقادیر VIF و Tolerance برای بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه متغیرها

متغیر	VIF	Tolerance
اضطراب سلامت	۲/۵۶۴	۰/۳۹
فرا هیجان مثبت	۱/۶۹۵	۰/۵۹
خود کارآمدی درد	۲/۸۲۷	۰/۳۵۴
مرکز کنترل سلامت درونی	۲/۶۷۳	۰/۳۷۴

لازم به توضیح است که به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی و به‌منظور ارزیابی مفروضه عدم هم خطی، عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل تک‌تک متغیرها مطابق با جدول ۴، موردبررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که دو مفروضه مزبور در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرارند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در ادامه با توجه به اهمیت آزمون مدل نظری پژوهش متغیرهای اصلی وارد نرم‌افزار لیزرل (Lisrel8.71) شده و از طریق این نرم‌افزار تحلیل مدل معادلات ساختاری صورت گرفته است. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش با استفاده از این نرم‌افزار و برآورد بیشینه احتمال مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی شاخص‌های برازندگی بدست آمده نشان داد که در اغلب شاخص‌های برازش مدل ساختاری برازندگی به‌دست‌آمده از برازش قابل‌قبول مدل اندازه‌گیری اولیه با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کند. (χ^2/df=۰/۳۳۵، CFI=1/00، NFI=1/00، GFI=0/99، AGFI=0/96، RMSEA=0/001).

دول ۵. ضرایب رگرسیون استانداردشده و استاندارد نشده، خطای معیار ضرایب مدل ساختاری

مدل	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	β	B	S_e	T	معنی‌داری	R^2
۱	خودکارآمدی درد	سلامت معنوی	۰/۳۶	۰/۲۳	۰/۰۴	۵/۳۷	معنی‌دار است	۰/۳۶
	مرکز کنترل سلامت درونی	سلامت معنوی	۰/۳۶	۰/۵۲	۰/۱۱	۵/۳۵	معنی‌دار است	
۲	اضطراب سلامت	مرکز کنترل سلامت درونی	−۰/۲۵	−۰/۱۰	۰/۰۲	−۳/۷۴	معنی‌دار است	۰/۴۸
	فرا هیجان مثبت	مرکز کنترل سلامت درونی	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۰۵	۳/۷۳	معنی‌دار است	
	خودکارآمدی درد	مرکز کنترل سلامت درونی	۰/۳۶	۰/۱۶	۰/۰۳	۴/۷۵	معنی‌دار است	

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر رگرسیون استانداردشده از خودکارآمدی درد به سلامت معنوی مثبت بوده و به لحاظ آماری معنی‌دار است (β =۰/۳۶، Se = ۰/۰۴، ۵/۳۷ =t، P< ۰/۰۰۱). ضریب مسیر رگرسیون استانداردشده از مرکز کنترل سلامت درونی به سلامت معنوی مثبت بوده و به لحاظ آماری معنی‌دار است (β = ۰/۳۶، Se = ۰/۱۱، t= ۵/۳۵، P< ۰/۰۰۵).

ضریب مسیر رگرسیون استانداردشده از اضطراب سلامت به مرکز کنترل سلامت درونی منفی بوده و به لحاظ آماری معنی‌دار است (β = −۰/۲۵، Se = ۰/۰۲، t= −۳/۷۴، P< ۰/۰۰۵). ضریب مسیر رگرسیون استانداردشده از فرا هیجان مثبت به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

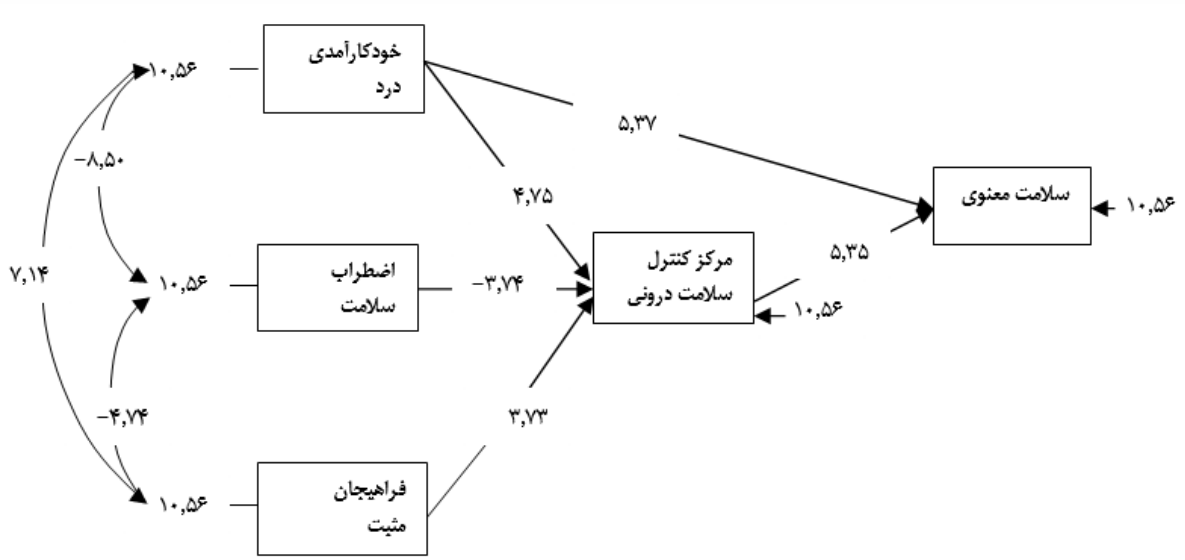
مرکز کنترل سلامت درونی مثبت بوده و به لحاظ آماری معنی-دار است (β = ۰/۲۱، Se = ۰/۰۵، t= ۳/۷۳، P<۰/۰۰۵). ضریب مسیر رگرسیون استانداردشده از خودکارآمدی درد به مرکز کنترل سلامت درونی مثبت بوده و به لحاظ آماری معنی-دار است (β = ۰/۳۶، Se = ۰/۰۳، t= ۴/۷۵، P< ۰/۰۰۵).

اما همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود در مدل پژوهش میانجی (منبع کنترل سلامت درونی) وجود دارد. برای بررسی نقش واسطه‌ای متغیر مرکز کنترل سلامت درونی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم، اثر کل و شاخص شمول واریانس (VAF) هریک از متغیرهای برون‌زا بر متغیر سلامت معنوی در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ٦. ضرایب مستقیم و غیرمستقیم استانداردشده، اثر کل و شمول واریانس مدل ساختاری

متغیر برون‌زا	متغیر میانجی	متغیر درون‌زا	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	VAF
خودکار آمدی درد	مرکز کنترل سلامت درونی	سلامت معنوی	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۴۹	۰/۲۷

همانطورکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود اثرات غیرمستقیم از اثر مستقیم بسیار کمتر است. به همین منظور برای تعیین میزان جذب‌کنندگی اثر متغیر میانجی در رابطه بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زا، شاخص شمول واریانس (VAF) مورداستفاده قرار گرفت. با توجه به اینکه در مقدار VAF بین دو حالت ۰/۲۰ و ۰/۸۰ میانجی‌گری متوسطی را می‌توان انتظار داشت (۴۴) برای مسیر میانجی‌گری مرکز کنترل سلامت درونی در رابطه خودکارآمدی درد با سلامت معنوی، مقدار شاخص VAF برابر ۰/۲۷ است پس می‌توان گفت که متغیر میانجی مرکز کنترل سلامت درونی در هر دو مسیر رابطه بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زا، اثر میانجی‌گری دارد.. شکل ۱، نمودار مقادیر t برای بررسی پیش‌بینی سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت و خودکارآمدی درد با وساطت منبع کنترل سلامت درونی در مردان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل معادلات ساختاری سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

خودکارآمدی درد با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت درونی انجام شد. آزمون فرضیه اول نتایج نشان داد که اضطراب سلامت به‌صورت منفی و معناداری بر سلامت معنوی اثر دارد؛ که این یافته با یافته پژوهش‌های ظفریان مقدم و همکاران (۴۵) و رحیمی و همکاران (۴۶) در یک راستا بوده است و در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان بیان نمود که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامتی و احساس خوب بودن شخص سهیم باشد. اعمال مذهبی ممکن است باعث معالجه کامل بیمار نشود اما می‌تواند به او کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد و از بعضی مشکلات و ناملایمات جلوگیری کند تا شخص با بیماری راحت‌تر کنار بیاید (۴۷). در مکانیسم عصب‌شناسی جسمی روانی نیز رضایت‌مندی ناشی از ثمرات معنوی از طریق تأثیر بر مکانیسم‌های شناخته‌شده مغزی و به‌وسیله سلسله اعصاب پیام‌رسان روی سیستم‌ها و اندام‌های بدن مانند قلب و عروق، سیستم ایمنی تأثیر تقویت‌کننده دارد که نتیجه این تأثیرات پیش‌گیری از پیشرفت نگرانی‌های مرتبط با سلامت و بیماری، افزایش تحمل بیمار و بهبود سریع‌تر بیماری است (۴۸).

بر اساس فرضیه دوم پژوهش فراهیجان مثبت به‌صورت مثبت و معناداری بر سلامت معنوی اثر دارد. این یافته با مطالعه ظفریان مقدم و همکاران (۴۵) و اردکانی و همکاران (۴۹) همسو بوده است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند سلامت معنوی به‌عنوان بخش زیر بنایی باورها نقش مهمی در کنش‌های افراد ایفا می‌کند و به انسان توانایی تغییر و تحول را اعطا کرده، ظرفیت وی را برای رویارویی با دشواری‌ها و سختی‌ها و فایق آمدن بر آن‌ها بالا می‌برد (۵۰). همچنین سلامت معنوی هدف زندگی را برای فرد روشن و مایه تسلی در شرایط دردناک و تهدیدکننده‌ای همچون ابتلای به سرطان است و باعث می‌شود فرد وقایع غیرمنتظره را به‌عنوان رویدادهای کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و قادر باشد رویدادهای غیر قابل تغییر را بپذیرد. از این دیدگاه، فرد زمانی که با نیروی بزرگ‌تری در ارتباط است و اهداف و ارزش‌های والاتری دارد دارای قدرت تاب‌آوری بالاتر و عملکرد بهتر در کنترل حالات و ارزیابی مثبت‌تر بیماری و عدم نشخوار فکری و فاجعه پنداری بیماری می‌باشد (۵۱).

فرضیه سوم پژوهش که رابطه‌ی مثبت و معنادار خودکارآمدی درد و سلامت معنوی را گزارش می‌کند با نتایج پژوهش شعبانی (۵۲)، خزاعی و همکاران (۵۳) و بانینگ (۵۴) همسو می‌باشد. سلامت معنوی به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به‌صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و بهزیستی ذهنی می‌شود. از این‌رو بیماران با بهزیستی بالا برای حل مسائل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند استقامت بیشتری دارند درنتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجانات مثبت را بروز دهند (۵۰). همچنین سلامت معنوی، افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، نسبت به تنیدگی‌ها و سایر جنبه‌های منفی سلامت (اضطراب، افسردگی، رفتارهای ناسازگارانه ناشی از بیماری، فاجعه پنداری درد) مقاومت بیشتری از خود نشان دهند (۵۵). گومز و فیشر (۵۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، احترام، نگرش مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد.

در بررسی فرضیه چهارم پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که منبع کنترل سلامت درونی اثر خودکارامدی درد بر سلامت معنوی را به‌صورت مثبت و معناداری میانجی‌گری می‌کند؛ که این با نتایج پژوهش حبیب الهی و همکاران (۵۷) همسو است. مکانیسم‌های اثرگذاری سلامت معنوی بر سلامت روانی مبتلایان به سرطان را می‌توان به دو دسته فردی و اجتماعی تقسیم نمود. بر این اساس مکانیسم‌های تأثیرگذار شامل سازگاری بیشتر با حوادث و پیامدهای ناگوار حاصل از بیماری سرطان، استقامت بیشتر، ایجاد امید و انگیزه در زندگی، افزایش احساس کنترل بر بیماری سرطان و دردهای مزمن حاصل از آن و کاهش اضطراب‌های مرتبط با موقعیت‌های ناگوار سرطان که نتیجه باور به کنترل شدن موقعیت به‌وسیله خداوند یا نیروی برتر می‌باشد (۵۸). این مسئله باعث می‌شود افراد معنوی باور داشته باشند می‌توانند از طریق اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیر قابل کنترل را تحت کنترل درآورند (۵۹)؛ بنابراین هرچه افراد از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، نوعی نگرش در زمینه درک وقایع و اعطای قدرت از جانب خداوند در فرد ایجاد می‌گردد درنتیجه با ایجاد احساس کنترل بر زندگی خود (منبع کنترل درونی) موجب این اعتقاد در خود می‌شود که می‌توانند با استقامت و پشتکار بیشتر، رفتارهای اختیاری و قدرت و کفایت بالاتری برای حفظ سلامتی روانی و جسمانی و کنار آمدن با رویدادهای تهدیدکننده زندگی مانند درد و رنج‌های حاصل از بیماری مقابله نماید (۵۵). به‌این‌ترتیب به نظر می‌رسد منبع کنترل سلامت در رابطه با سلامت معنوی و خودکارآمدی درد و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

سلامت روانی به این صورت نقش میانجی ایفا می‌کند، افرادی با معنویت بالاتر باور دارند نیروهای برتر یا خداوند به آن‌ها قدرت و اختیار می‌دهد تا بر شرایط و اوضاع پیرامون خود ازجمله سلامت خود، تأثیر بگذارند. در چنین شرایطی آن‌ها خود را مسئول می‌دانند و با بکار گیری راهبردهای مقابله‌ای فعال سلامت جسمی و روانی خود را ارتقاء می‌دهند (۳۵).

درنهایت آزمون فرضیه پنجم نیز حاکی از اثر معنادار منبع کنترل سلامت درونی بر خودکارامدی درد و فرا هیجان به‌صورت مثبت و اضطراب سلامت به‌صورت منفی است؛ که این یافته با نتایج پژوهش‌های فتح‌آبادی و همکاران (۳۴) و حسن‌زاده و همکاران (۶۰) در یک راستا است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت اعتقاد فرد بیمار به مهار (کنترل) شخصی، بر رفتارهایش تأثیر می‌گذارد. ازجمله ویژگی‌های بیشتر بیماران مبتلا به سرطان با منبع کنترل سلامت درونی ممکن است آن باشد که در مواجهه با شکست، مقاومت و پافشاری به خرج می‌دهند و بهتر می‌توانند برای اهداف بلندمدت تلاش کنند (۶۱). درونی‌ها گرایش دارند درباره هر موقعیتی که در آن قرار می‌گیرند اطلاعات بیشتری گرد آورند و از آن اطلاعات بهتر استفاده نمایند. درونی‌ها با فشار روانی (استرس) بهتر کنار می‌آیند، آن‌ها مشکلات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی کمتری داشته و تحت شرایط فشار روانی نسبت به بیرونی‌ها بهتر عمل می‌کنند و احتمال بیشتری وجود دارد که تلاش کنند تا منبع فشار روانی را تحت اختیار خود درآورند (۶۲). همچنین به نظر می‌رسد این افراد برای پیشگیری از پیشرفت بیماری به فعالیت‌های ورزشی می‌پردازند و سعی می‌کنند رژیم‌های غذایی مناسبی را تنظیم کنند و استرس‌هایی را که در طول زندگی به آن‌ها واردشده را نتیجه اعمال و سبک زندگی خود می‌دانند، درنتیجه برای کاهش آن از برنامه مدیریت استرس استفاده می‌کنند. همچنین به‌نظر می‌رسد این افراد نه‌تنها در جنبه‌های جسمانی و روان‌شناختی بلکه در جنبه‌های معنوی نیز فعال هستند و به رشد همه جنبه‌های وجودی خویش اهمیت می‌دهند (۳۴).

محدودیت جامعهٔ آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینهٔ تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای موردبررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود. به دلیل شیوع بیماری کرونا، دسترسی حضوری به افراد نمونه جهت تکمیل پرسشنامه‌ها امکان‌پذیر نبود و نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی انجام شد.

برای بررسی دقیق‌تر نتایج، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های متنوع‌تری از نوع کیفی و آمیخته در زمینهٔ بررسی نوع و کیفیت ارتباط متغیرهای اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد، منبع کنترل سلامت با سلامت معنوی انجام شود. همچنین مطالعاتی از این دست در نمونه‌های بالینی شامل نمونه‌های دچار اختلال‌های روان‌شناختی، اختلال‌های شخصیت و مشکلات خانوادگی و بین شخصی و سایر بیماری‌های مزمن دیگر نیز انجام گیرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد، برنامه‌های آموزشی مداخلاتی و سیستم‌های حمایتی در زمینه ارتقاء سلامت معنوی، فراهیجان مثبت، خودکارآمدی درد و کنترل شخصی برای بیماران سرطانی، خانواده‌های آن‌ها و کادر تخصصی درمان در راستای اتخاذ سازوکارهای مقابله‌ای مناسب‌تر با بیماری سرطان در بخش‌ها و نهادهای مختلف جامعه گنجانده شود. پیشنهاد می‌گردد با ایجاد مراکز پژوهش و روان‌درمانی ابعاد ناتوان‌کننده اضطراب سلامت، عدم مهار شخصی، هیجان‌های منفی در مبتلایان به سرطان و در سطح جامعه موردمطالعه قرار گیرد تا بتوان با ایجاد روش‌های جدید تشخیص، شناسایی و درمان متناسب میزان آسیب‌پذیری مبتلایان به سرطان را کاهش داد.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1400.005 است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند ازجمله مدیران محترم کانون حمایت از بیماران سرطانی شافی هیرکان و موسسه طب تسکینی گلستان، بیماران سرطانی تحت پوشش ایشان و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان قدردانی و تشکر می‌گردد.

References

1. Hemmati K, Zaman B, Hasani V, Daryaei P, Feazipour H. comparison of efficacy of Iran's dermal fentanyl patch in treatment of choronic soft tissue cancer pain with placebo in a double-blind randomized clinical. J IlamUni med sci. 2009; 15: 5-1. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

2. Yazdani J, Sadeghi S, Janbabaei Q, Haghighi F. Applying Survival Analysis to Estimate Survival Time in Gastric Cancer Patients. JMazandaranUniMedSci. 2011; 21(85): 28-36. [In Persian].
3. Corner J, Bailey CD, editors. Cancer nursing care in context. John Wiley & sons: 2009 mar 16.
4. Seligman M.E.P, Steen T.A, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation on intervention, Am psychol. 2005; 60(5): 410-21.
5. Marcus D.K, Chuch S.E. Are dysfunctional beliefs about illness Unique to hypochondriacs? J Psycho Res. 2003; 54(6): 543-47.
6. Ruiz-Parraga G.T.& Lopez-Martinz A.E. The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. Ann Behav Med.2015;49(2): 247-257.
7. Shim E, Tariq A, Choi W, Lee Y, Cho well G. transmission potential and severity of COVID-19 in South Korea. Int J infect dis. 2020; 93: 339-44.
8. Karimi J, Homayouni A, Homayouni F. The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. J Res in Psychol Heal. 2019; 12 (4):66-79 [InPersian].
9. Bobevski I, Clarke D.M, Meadows G. Health Anxiety and its Relationship to Disability and Service Use: Findings from a large epidemiological survey. Psychosom med. 2016; 78(1): 13-25.
10. Abramowitz J. S, Braddock A. E. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A bio psychosocial approach. Cambridge, MA: Hogrefe&Huber Publisher 2008.
11. López-Solà C, Bui M, Hopper JL, Fontenelle LF, Davey CG, Pantelis C, et al. Predictors and consequences of health anxiety symptoms: a novel twin modeling study. ActaPsychiatricaScandinavica. 2018; 137(3):241-51.
12. Nalipay M.J.N, Mordeno I.G. Positive metacognitive and meta-emotions as predictors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic groth in survives of natural disaster. J of loss and trauma 2018; 23(5): 381-94.
13. Neff.R.D. The development and validation of a scale to measure self- compassion. Self and identity. 2003; 2(3): 223- 25.
14. Haradhvala, N. Meta-emotions in daily life: associations with emotional awareness and depression (Master thesis). Washington Univers; 2016.
15. Amirfakhraei A, Masoumifard M, Esmaeilishad B, DashtBozorgi Z, DarvishBaseri L. Prediction of Corona Virus Anxiety based on Health Concern, Psychological Hardiness, and Positive Meta-emotion in Diabetic Patients. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (2):1072-1083. [In Persian]
16. Pandey D, Jaiswal AK. Role of positive meta-cognitions and meta-emotions in satisfaction with life. Indian J Posit Psychol. 2017; 8(4): 616-20.
17. Izadpanah S, Schumacher M, Arens E. A, Stopsack M, Ulrich I, Hansenne M, Grabe H. G, Barnow S. Adolescent harm avoidance as a longitudinal predictor of maladaptive cognitive emotion regulation in adulthood: The mediating role of inhibitory control. J Adolesc. 2016; 52(3): 49-59.
18. Anna K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawta H, Sawamoto K. paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The hisayama study. BMC psychiatry. 2015; 31(15): 181.
19. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. EJP. 2007 Feb 1;11(2):153-63.
20. Bandura A. Differential engagement of self-reactive influence in cognitive motivation. Organ Behav Hum Decis Process. 1997; 38: 92-113.
21. Phillips SM, McAuley E. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. Psycho-Oncology. 2014;23(1):27-34.
22. Koopman C, Butler LD, Classen C, Giese-Davis J, Morrow GR, Westendorf J. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. J Trauma Stress. 2013;15(4):277-87.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

23. Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. South Med J. 2004; 97(12):1210-40
24. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators Prayer and meaning in life. J Holist Nurs. 2009; 17(1): 18-33.
25. Lucchetti G, Lucchetti A. L. G, Bassi R. M, Vera A. V. D.& Peres, M. F. P. Integrating Spirituality into Primary Care, Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights. Publisher: InTech. Chapters published April 27, 2012 under CC BY 3.0 license .
26. Pierce LL, Stteiner V, Havens H, Tormoehlen K. spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. West J nurs Res. 2008;30(5): 606-19.
27. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy. J HAYAT. 2009; 14 (4 and 3):33-39. [In Persian].
28. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. Procedia- Social and Behav Sci. 2010; 5:1477-81
29. Assarrodi A, Jalilvand MR, aoudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well_being and life satisfaction in the nursing staff of mashhadHasheminezhad Hospital modern care Journal. 2012; 9(2): 156-62. [In Persian].
30. Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Relationship betweeh Health Locus of Control, slip Memory and Physician–Patient relationship with Adherence in Type II Diabetic Patients. J Shahid Med Sci.2012; 20:249-58. [In Persian].
31. Mazaheri S, Zarabian M.K, Samadi M.J. Assessment of personality type and locus of control in multiple sclerosis patients. Sci J Hamedanuni Med Sci, 2008; 15(2): 48-51. [In Persian].
32. Napp C. Irrational Health Beliefs and Behaviors. SSKN Electronic Journal[Internet]. 2013[cited 2016 Dec 18]; available from: http://www.ssrn.com/abstract=2336865
33. Kelly P.A, Kallen M.A, Suarez-Almazor M.E. Combined-method psychometiric analysis recommended modification of the multidimensional health locus of control scales. J clinEpidemiol; 2007; 60(5): 440-80.
34. Fathabadi J, Izaddost M, Taghavi D, Shalani B, Sadeghi S. The Role of Irrational Health Beliefs, Health Locus of Control and Health-Oriented Lifestyle in Predicting the Risk of Diabetes. Payesh. 2018; 17 (2):169-178. [In Persian].
35. Indic R. (2014). Predicting the mental health of student teachers based on personality type, source of control and religious orientation of Yazd Farhangian University (Master Thesis). Yazd University; 2014. [Persian].
36. Abdi, S. Comparison of health anxiety, sensory processing sensitivity, cognitive emotion regulation strategies and harm avoidance among nurses in special and general wards of Ilam hospitals, Master Thesis in General Psychology, Urmia University;2015. [In Persian].
37. Ahadi H, Pasha Gh. Construction and validation of a scale for measuring self-morbidity disorder (hypochondria) in Ahvaz city. J Knowledge and Res in Applied Psycholo. 2002;(11and12): 15-28. [In Persian].
38. Nargesi F.Comparison of dysfunctional beliefs, personality traits and history of serious illness in primary school teachers with and without health anxiety in Andimeshk city. Master Thesis in Clinical Psychology, ShahidChamran University of Ahvaz; 2001. [In Persian].
39. rahmanian Z, VaezMousavi S M. Psychometric Properties of the Positive Meta-Cognitions and Meta-Emotions Questionnaire in athletes. Shenakht J of Psychol and Psych. 2015; 1 (3):44-62. [In Persian].
40. Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Research Methods in Behavioral Sciences, Agah Publications; 2011. [In Persian].
41. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. EuropJ of pain. 2007;11(2):153-63.
42. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. Pain. 2001;94(1):85-100.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]

43. Daaleman T. P, Frey B. B. The Spirituality Index of Well-Being: A newinstrument for health-related quality of life research. Annal of Family Medic, 2004; 2:499-503.
44. Moradi and Miralmasi. Specialized training in statistics and structural equation modeling (SEM); 2017. https://analysisacademy.com.
45. ZafarianMoghaddam E, BehnamVashani H R, Reihani T, NamaziZadegan S. The Effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress of caregivers of children with leukemia. JMS. 2016; 4 (1):1-7. [In Persian].
46. Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. A Study on the Relationship between Spiritual Health and Level of Anxiety in the Students of Nursing and Midwifery Faculty. JRH. 2017; 4 (2):56-64. [In Persian].
47. Rowe M.M, Allen R.G. Spirituality as a means of coping with chronic illness.AJHS. 2004; 19(1): 62-67.
48. Debravcsi F. Age and Death Anxiety in Cancer Patients. J psychol. 2007; 59, 266-273.
49. MadadiArdakani H, Kamkar, A. (2016). Investigating the Relationship between Death Anxiety and General Health with the Spiritual Health of Cancer Patients, J of ClinPsychol and Personal. 2020;17 (2): 19-30. [In Persian].
50. Brown L, Bryant C, Brown V.M, Bei B, Judd F.K. Self compassion weakens the association between hot flushes and night sweats and daily functioning and depression. maturitas, 2014; 78(4): 298-303.
51. Daaleman T. P,Dobbs D. Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. Research on Aging. 2010; 32(2): 224-243.
52. Shabani A.R. Investigating the relationship between spiritual health and self-compassion and mental well-being in patients with chronic pain. Master Thesis, Islamic Azad University of Gorgan.2019. [In Persian].
53. Khazaei S, Khazaei S. Spiritual health in the health system, the first festival of the best scientific writings of Islamic humanities AllamehJafari Special Award; 2017. https://civilica.com/doc/922909. [In Persian].
54. Banning F. Positive Cognitive Therapy Behavior Thinking from reducing pain to increasing success. Translation, AkramKhamseh. Tehran: Arjmand Publishing; 2015. [In Persian].
55. Nejati A, Ahadi H, Meschi F ,Seirafi M.F , Kraskianmojembari A. Pain Sensation and Long-term Suffering due to Chronic Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: Mediating Role of Self-efficacy. Iran J HealthEduc HealthPromot. 2020; 8(1): 10-22. [In Persian].
56. Gomez R,Fisher J.W. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well- being Questionnaire. Personality and Individual Differences. 2003;35: 1975-1997
57. Habibollahi S, SoodagarSh, Bani Jamal Sh.S, SobhiGharamaki N. Structural model of the relationship between spirituality and mental health and death anxiety: The mediating role of the source of control and social support. J of Aging Psychol, 2018; 3 (3): 179-167. [In Persian].
58. Golabi F, Ahmadzadeh H. Sociological analysis of the impact of religious beliefs on the general and psychological health of young people. Retrieved from http://pmbo.ir; 2016. [In Persian].
59. Park C.L. Religiousness/ spirituality and health: A meaning sestems perspective. IJBM, 2007; 30(4): 319-328.
60. Hassanzadeh R, Toliti S M, Hosseini S H, Davari F. The relationship between the source of health control and health behaviors. IJPCP. 2010; 12 (3): 281-277. [In Persian].
61. Clarke D. Neurotics: Moderator or mediator in the relation between locus of control and depression? Personality and Individual Differences. 2007; 37: 245-258
62. Beckam M.C, Spray. B. J, Peitz C.A.Jurors' locus of control and defendants' attractiveness in death penaltysentencing.J soc Psychol. 2007; 147(3): 285-295.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.633]