Journal of Islamic Mysticism
Print ISSN: 2538-5135 Online ISSN:2980-8421
erfanmag.ir

The Effectiveness of Janbozorgi's Spiritual Therapy on Cognitive Flexibility and Positive Body Image in Patients with Cancer

Maryam Taherian[1] | Azadeh Mahvelati[2]✉ | Mahdie Torshizi[3] | Mitra Rafei Shafiq[4] | Masoud Azarbayejani[5]

1. M.A. in Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Imam Reza International University, Mashhad, Iran/ E-mail: maryam.taherian@gmail.com
2. *Corresponding Author,* Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Imam Reza International University, Mashhad, Iran/ E-mail: azadeh.mahvelati@imamreza.ac.ir
3. M.A. in Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Imam Reza International University, Mashhad, Iran/ E-mail: mahdietorshizi@gmali.com
4. Ph.D. in Health Psychology, MAkSA – Iranian Cancer Control Foundation, Mashhad, Iran/ E-mail: rafieesha@yahoo.com
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Behavioral Sciences Research Department, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran/ E-mail: mazarbayejani110@yahoo.com

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 26 February 2025
Accepted 15 July 2025
Published online 1 May 2026

Keywords:
Body image;
Cancer;
Cognitive Flexibility;
Janbozorgi's Spiritual Therapy.

ABSTRACT

Cancer is one of the rapidly increasing diseases worldwide and in Iran, often leading to profound physical and psychological changes, including negative body image perceptions and reduced cognitive flexibility among affected individuals. The present study aimed to investigate the effectiveness of Janbozorgi's Spiritual Therapy on cognitive flexibility and body image in patients with cancer. This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population consisted of all cancer patients at the MAKSA Center in 2024. Based on estimates obtained from G*Power software, the required sample size was calculated as 28 participants. Considering the inclusion and exclusion criteria and the possibility of attrition, 30 participants were selected through convenience and purposive sampling and randomly assigned to two groups (experimental and control), each consisting of 15 participants. In both the pretest and posttest phases, participants completed the 20-item Cognitive Flexibility Inventory developed by Dennis and Vander Wal (2010) and the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire developed by Cash et al. (1986, 1987). The experimental group participated in eight 90-minute sessions of Janbozorgi's Spiritual Therapy, whereas the control group received no intervention. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS version 28 at a significance level of $p<0.05$. The findings indicated that Janbozorgi's Spiritual Therapy significantly improved cognitive flexibility and positive body image among patients with cancer. Therefore, it is recommended that cancer treatment centers incorporate Janbozorgi's Spiritual Therapy alongside pharmacological treatment and other necessary medical interventions in order to enhance patients' psychological well-being.

Cite this article: Taherian, Maryam, Mahvelati, Azadeh, Torshizi, Mahdie, Rafei Shafiq, Mitra, and Azarbayejani, Masoud (2026). The Effectiveness of Janbozorgi's Spiritual Therapy on Cognitive Flexibility and Positive Body Image in Patients with Cancer. *Journal of Islamic Mysticism*, 17 (2), 1-19.

© The Author(s).
Publisher: Scientific Association of Islamic Mysticism of Iran.

Extended Abstract

Introduction

Cancer is among the most rapidly growing diseases worldwide and in Iran, imposing severe physical and psychological consequences on affected individuals. Beyond the physiological burden of the disease and its treatment modalities—including chemotherapy and radiotherapy—cancer patients frequently experience profound disruptions to their psychological well-being. Among the most clinically significant of these disruptions are the deterioration of body image and the marked reduction of cognitive flexibility, both of which critically undermine patients' quality of life, treatment adherence, and overall adaptive functioning.

Body image, conceptualized as a multidimensional construct encompassing cognitive, perceptual, and affective dimensions, is particularly vulnerable in cancer patients due to visible physical alterations such as hair loss, significant weight changes, surgical scarring, and general physical decline. These changes frequently give rise to body dysmorphic tendencies, social withdrawal, disordered eating behaviors, and in severe cases, premature discontinuation of life-saving treatment. The psychological literature consistently documents that a negative body image in oncology patients is associated with heightened levels of depression, social isolation, and diminished self-worth, all of which compound the already considerable burden of the illness.

Cognitive flexibility—defined as the capacity to adaptively shift cognitive processes in response to changing environmental demands, to perceive difficult situations as controllable, and to generate multiple alternative solutions under conditions of stress—is equally compromised in this population. Reduced cognitive flexibility in cancer patients is associated with maladaptive coping, increased psychological distress, and impaired decision-making regarding treatment options. Given that cancer diagnosis and treatment constitute one of the most demanding stressors an individual can face, the preservation and enhancement of cognitive flexibility represents a critical therapeutic target.

Within this context, spirituality-based interventions have gained increasing empirical attention as meaningful complements to conventional oncological care. Positive psychotherapy, and its subfield of spiritual therapy, has demonstrated promising outcomes in reducing anxiety, existential distress, pain perception, and loneliness among patients with life-threatening illnesses. Of particular relevance to the present study is Janbozorgi's Spiritual Therapy, an indigenously developed Iranian therapeutic model deeply rooted in Islamic philosophy, theology, and mysticism. This framework operates across four perceptual domains: origin (mabda'), destination (ghayat), self, and existence. At its cognitive and spiritual core lies the concept of the "God-oriented intellect" (aql-e khodasu), conceived as an innate faculty through which the individual's spiritual dimension is activated. The model integrates the correction of God-conception (khoda-pendare), cultivation of divine reliance (tawakkul), glorification of the source of existence, ethical development aligned with divine attributes, and structured spiritual practices including prayer, supplication, and contemplative reflection on divine signs. Through these mechanisms, the therapy aims to foster psychological coherence, existential meaning, and a reconstructed sense of self that transcends physical appearance and circumstantial adversity.

Despite growing scholarly and clinical interest in this model, rigorous empirical investigation into its effectiveness—particularly with respect to cognitive flexibility and body image in cancer populations—remains limited. Prior studies have reported mixed findings, and no controlled trial had previously examined both of these outcome variables simultaneously within a single protocol. The present study was therefore designed to address this gap by investigating the effectiveness of Janbozorgi's Spiritual Therapy on cognitive flexibility and positive body image in patients with cancer at the MAKSA Charitable Center, Mashhad, Iran.

Research Findings

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group structure. The statistical population comprised all 1,639 cancer patients registered at the MAKSA Charitable Center in 2024. Sample size was estimated at 28 participants using G*Power software (α=0.05α=0.05, statistical power =0.80=0.80). Accounting for potential attrition, 30 participants were recruited through convenience and purposive sampling and randomly assigned to two equal groups of 15 (experimental and control). Following attrition of one participant per group due to physical complications and incomplete questionnaire completion respectively, the final analytic sample consisted of 28 participants (14 per group).

Inclusion criteria required participants to demonstrate a minimum of Level 3 spiritual-psychological development, as assessed through semi-structured clinical interviews based on Janbozorgi and Azarbayejani's (2024) framework, to be aged 18 years or older, and to be concurrently receiving chemotherapy or radiotherapy. Participants simultaneously engaged in other psychotherapeutic interventions, those unwilling to continue, or those who missed more than two sessions were excluded.

Body image was assessed using the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (Cash et al., 1986, 1987), a 46-item instrument covering six subscales rated on a five-point Likert scale, with test–retest reliability of r=0.78r=0.78 confirmed in the present sample. Cognitive flexibility was measured using the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) (Dennis & Vander Wal, 2010), a 20-item instrument rated on a seven-point Likert scale, with test–retest reliability of r=0.88r=0.88 in the present study. Content validity for both instruments was confirmed by five subject-matter experts.

The experimental group received eight 90-minute sessions of Janbozorgi's Spiritual Therapy, administered by a therapist holding a doctorate in health psychology with specialized training in this modality. The intervention protocol was developed in consultation with Janbozorgi and Azarbayejani (2024) and validated using the Content Validity Ratio (CVR >0.49>0.49 for all therapeutic techniques) and Content Validity Index (CVI =0.89=0.89). Sessions progressed systematically through the four perceptual domains of the model: the first two sessions focused on therapeutic alliance formation, spiritual formulation, and activation of cognitive and behavioral dimensions; Sessions 3 through 5 addressed the origin domain through God-conception restructuring, embodied mindfulness, body image awareness, and the cultivation of divine reliance; Sessions 6 and 7 engaged the self domain through exploration of spiritual identity, psychological purification, and personality coherence; and the final session addressed the destination domain through eschatological awareness and hope cultivation, concluding with posttest administration. The control group received no intervention during the study

period but were offered therapeutic services upon its conclusion, in accordance with research ethics principles.

Descriptive statistics revealed substantial between-group differences following the intervention. For cognitive flexibility, the experimental group's mean score increased from M=79.07M=79.07 (SD=11.10SD=11.10) at pretest to M=102.77M=102.77 (SD=11.30SD=11.30) at posttest—an increase of approximately 23.7 points—while the control group remained essentially unchanged (M=83.57M=83.57 to M=80.14M=80.14). For body image, the experimental group improved from M=137.76M=137.76 (SD=17.36SD=17.36) to M=160.92M=160.92 (SD=9.17SD=9.17), a gain of approximately 23.2 points, whereas the control group showed minimal and non-meaningful change (M=146.64M=146.64 to M=141.85M=141.85).

Prior to inferential analysis, the assumptions of homogeneity of variance and distributional normality were examined and confirmed. Levene's test yielded F=4.51F=4.51, p=0.05p=0.05 for cognitive flexibility and F=0.09F=0.09, p=0.76p=0.76 for body image, supporting the equality of variances across groups. Kolmogorov–Smirnov tests confirmed the normality of score distributions across all groups and time points (all p>0.05p>0.05), justifying the use of parametric analysis.

Analysis of Covariance (ANCOVA), controlling for pretest scores, confirmed statistically significant and large effects of the intervention on both outcome variables:

- Cognitive Flexibility: F(2,25)=18.95F(2,25)=18.95, p<0.001p<0.001, η2=0.60η 2 =0.60, indicating that 60% of the variance in posttest cognitive flexibility scores was attributable to group membership.

- Body Image: F(2,25)=33.54F(2,25)=33.54, p<0.001p<0.001, η2=0.73η 2 =0.73, indicating that 73% of the variance in posttest body image scores was attributable to the intervention.

Both effect sizes are classified as large by conventional benchmarks (η2>0.14η 2 >0.14), underscoring the substantial clinical meaningfulness of the findings beyond mere statistical significance.

Conclusion

The findings of the present study provide robust empirical support for the effectiveness of Janbozorgi's Spiritual Therapy in significantly enhancing both cognitive flexibility and positive body image among cancer patients. The therapeutic mechanisms appear to operate through multiple converging pathways. With respect to body image, the protocol's structured emphasis on spiritual relaxation, embodied mindfulness, the "four pathways of mind and body," and the cultivation of inner beauty and divine creatorship fosters an enhanced sense of bodily acceptance and control, effectively counteracting the dysmorphic tendencies induced by cancer and its treatment. The shift in self-perception from a body defined by illness and physical deterioration toward a self understood as a direct creation of the Divine—inherently worthy and spiritually coherent—appears to be a central mechanism of change.

Regarding cognitive flexibility, the restructuring of God-conception, the cultivation of divine reliance, the infusion of existential meaning, and the reduction of anxiety and depression collectively optimize cognitive processing and adaptive responding. The eschatological dimension of the therapy—particularly the cultivation of hope through awareness of the destination domain and the prospect of

divine encounter—appears to reduce fear of death and enhance future orientation, both of which are known facilitators of cognitive flexibility. These effects may additionally be mediated through neuroendocrinological pathways, including the reduction of chronic stress and cortisol dysregulation commonly observed in cancer patients.

The generalizability of these findings is subject to several limitations. The sample was drawn exclusively from a single center in Mashhad in 2024, and inclusion was restricted to participants at Level 3 or above of spiritual-psychological development, limiting applicability to populations with lower levels of spiritual readiness. The absence of a follow-up assessment phase—precluded by institutional constraints—means that the durability of therapeutic gains remains to be established.

On the basis of these findings, it is recommended that oncology treatment centers incorporate Janbozorgi's Spiritual Therapy as a structured adjunct to pharmacotherapy and standard medical care. Future research should explore combined therapeutic protocols integrating Janbozorgi's model with evidence-based approaches such as Cognitive Behavioral Therapy, investigate abbreviated session formats to enhance accessibility, and employ longitudinal follow-up designs to assess the sustained efficacy of this intervention across diverse cancer populations and cultural contexts.

پژوهشنامه عرفان
شاپای چاپی: ۵۱۳۵-۲۵۳۸ شاپای الکترونیکی: ۸۴۲۱-۲۹۸۰
erfanmag.ir
انجمن علمی عرفان اسلامی ایران
Scientific Association of Islamic Mysticism of Iran

بررسی اثربخشی معنویت‌درمانیِ جان‌بزرگی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی مثبت در بیماران مبتلا به سرطان

مریم طاهریان[۱] | آزاده محولاتی[۲]✉ | مهدیه ترشیزی[۳] | میترا رفیعی شفیع[۴] | مسعود آذربایجانی[۵]

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع)، مشهد، ایران. رایانامه: maryam.taherian@gmail.com

۲.نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع)، مشهد، ایران. رایانامه: azadeh.mahvelati@imamreza.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع)، مشهد، ایران. رایانامه: mahdietorshizi@gmali.com

۴. دکتری روانشناسی سلامت، موسسه کنترل سرطان ایرانیان (مکسا)، مشهد، ایران. رایانامه: rafieesha@yahoo.com

۵. استادیار، گروه روانشناسی، پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. رایانامه: mazarbayejani110@yahoo.com

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴
تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱

کلیدواژه‌ها:
تصویر بدنی،
معنویت‌درمانی جان‌بزرگی،
سرطان، انعطاف‌پذیری شناختی.

چکیده

سرطان یکی از بیماری‌های رو به رشد در جهان و ایران است که منجر به تغییرات شدید جسمی و روانی مثل بدبینی نسبت به تصویر بدنی و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلایان می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است. این پژوهش، به روش تجربی، از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون/پس آزمون، و با گروه کنترلِ کلیه بیماران مبتلا به سرطان مرکز مکسا در سال ۱۴۰۳ انجام شده است. با توجه به برآورد نرم‌افزار «جی پاور»، حجم نمونه ۲۸ نفر برآورد گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، و با درنظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند، و با پرسشنامه «دنیس و وندروال ۲۰۱۰»، فرم ۲۰ سوالی و پرسشنامه چندبُعدی روابط بدن-خود «کش و همکاران(۱۹۸۶ و ۱۹۸۷)» را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. شرکت کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت‌درمانی جان‌بزرگی را دریافت کردند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با نرم افزار spss نسخه ۲۸ و با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل آماری شدند($p<0/05$). نتیجه پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سرطان، موثر است. بنابراین، به مراکز درمانی بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌گردد از معنویت‌درمانی جان‌بزرگی در کنار دارودرمانی و سایر مداخلات پزشکی مورد نیاز جهت بهبود این افراد بهره گیرند.

استناد: طاهریان، مریم، محولاتی، آزاده، ترشیزی، مهدیه، رفیعی شفیع، میترا، و آذربایجانی، مسعود(۱۴۰۵). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی مثبت در بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهشنامه عرفان*، ۱۷ (۲)، ۱۹-۱.

ناشر: انجمن علمی عرفان اسلامی ایران.

© نویسندگان.

۱. مقدمه

شروع بیماری سرطان وقوع یک جهش ژنی در *DNA* سلول است. اگر سلول غیرطبیعی ایجاد شود و در آن، سلول‌های بدخیم از کنترل سیستم ایمنی فرار کنند (*Kroeme & Chan,2024*)، در ادامه شروع به رشد و تکثیر کرده و کلونی تشکیل می‌دهد و به رشد خود ادامه می‌دهد و به تدریج ویژگی‌های بدخیمی (تومور) در سلول پدیدار می‌گردد. پیش‌بینی‌های مبتنی بر جمعیت‌شناسی نشان می‌دهد تعداد موارد جدید سرطان تا سال ۲۰۵۰م به ۳۵ میلیون نفر خواهد رسید (*Bray et al., 2024*). مطالعات نشان می دهد که رشد بروز سرطان در ایران تا سال ۲۰۲۴م بالا بوده (۱۱۵٪) و تقریباً دو برابر متوسط جهانی (۶۳٪) است که هم به دلیل افزایش سن جمعیت و هم به جهت آماده نبودن جمعیت برای مواجهه با پیشگیری و کنترل آن می‌تواند باشد (مطلق و همکاران، ۱۴۰۰). بیماری سرطان در کنار مشکلات جسمانی، اغلب مشکلات روانشناختی بسیاری نیز برای این افراد به همراه می‌آورد، یکی از مهمترین این مشکلات، تخریب تصویر بدنی آنان به دلیل شروع تغییرات ظاهری، نظیر ریزش مو، کاهش وزن و... می‌باشد (بخشعلی‌زاده ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹) و منجر به انزوا و فرسودگی و همچنین بدبینی و بیزاری نسبت به ادامه درمان به دلیل تشدید علائم و حتی گاهی مانع بهبودی آنان می‌شود (مرادی و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تصویر بدنی در نتیجه تجربه سرطان به دلیل ماهیت اثرگذاری آن بر جسم افراد بدتر می‌شود (حسین‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱). در یک مطالعه در دانمارک، بیش از نیمی از بیماران گزارش کردند که سرطان تاثیر منفی بر تصویر بدنی و احساس جذاب بودن آن‌ها داشته است(*Brierley et al., 2019*).

تصویر بدن یکی از مؤلفه‌های هویت شخصی است و می توان آن را به عنوان تصوری که فرد در اندازه‌گیری‌های اندام و سایز قسمت‌های مختلف بدن خود دارد، دانست (*Silva et al., 2019*). تصویر بدنی به عنوان پدیده‌ای روانشناختی، در خلال مجموعه‌ای از سازه‌های شناختی چندبعدی تجربه می‌شود و این تصورات ذهنی ثابت نیستند و توسط تجاربی که فرد پیدا می‌کند، گسترش می‌یابد و بر اساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه‌ای تغییر می‌کند (اقدم و همکاران، ۱۴۰۰). تصویر بدنی در ابعاد شناختی، ادراکی و عاطفی قابل تغییر است. بُعد شناختی شامل افکار و باورهای مربوط به شکل و ظاهر بدن و بازنمایی ذهنی بدن؛ بُعد ادراکی شامل شناسایی و تخمین بدن و نشان‌دهنده دقت ارزیابی افراد از اندازه، شکل و وزن بدن در مقایسه با نسبت واقعی بدن؛ و در نهایت، بُعد عاطفی شامل احساساتی است که افراد نسبت به بدن خود دارند و رضایت یا نارضایتی افراد از بدنشان را نشان می‌دهد (*Yamamotova et al., 2017*).

همچنین، بیماری سرطان به دلیل ایجاد مشکلات جسمی و روانی متعدد اغلب انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا را نیز کاهش می‌دهد (زالی و همکاران، ۱۴۰۱). انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی، در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کنند (*Arslan, & Allen, 2022*). پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را در سه بُعد مشخص کرده‌اند که برای تفکر و سازگاری بسیار مهم است؛ بُعد اول انعطاف‌پذیری شناختی شامل رفتارهای فرد است که تمایل دارد شرایط سختی را که با آن مواجه شده است به صورت قابل کنترل درک کند. بُعد دوم انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد در شناسایی بسیاری از توجیهات جایگزین برای رفتارهای انسانی و وقایع زندگی مربوط می‌شود، و بُعد سوم انعطاف‌پذیری شناختی بیانگر آن است که فرد قادر به تولید بسیاری از راه‌حل‌های جایگزین هنگام مواجهه با شرایط دشوار است. البته آنها بُعد دوم و سوم را در یک بُعد ادغام کردند (*Kruczek et al., 2020*). به عبارتی، افرادی که توانایی انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتری دارند، مهارت تاب‌آوری و حل مسئله بالاتری دارند (*Phillips, 2011*). درواقع، افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر، در موقعیت‌های استرس‌زا عملکرد بهتری دارند (*Folkman, & Lazarus, 2020* ؛ *Faulkner et al., 2021*). در شرایطی همچون ابتلا

به بیماری سرطان، افزایش استرس ممکن است توانایی انعطاف‌پذیری شناختی افراد را مختل نماید و این امر می‌تواند بر ادامه درمان نیز تأثیر منفی بگذارد (سجادی‌نژاد و احمدی، ۱۴۰۲).

روان‌درمانی مثبت‌گرا یک رویکرد روان‌درمانی است که بر تقویت نقاط قوت، رشد بهزیستی روانی و پرورش معناداری زندگی، به جای صرفاً درمان آسیب‌های روانی تمرکز دارد. این رویکرد ریشه در روانشناسی مثبت‌گرا دارد و مفاهیمی مانند امید، قدردانی، تاب‌آوری و تحقق استعدادهای فردی را در هسته مداخلات خود قرار می‌دهد (*Seligman, 2011*). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این رویکرد می‌تواند با تقویت منابع درونی، مانند حس هدفمندی و ارتباط با ارزش‌های شخصی، به بهبود سلامت روان و حتی تقویت ابعاد معنوی (مثل حس تعالی و وحدت با جهان) منجر شود، و به مراجعان کمک می‌کند تا به «شکوفایی» دست یابند*(Rashid & Seligman, 2018)*.

معنویت‌درمانی به عنوان یکی از اشکال روان‌درمانی مثبت‌گرا شناخته می‌شود که با تأکید بر ابعاد فرامادی و ارتباط فرد با وجود برتر، معنا و هدف زندگی، به تقویت بهزیستی روانی و رشد شخصی می‌پردازد. این رویکرد، مشابه روان‌درمانی مثبت‌گرا، بر پرورش نقاط قوت درونی، مانند امید، بخشش، قدردانی و حس تعالی تمرکز دارد و از آن‌ها به عنوان ابزارهایی برای غلبه بر رنج‌های روانی استفاده می‌کنند. بر اساس پژوهش‌ها، معنویت‌درمانی با تقویت حس تعلق به چیزی فراتر از خود، مانند طبیعت، جامعه، یا وجود برتر، همسو با اهداف روانشناسی مثبت‌گرا در دستیابی به شکوفایی نیز عمل می‌کند (*Pargament, 2007*). درمان چندبعدی معنوی نه تنها تعادل روان انسان، بلکه تعالی روان‌شناختی او را نیز مدنظر قرار داده است (*Gonçalves et al, 2015*). در این درمان، به جای کار در دو حوزه ادراکی انسان و هستی، چهار حوزه ادراکیِ مبدأ، غایت، خود و هستی، که کلیت انسان طبیعی و معنوی را در بر می‌گیرد، مبنای کار درمان قرار می‌گیرد. فرض اساسی این درمان آن است که سازوکار وحدت‌بخشی به درمان از راه بازخوردی توحیدی تأمین می‌شود که به اصلاح خداپنداره و تسبیح اساسی مبدأ وجود می‌انجامد *(Koenig et al., 2012)*. یکی از انواع معنویت‌درمانی، معنویت‌درمانیِ جان‌بزرگی است که بر ارتباط انسان با خداوند به عنوان موجودی فراتر از انسان متکی می‌باشد. جان‌بزرگی (۱۴۰۲) این پروتکل را «معنویت‌درمانی خداسو» نامید، به این معنا که «خود» یا «خود معنوی» در صورت فعال بودن بُعد معنوی که کل نظام روان‌شناختی را شامل می‌شود، دارای یک هسته شناختی–معنوی فطری است که از آن به عنوان «عقل» یا به طور دقیق‌تر، «عقل خداسو» یاد می‌شود. اصل اساسی درمان معنوی نیز به فعال‌سازی عقل خداسو مربوط است. این پروتکل بر پایه درک عمیق درمانگر نسبت به بُعد معنوی مراجع و نیروی بالقوه بسیار گسترده آن بنا شده و معتقد است که راه حل مشکلات مراجعان با ارتباط آن‌ها با خداوند و در بافت اجتماعی و فرهنگی بزرگ‌تر آنها در آمیخته است (جان‌بزرگی و غروی، ۱۴۰۲). این رویکرد، که ریشه در فلسفه و عرفان اسلامی دارد، بر این باور است که تقرب به خداوند و درک جایگاه انسان به عنوان خلیفه الهی، می‌تواند به رهایی از رنج‌های روانی، افزایش تاب‌آوری و کشف معنای اصیل زندگی بیانجامد. بر اساس این رویکرد، انسان با تمرکز بر اخلاق الهی (مانند بخشش، عدالت و مهربانی) و انجام مناسک معنوی (نماز، دعا، تفکر در آیات الهی) به «گسترش روح» دست می‌یابد و اضطراب‌ها و تنش‌های وجودی را پشت سر می‌گذارد (آذربایجانی، ۱۴۰۲).

پژوهش ابراهیمی دستگردی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک دارای تأثیری معنادار است. همچنین، *کثیری* و *فضلعلی* (۱۳۹۹) در پژوهش خود با موضوع «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر نگرانی از تصویر بدنی و احساس تنهایی در دانشجویان پرستاری مبتلا به اضطراب اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که معنویت‌درمانی سبب بهبود نگرانی از تصویر بدنی و احساس تنهایی دانشجویان پرستاری مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود. *Geller* و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان «بررسی تصویر بدنی، قدرت ایمان و قرار گرفتن در معرض رسانه» دریافتند که افراد مذهبی کمتر درگیر معیارهای غیرواقعی بدن می‌شوند و سطوح معنویت بالاتر با تصویر بدنی مثبت‌تر رابطه مستقیمی دارد. در مقابل، پژوهش *Goulet* و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که جنبه‌های دینداری در رضایت از تصویر بدنی

تأثیری ندارد. *Rohde &Pérez* (۲۰۲۲) نیز به این نتیجه رسیدند که علی‌رغم تأثیرات مثبت احتمالی معنویت‌درمانی بر سلامت روان، این درمان در برخی از جنبه‌های تصویر بدنی تصویر منفی ایجاد کرده است.

همچنین، معنویت‌درمانی جان‌بزرگی، با اعتقاد به خداوند به عنوان قدرتی بالاتر، در موقعیت‌های جدی و بحرانی ممکن است بتواند موجب بروز سازگاری افراد در جنبه‌های مختلف گردد. *Penman* (۲۰۲۱) پژوهشی پدیدارشناسی با موضوع تغییرات شناختی و رفتاری ناشی از معنویت، بر روی ده مراقب در استرالیای جنوبی که در شرایط بحرانی از مراحل زندگی بودند را انجام داد و به این نتیجه رسید که معنویت می‌تواند به مقابله با چالش‌های روانی کمک کند و موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شود. زارعی و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهشی با هدف «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به معلولیت جسمی و حرکتی»، گزارش دادند که معنویت‌درمانی در بهبود تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این مادران تأثیر داشته است. بنابراین، این احتمال وجود دارد که معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بتواند موجب بهبود تصویر بدنی مثبت و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد مبتلا به سرطان گردد.

بنابراین، به طور کلی، با توجه به آنچه که گفته شد، بیماری سرطان علاوه بر مشکلات جسمانی، یک بیماری با پیامدهای آسیب‌زای روانشناختی فراوان، از جمله مشکل در تصویر بدنی و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا می باشد و همین امر ممکن است ادامه درمان و دست‌یابی به بهبودی در این افراد را در ابعاد مختلف آن دچار اشکال نماید. با توجه به رویکرد مثبت‌گرای معنویت‌درمانی جان‌بزرگی و نزدیک بودن آن به فرهنگ ایران و کم بودن پژوهش در این زمینه، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر بهبود تصویر بدنی مثبت و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به سرطان در *مرکز خیریه مکسا* در شهر مشهد پرداخته است.

۲. روش اجرای پژوهش

جامعه پژوهش حاضر، تمام افراد مبتلا به سرطان تحت درمان مرکز خیریه مکسا به تعداد ۱۶۳۹ نفر در سال ۱۴۰۳ بودند که با استفاده از نرم افزار *G*Power* نسخه (۳.۱.۹.۷) با سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، آزمون یک طرفه و بررسی پژوهش‌های مشابه پیشین، تعداد اعضای نمونه ۲۸ نفر برآورد گردید. با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۰ نفر از داوطلبان که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به وسیله نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان معنوی جان‌بزرگی را دریافت کردند و افراد گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. به جهت رعایت اصول اخلاقی، پس از دریافت پس آزمون، افراد مبتلا به سرطان در گروه کنترل نیز وارد درمان معنوی جان‌بزرگی گردیدند. در انتها، یک نفر از گروه آزمایش به دلیل مشکلات جسمی ناشی از شیمی‌درمانی و یک نفر از گروه کنترل به دلیل ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها از آزمایش خارج شدند و نمونه نهایی به ۲۸ نفر رسید.

معیارهای ورود به این پژوهش شامل (۱) قرار داشتن در مرحله تحول روانی معنوی نسبتاً متوسط به بالا سطح ۳ (چون افرادی که در سطح پایین‌تری قرار دارند، نسبت به مداخلات معنوی مقاومت دارند (جان‌بزرگی، ۱۴۰۲))؛ (۲) محدوده سنی ۱۸ سال به بالا (به دلیل توانایی درک مفاهیم ارائه شده در درمان)، و (۳) دریافت همزمان شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی (به دلیل تثبت وضعیت بدنی آنان و عدم رشد سرطان) بوده است. معیارهای خروج از پژوهش شامل (۱) دریافت روان‌درمانی دیگری به صورت همزمان، (۲) عدم تمایل به ادامه جلسات، (۳) ناتوانی جسمی برای حضور در ادامه جلسات و (۴) غیبت بیش از دو جلسه بوده است.

برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق در زمینه آزمون از روش میدانی و کتابخانه‌ای استفاده شد. روش کتابخانه‌ای برای گردآوری اطلاعات در زمینه ادبیات پژوهش و مبانی نظری و در زمینه مرتبط با پژوهش استفاده شده است. ابزار

گردآوری داده‌ها در مرحله گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای، کتب، نشریات علمی و مقالات چاپ شده در زمینه این پژوهش و همچنین پایان نامه‌های مرتبط در دانشگاه‌ها و مراکز علمی معتبر و نیز منابع علمی اینترنتی معتبر بوده است. در روش میدانی، از طریق اجرای پرسشنامه و مداخله آموزشی جهت جمع‌آوری اطلاعات اقدام شده است، بدین صورت که پژوهشگران ابتدا از معاونت پژوهشی دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع) مجوزهای لازم جهت شروع پژوهش در *مرکز خیریه مکسا* را اخذ نمودند. سپس، به مرکز مکسا در شهر مشهد مراجعه نمودند و از مسئولین ذیربط در مرکز مجوزهای لازم را اخذ نمودند. در مرحله بعدی، پژوهشگران با بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، جهت یافتن افرادی‌که در سطح ۳ و ۴ مرحله تحول روانی معنوی قرار داشتند، از مصاحبه نیمه ساختاریافته (جان‌بزرگی و آذربایجانی، ۱۴۰۳) استفاده کردند. حدود ۴۰۰ بیمار که شرایط لازم جهت ورود به پژوهش را داشتند، مورد مصاحبه قرار گرفتند و در نهایت حدود ۷۰ نفر از آنان در مرحله ۳ و ۴ مرحله تحول روانی معنوی تشخیص داده شدند. از میان این افراد، به روش تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب شدند و باز به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. قبل از شروع مداخله و پس از پایان آن، شرکت‌کنندگان هر دو گروه به پرسشنامه خودمراقبتی «Cash و همکاران در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷م» و انعطاف‌پذیری روانشناختی «*Dennis & Vander Wal* (۲۰۱۰)» پاسخ دادند.

پرسشنامه تصویر بدنی یا پرسشنامه چندبُعدی روابط بدن–خود، یک آزمون ۴۶ سؤالی است که به وسیله *کش* و همکاران در سال ۱۹۸۶م برای ارزیابی تصویر ذهنی از جسم ساخته شده و فرم نهایی آن در سال ۱۹۹۷م آماده شده است. این پرسشنامه، شش بُعد روابط بدن–خود را شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای *لیکرت*[1] از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) را می‌سنجد. در پژوهش *اکرمی* (۱۳۹۴)، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. همچنین، در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی و با اجرای آن بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان در مرکز مکسا در فاصله زمانی یک هفته بررسی شد. ضریب همبستگی بین نتایج دو اجرا برابر با ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است. همچنین، روایی محتوایی پرسشنامه با نظر پنج تن از متخصصان این حوزه تأیید گردید.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی، در سال۲۰۱۰ توسط *دنیس* و *وندروال* ساخته شده و مشتمل بر ۲۰ سوال است، که برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی، و همچنین برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی–رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای مقیاس ۷ درجه‌ای *لیکرت*، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین‌تر و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی نسخه ایرانی دارای ۱۹ سوال و ۲ مؤلفه، شامل ادراک کنترل‌پذیری و پردازش حل مسئله می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط *کهندانی* و *ابوالمعالی الحسینی* (۱۳۹۶) اعتباریابی شده و یکی از سؤالات به دلیل بار عاملی پایین از نسخه فارسی آن حذف شده است. یافته‌ها نشان داد که ۱۰ گویه پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی تحت دو عامل پردازش حل مسئله (با ۱۵ گویه) و ادراک کنترل‌پذیری نام‌گذاری (با ۹ گویه) قرار گرفتند. همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل پردازش حل مسئله، و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد. نمره کل آزمون پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و دو عامل آن، پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری،

[1] Likret

رابطه معناداری با نمره کلی آزمون افسردگی بک داشت که به ترتیب معادل ۰/۶۶۵- ،۰/۵۷۷- و ۰/۵۹۷- بود، در نتیجه روایی و پایایی آن معتبر ارزیابی گردید. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی و با اجرای آن بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان در مرکز مکسا در فاصله زمانی یک هفته بررسی شد. ضریب همبستگی بین نتایج دو اجرا برابر با ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است. همچنین، روایی محتوایی پرسشنامه با نظر پنج تن از متخصصان این حوزه تأیید گردید.

پروتکل درمان معنوی جان‌بزرگی به صورت ویژه برای اثرگذاری بر متغیرهای تصویر بدنی و انعطاف‌پذیری شناختی در ۸ جلسه با مشورت با جان‌بزرگی و آذربایجانی(۱۴۰۳)، طبق محتوای جدول شماره ۱ ایجاد شده و توسط یکی از پژوهشگران با مدرک تحصیلی دکتری روانشناسی سلامت و مسلط به درمان معنوی جان‌بزرگی اجرا گردیده است. در این مطالعه، اعتباریابی محتوایی پروتکل درمان معنوی جان‌بزرگی با روش‌های نسبت اعتبار محتوا (CVR) و شاخص اعتبار محتوا (CVI) و با مشارکت ۵ متخصص روان‌درمانی معنوی و ۵ متخصص روان‌شناسی انجام شد. مقادیر CVR به دست‌آمده برای تمام فنون (CVR> ۰/۴۹) و میانگین CVI کل پروتکل (CVI= ۰/۸۹) به دست آمد که نشان‌دهنده اجماع متخصصان بر ضرورت، وضوح و تناسب ساختاریِ مراحل و فنون این مداخله است.

جلسه	راهبرد
غربالگری	مصاحبه تشخیصی، بررسی سطح تحول روانی معنوی افراد (به صورت فردی)، اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	فرمول‌بندی معنوی، معارفه و آشنایی، افزایش پذیرش و ارتقاء انگیزه و اتحاد درمان‌گرانه در شرکت‌کنندگان، آشنایی با اهداف درمان معنوی جان‌بزرگی، فعال‌سازی بُعد شناختی (آموزش مثلث شناختی، آموزش ثبت افکار روزانه) فعال‌سازی بُعد جسمی (آموزش منطق مراقبت از خود با چهار راه ذهن و بدن)
جلسه دوم	فعال‌سازی بُعد رفتاری (تنش‌زدایی معنوی در جهت رفع اضطراب و ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی)، آموزش موانع کنش عقل طبیعی و راه‌های تقویت عقل طبیعی، آموزش مهارت همدلی و ارتباط مؤثر
جلسه سوم	منطق حوزه ادراکی مبدأ، تعریف خداپنداره و خداپنداشت. تقویت حس حضور خداوند، هوشیاری به تصاویر والدینی و کشف خداپنداره‌ها، هشیاری‌سازی به خداپنداشت و آموزش اجرای ذهن‌آگاهی بدن و تصویر بدنی، بازبینی هدف‌گذاری اعضاء بر اساس متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی
جلسه چهارم	تحریفات شناختی و انواع آن، بررسی تحریفات شناختی معنوی با بیان قرآنی، راهکارهایی در حذف تحریفات شناختی، انسان مخلوق ویژه و ادراک صفت خالقیت (اصل مالکیت)، شکل‌گیری احساس «خلق مستقیم خدا بودن» و خالقیت مستمر
جلسه پنجم	منطق ادراک صفت ربوبیت (اصل ربوبیت)، حمایت‌گری خداوند در زندگی و شناسایی ربوبیت‌های اعتباری، تصمیم‌سازی برای پذیرش ولایت خداوند (اصل ولایت)، حل نگرانی‌های پذیرش ولایت خدا، اکتساب باورهای یقینی در مورد خداتکیه‌گاهی، خدااسنادی، خدایاوری، رسیدن به توکل و تأکید بر زیبایی باطنی
جلسه ششم	منطق حوزه ادراکی خود، اکتشاف خودپنداره و هشیاری‌سازی به خودپنداشت، هشیاری نسبت به نقاط آسیب‌زای معنوی، زمینه‌سازی برای فعال‌سازی برنامه زندگی (من و خدا) و افزایش توحیدیافتگی و انسجام شخصیتی در جهت ارتقاء انعطاف‌پذیری شناختی، هشیاری به معنا و امکان‌سنجی معنادهی به اعمال با خلق اعمال معنادار و خودآگاهی و اکتشاف عفونت‌های روانی و نحوه تسویه خود، پیگیری برنامه انتخابی زندگی (بعثت درونی)، آشکارسازی عقل

جلسه هفتم	منطق حوزه ادراکی خود، اکتشاف خودپنداره و هشیاری‌سازی به خودپنداشت و اکتشاف هویت معنوی با بیان مثلث معنویت و اجرای اکتشاف هویت معنوی، هشیاری نسبت به نقاط آسیب‌زای معنوی و زمینه‌سازی برای فعال‌سازی برنامه زندگی (من و خدا) و افزایش توحیدیافتگی و انسجام شخصیتی در جهت ارتقاء انعطاف‌پذیری شناختی
جلسه هشتم	کسب آرامش و اعمال خیر در همراهی با خدا و فرشتگان و انواع خداآگاهی، منطق حوزه ادراکی غایت، بررسی آخرت ادراک‌شده و گفتگو از تصورات واقعی از آخرت مبتنی بر مستندات اسلامی، تحریک هیجان ملاقات با محبوب، اجرای پس‌آزمون

جدول شماره ۱: پروتکل معنویت‌درمانی جان‌بزرگی در ۸ جلسه

۳. روش آماری در تجزیه و تحلیل داده

از روش‌های آماری توصیفی و آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. بررسی داده‌ها در بخش آمار توصیفی نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بین ۶۵–۱۶ و میانگین ۴۶/۵۷، و جنسیت آنان ۶۴.۳٪ خانم و ۳۵.۷٪ درصد آقا و مدرک تحصیلی آنان ۲۸.۵ درصد بالای لیسانس و ۷۱.۵ درصد کمتر از لیسانس بود.

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		M	SD	M	SD
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۷۹.۰۷	۱۱.۱۰	۱۰۲.۷۷	۱۱.۳۰
	کنترل	۸۳.۵۷	۱۶.۹۱	۸۰.۱۴	۱۴.۸۶
تصویر بدنی	آزمایش	۱۳۷.۷۶	۱۷.۳۶	۱۶۰.۹۲	۹.۱۷
	کنترل	۱۴۶.۶۴	۱۷.۸۰	۱۴۱.۸۵	۱۷.۵۸

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تصویر بدنی

همانطور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، بعد از مداخله معنویت‌درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی کل از ۱۱.۱۰ ± ۷۹.۰۷ به ۱۱.۳۰ ± ۱۰۲.۷۷ افزایش پیدا کرده است، و میانگین تصویر بدنی کل از ۱۷.۳۶± ۱۳۷.۷۶ به ۹.۱۷± ۱۶۰.۹۲ افزایش داشته است؛ ولی این میانگین‌ها در گروه کنترل تغییر چندان محسوسی نداشته است. بنابراین، برای بررسی معناداری این تفاوت، از آزمون‌های استنباطی استفاده شد. به جهت تعیین اجرای آزمون‌های استنباطی مناسب، ابتدا همسانی واریانس‌ها و نرمالیتی داده‌ها مورد بررسی قرار داده شد. جدول شماره ۳، بررسی همسانی واریانس در پیش آزمون و جدول شماره ۴ نتایج آزمون کالموگروف–اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق را نشان می دهد.

متغیر	آزمون تساوی واریانس‌ها (f لوین)	
	F	sig
انعطاف‌پذیری	۴.۵۱	۰.۰۵

تصویر بدنی	۰.۰۹	۰.۷۶

جدول شماره ۳: آزمون F لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

در جدول ۳ می‌توان مشاهده نمود که تساوی واریانس‌ها (f لوین) محاسبه‌شده در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (F=۴.۵۱، sig=۰.۰۵) و تصویر بدنی (F=۰.۰۹، sig=۰.۷۶) در سطح p>۰/۰۵ معنادار نشده است؛ یعنی تفاوت معناداری بین واریانس‌های نمرات مقیاس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. بنابراین، پیش فرض مبنی بر همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون هر دو متغیر در افراد دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌گردد. همچنین، جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف–اسمیرنوف یک راهه استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

متغیر	گروه	Z کالموگروف-اسمیرنف	sig
انعطاف‌پذیری	آزمایش	۰.۲۲	۰.۰۸
	کنترل	۰.۲۷	۰.۰۹
تصویر بدنی	آزمایش	۰.۲۱	۰.۱۱
	کنترل	۰.۱۷	۰.۲۰

جدول شماره ۴: نتایج آزمون کالموگروف–اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، Z کالموگروف–اسمیرنوف برای متغیرها معنادار نشده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که نمرات نرمال هستند و پیش فرض استفاده از کواریانس رعایت شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ و ۶ آمده است.

	SS	df	MS	F	sig	Eta	توان آماری
اثر پیش آزمون	۱۱۹۳.۴۰	۱	۱۱۹۳.۴۰	۹.۲۵	۰.۰۰۵	۰.۲۷	۰.۸۳
اثر مداخله	۴۸۹۰.۶۶	۲	۲۴۴۵.۳۳	۱۸.۹۵	۰.۰۰۱	۰.۶۰	۱.۰۰
خطا	۳۲۲۶.۳۱	۲۵	۱۲۹.۰۵				
کل	۸۱۱۶.۹۶	۲۷					

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نمرات پس‌آزمون بر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون تحلیل کواریانس، تأثیر معنویت‌درمانی با رویکرد جان‌بزرگی را بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، معنادار نشان می‌دهد. ضریب تأثیر ۰.۶۰ و توان آماری ۱.۰۰ است، یعنی ۶۰ درصد تفاوت موجود در میانگین انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان ناشی از

عامل عضویت گروهی است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی بر بهبود انعطاف‌پذیری‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان تأیید می‌گردد(p>۰/۰۵).

	SS	df	MS	F	sig	Eta	توان آماری
اثر پیش آزمون	۱۳۸۶.۶۶	۱	۱۳۸۶.۶۶	۱۶.۶۸	۰.۰۰۱	۰.۴۰	۰.۹۷
اثر مداخله	۵۵۷۶.۶۲	۲	۲۷۸۸.۳۱	۳۳.۵۴	۰.۰۰۱	۰.۷۳	۱.۰۰
خطا	۲۰۷۸.۰۶	۲۵	۸۳.۱۲				
کل	۷۶۵۴.۶۸	۲۷					

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نمرات پس‌آزمون بر متغیر تصویر بدنی

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون تحلیل کواریانس، تأثیر معنویت‌درمانی را بر افزایش تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، معنادار نشان می‌دهد. ضریب تأثیر ۰.۷۳ و توان آماری ۱.۰۰ است، یعنی ۷۳ درصد تفاوت موجود در میانگین تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان ناشی از عامل عضویت گروهی است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر بهبود تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان تأیید می‌گردد(p>۰/۰۵).

۴. نتیجه‌گیری

بررسی داده‌های آماری نشان داد که معنویت‌درمانیِ جان‌بزرگی بر بهبود تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان موثر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش ابراهیمی دستگردی و همکاران (۱۴۰۱)، کثیری و فضلعلی (۱۳۹۹)، و*Geller* و همکاران (۲۰۲۰) همسو بوده، اما با یافته‌های *Goulet* و همکاران (۲۰۱۷)، و *Rohde &Pérez* (۲۰۲۲) ناهمسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه و همسو بودن نتیجه با پژوهش‌های عنوان شده می‌توان گفت که یکی از آثار غیر قابل انکار سرطان، تغییرات ظاهری آن بر روی بیماران مبتلا به سرطان است که منجر به کاهش تصویر بدنی مثبت و نارضایتی از تصویر بدنی می‌شود، تا حدی که این افراد از وارسی کردن خود در آیینه، حضور در جمع‌ها و صمیمیت با افراد اجتناب می‌کنند. گاهی این نارضایتی به حدی افزایش می‌یابد که فرد دچار ناهماهنگی بین بدن واقعی خود و خود آرمانی می‌شود و باعث کژکاری‌های روانشناختی نظیر بدریخت‌انگاری بدن و اختلالات خوردن و سایر اختلالات روانشناختی می‌شود و این تغییر با تغییر منفی در خودپنداره همراه است و حتی شاید منجر به توقف ادامه درمان، به دلیل تشدید علائم جسمانی گردد. با ورود به ابعاد جسمی و رفتاری، شرکت‌کنندگان با اتخاذ سبک زندگی سالم با تمرین چهار راه ذهن و بدن و تمرین تکنیک‌های تنش‌زدایی، احساس کنترل بیشتری بر بدن و روان خود تجربه کردند. این امر تأثیر مستقیمی بر بهبود تصویر بدنی آن‌ها داشت. افراد مبتلا به سرطان با پرداختن به مضامین معنوی و تلاش برای یافتن معنای زندگی، به رشد معنوی و پذیرش بدن خود به هر شکل نائل می‌گردند. شناخت صحیح از خود و توانمندی‌های بشر و اتصال به خداوند به عنوان یک نیروی برتر می‌تواند فرد را به سمت فضائل اخلاقی به عنوان هدف اصلی زندگی و پذیرش تصویر بدنی و قدردانی از بدن خود رهسپار کند. در مقابل، در تبیین ناهمسو بودن این نتیجه با پژوهش‌های ذکرشده می توان به عواملی همچون تفاوت رویکرد معنویت‌درمانی استفاده شده توسط آن‌ها با معنویت‌درمانی جان‌بزرگی، تعامل با شرکت‌کنندگان انسانی، تفاوت در نوع و چگونگی آزمایش، نوع درمان انجام شده، تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان و عواملی از این قبیل اشاره کرد.

همچنین، نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که معنویت درمانی جان‌بزرگی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان نیز مؤثر است. این یافته، با پژوهش‌های مرادی ذلانی و همکاران (۱۳۹۹)، زارعی و همکاران (۱۴۰۳)، و *penman*

(۲۰۲۱) همسو بود. در ادامه، در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که یکی از راه‌های افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، که منجر به کاهش ترس از اشتباه کردن، تجربه نکردن و تردید می‌شود، معنویت‌درمانی است. معنویت‌درمانی با رویکرد جان‌بزرگی، از طریق افزایش سطح بردباری و تاب‌آوری، تغییر در نگرش و به چالش کشیدن باورها، همراه با عناصری مانند توکل به خدا و اعتقاد قلبی به حضور منبع قدرتی بالاتر، باعث تغییر مثبت در انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. این درمان با رویکردی ساختارمند و مرحله‌ای، اثربخشی خود را از طریق فعال‌سازی ابعاد روانی، شناختی، جسمی، اجتماعی و معنوی در بیماران نشان داده است.

سرطان اغلب با واکنش‌های شناختی آسیب‌زا، رنج روانی فراوان و مشکلات روانشناختی مانند کاهش انعطاف‌پذیری، افزایش اضطراب، استرس و افسردگی همراه است. بیماران در این شرایط، زندگی را تنها از منظر دوگانه سیاه و سفید می‌بینند و درگیر خطای فکری «همه یا هیچ» می‌شوند. این الگوی تفکر باعث می‌شود افراد به دلیل ترس از مرگ، شکست و تجربه‌های هیجانی منفی، از تلاش برای تغییر سبک زندگی یا استفاده از راه‌حل‌های متنوع در حل مشکلات خودداری کنند. در اینجاست که معنویت‌درمانی جان‌بزرگی با فرمول‌بندی معنوی و اتحاد درمانگرانه، ابتدا موجب افزایش پذیرش درمان و انگیزه مشارکت بیماران می‌شود. این پروتکل، آموزش‌هایی مانند بررسی افکار، فعال‌سازی عقل طبیعی، جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت، تقویت توکل و اصلاح خداپنداره، امیدی در بیماران ایجاد می‌کند که خداوند در روند درمان آن‌ها همراه خواهد بود. این فرایند باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در برابر تغییرات ناگهانی در پروسه درمان و به تبع آن، سیر مثبت بهبودی آنان می‌شود. این احتمال وجود دارد که مکانیزم تأثیرگذاری معنویت‌درمانی جان‌بزرگی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق چندین مسیر روانشناختی، شناختی و زیستی صورت پذیرفته باشد. نخست، این مداخله با تقویت حس معنا و هدف در زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا بیماری سرطان را نه به عنوان پایان راه، بلکه به عنوان بخشی از سفر زندگی خود بپذیرند. این تغییر در نگرش، که از طریق تمرینات معنوی و بازسازی معنای زندگی حاصل می‌شود، می‌تواند اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری را کاهش دهد و به تبع آن، انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد. دوم، معنویت‌درمانی با تمرکز بر توکل به خدا و اعتقاد به منبع قدرتی بالاتر، حس حمایت و امنیت روانی را در بیماران تقویت می‌کند. این حس حمایت، که از طریق آموزش خداپنداره و خداپنداشت القا می‌شود، می‌تواند پاسخ‌های استرس‌زای بدن را کاهش دهد. مطالعات نشان داده‌اند که کاهش سطح کورتیزول (هورمون استرس) می‌تواند به بهبود عملکرد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری کمک کند. بنابراین، معنویت‌درمانی احتمالاً از طریق تنظیم سیستم عصبی–شناختی، تأثیرات مثبتی بر شناخت بیماران بر جای می‌گذارد. سوم، این مداخله با به چالش کشیدن باورها و تغییر نگرش، بیماران را ترغیب می‌کند تا افکار منفی و محدودکننده خود را شناسایی و اصلاح کنند. برای مثال، جایگزینی افکار منفی مانند «من نمی‌توانم با این بیماری کنار بیایم» با افکار مثبت مانند «با کمک خداوند و حمایت دیگران، می‌توانم این چالش را پشت سر بگذارم»، باعث افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. چهارم، معنویت‌درمانی با تقویت هویت معنوی و انسجام شخصیت، به بیماران کمک می‌کند تا خود را فراتر از بیماری سرطان تعریف کنند. تمریناتی مانند معنادهی به اعمال، کشف خودپنداره و برنامه‌ریزی زندگی (من و خدا)، باعث می‌شوند بیماران به جای تمرکز بر محدودیت‌های بیماری، بر توانایی‌ها و منابع درونی خود متمرکز شوند. این تغییر در خودپنداره، انعطاف‌پذیری شناختی را از طریق افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس از ناشناخته‌ها تقویت می‌کند. پنجم، تمرکز بر حوزه ادراکی غایت و تصور مثبت از آخرت، ترس از مرگ را کاهش داده و امید به زندگی را افزایش می‌دهد. این امید، که از طریق تصور مثبت از آینده و پذیرش شرایط کنونی حاصل می‌شود، به بیماران کمک می‌کند تا با انعطاف‌پذیری بیشتری در برابر تغییرات ناگهانی در فرایند درمان واکنش نشان دهند. در ادامه، فعال‌سازی حوزه ادراکی مبدأ با آموزش خداپنداره و خداپنداشت، حس حمایت و حضور خداوند را در زندگی بیماران تقویت کرده و منجر به آرامش درونی و افزایش اعتماد به نفس می‌شود. در مرحله بعد، ادراک صفات الهی مانند خالقیت، ربوبیت و ولایت، به شرکت‌کنندگان در بازسازی معنای زندگی و انسجام شخصیت کمک می‌کند. تمریناتی مانند معنادهی به اعمال، کشف خودپنداره و برنامه‌ریزی زندگی (من و خدا)، هویت معنوی بیماران را تقویت می‌نماید.

به طور کلی، معنویت‌درمانی جان‌بزرگی با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، بهبود تصویر بدنی، و ارتقاء ادراک معنوی از خود، زندگی و خدا، تأثیر درمانی عمیقی بر بیماران مبتلا به سرطان بر جای می‌گذارد. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که توجه به ابعاد معنوی در برنامه‌های درمانی می‌تواند به عنوان یک عنصر کلیدی در ارتقاء سلامت روان و شناخت بیماران مورد توجه قرار گیرد. در بیان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز مکسا در شهرستان مشهد در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دهند، همین امر امکان تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین، با توجه به اینکه مصاحبه اولیه برای یافتن افرادی با معیارهای ورود به پژوهش لازم است، برخی افراد داوطلب به دلیل تفاوت در نگرش‌ها و اعتقادات از نمونه حذف شدند و این امر نیز تعمیم نتایج را به گروه خاصی محدود می‌کند. محدودیت دیگر، عدم اجرای مرحله پیگیری بود، به دلیل شرایط خاص بیماران مبتلا به سرطان، مرکز مکسا اعلام نمود که میسر نیست بیش از یک الی دو ماه یک گروه از افراد بدون درمان باقی بمانند، بنابراین، بلافاصله پس از پایان دوره درمانی معنویت جان‌بزرگی، هم افراد گروه آزمایش و هم افراد گروه کنترل وارد دوره مداخله روانشناختی دیگری شدند. همچنین، همکاری ضعیف برخی از بیماران در اجرای تکالیف با توجه به عود بیماری، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که در کار با بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج دیده می شود و باید پژوهشگران پیش از آغاز کار از آن مطلع باشند. با توجه به آنچه که گفته شد، پیشنهاد می شود که معنویت‌درمانی جان‌بزرگی با سایر مداخلات روانشناختی در بهبود تصویر بدنی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان همچون شناختی رفتاری ترکیب گردد تا مراجعانی که نسبت به درمان‌های معنوی سوگیری دارند و یا در سطوح پایین‌تری از تحول روانی معنوی قرار دارند نیز بتوانند از مزایای این درمان بهره‌مند گردند. همچنین در ارتباط با اثربخشی معنویت‌درمانی جان‌بزرگی در بهبود سایر مؤلفه‌های تاثیرگذار بر سرطان تحقیقات بیشتری صورت گیرد. باتوجه به شرایط روانی و جسمی بیماران و امکان عود بیماری، دوره‌های درمان کوتاه‌تر، مثلاً یک ماهه، یا با طول جلسات کوتاه‌تر، مثلاً ۴۵ دقیقه‌ای، تدوین شود. همچنین، با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود مراکز و کلینیک‌هایی که مراجعان مبتلا به سرطان دارند، درمان معنوی جان‌بزرگی را با توجه به تطابق فرهنگی و مذهبی آن با جامعه ایران، در کنار سایر مداخلات پزشکی و روانی برای مبتلایان به این بیماری در جهت بهبود سلامت فیزیکی و روانی ارائه نمایند.

منابع

- اقدم رضایی، لیلا، جمالویی، حسن، طاهری، مهدی (۱۴۰۱). «اثربخشی شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۵). doi: ۱۰.۲۲۰۳۸/mjms.۲۰۲۲.۲۳۰۳۲
- اکرمی، نجمه (۱۳۹۴). «بهزیستی روانشناختی و نگرانی تصویر بدنی قبل و بعد از جراحی پلاستیک» پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز.
- آذربایجانی، مسعود (۱۴۰۲). *سلامت معنوی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- بخشعلی‌زاده ایرانی، فائزه؛ شهیدی، شهریار؛ و حزینی، عبدالرحیم (۱۳۹۹). «تجربه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان در آستانه مرگ با تأکید بر دغدغه‌ها و نیازها: یک مطالعهٔ پدیدارشناختی». *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناسی*، ۱۴(۲)، ۳۳-۲۰.
- پوراکبران، الهه؛ محمدی قره قوزلو، رقیه؛ و موسوی، سیدمحمدرضا (۱۳۹۷). «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱ (۴)، ۲۲-۱۱.
- جان‌بزرگی، مسعود و غروری، سیدمحمد (۱۴۰۲). *نظریه‌های نوین روان درمانگری و مشاوره*، تهران: سمت.

- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). «اصول درمانگری چندبعدی معنوی». *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۱(۱)، ۴۵-۹.
- حسین‌زاده، علی؛ کوهستانی، دانیال؛ و مسرور، دریادخت (۱۴۰۱). «تأثیر مداخلات انجام شده در بهبود و ارتقا عزت نفس و تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سرطان: یک مرور نظام‌مند». *نشریه مراقبت سرطان*، ۱(۴)، ۵۸-۴۸.
- زارعی، فرشاد؛ حجت‌خواه، سیدمحسن؛ ضابط، مریم؛ و طاهری، سعادت (۱۴۰۳). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی». *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۹(۷۳)، ۱۱۸-۱۰۸. doi: ۱۰.۲۲۰۳٤/jmpr.۲۰۲٤.۵۹۲۷۰.۵۹۳۵.
- زالی، روح‌الله؛ اسماعیلی، علی؛ و صابری، هایده (۱۴۰۱). «نقش میانجیگری سبک‌های انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین اضطراب با تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان داوطلب ماستکتومی». *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۵)، ۵۸۰-۵۶۷.
- سجادی‌نژاد، مرضیه‌السادات و احمدی، فاطمه (۱۴۰۲). «نقش صبر، انعطاف‌پذیری شناختی و خردمندی در پیش‌بینی سلامت معنوی دانشجویان». *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۴)، ۱۶۹-۱۵۴.
- سرمد، زهره؛ حجازی، الهه؛ و بازرگان، عباس (۱۴۰۳). *روش تحقیق در علوم رفتاری*، تهران: آگاه.
- کشیری، پریسا و فضلعلی، محسن (۱۳۹۸). «اثربخشی معنویت‌درمانی بر نگرانی از تصویر بدنی و احساس تنهایی در دانشجویان پرستاری مبتلا به اضطراب اجتماعی». *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۳(۴)، ۵۳-۴۶.
- کهندانی، مهدیه و ابواالمعالی الحسینی، خدیجه (۱۳۹۶). «ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون». *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۸(۲۹)، ۷۰-۵۳.
- مرادی ذلانی، عبادالله؛ آذربایجانی، مسعود؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا و احمدی‌فراز، مهدی (۲۰۲۰). «مقایسه تاثیر دو برنامه مداخله‌ای شناخت‌درمانی گروهی و معنویت‌محور گروهی مبتنی بر دیدگاه اسلام در طب تسکینی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان». *مجله علمی علوم پزشکی ایلام* ، ۲۸(۳)، ۱۰۲-۹۳.
- مرادی، علیرضا؛ اسماعیل‌زاده پوریا، محمدمهدی؛ اکبری، مهدی؛ حسنی، جعفر؛ و غلامی، نسرین (۱۴۰۰). «مقایسه اثربخشی درمان معنامحور گروهی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه». *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*،۱۶(۶۲)، ۸۹-۷۴.
- مطلق، علی؛ احسانی چیمه، الهام؛ یمرلی، مایسا؛ مشیری، فرزانه؛ روشندل، غلامرضا؛ پرتوی‌پور، الهام؛ صلواتی، فرشته؛ خوشابی، مصطفی؛ توکلی، نادیا؛ عسگری، فرشته؛ رئیسی، علیرضا؛ ملک‌زاده، رضا؛ و استوار، افشین (۱۴۰۰). «دستاورهای برنامه ملی مدیریت سرطان در ایران». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۶(۵ (مسلسل ۱۱۵-ویژه نامه))، ۹۷-۸۴.

References

Aghdam, L., Rezaei Jamalouei, H., & Taheri, M. (1401). The effectiveness of compassion therapy on body image, post-traumatic growth, and death anxiety in breast cancer patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences,* *65*(5), 320–330. https://doi.org/10.22038/mjms.2022.23032

Akrami, N. (1394). *Psychological well-being and body image concerns before and after plastic surgery* (Master's thesis). Islamic Azad University, Shiraz Branch.

Arslan, G., & Allen, K. A. (1400). Exploring the association between coronavirus stress, meaning in life, psychological flexibility, and well-being. *Psychology, Health & Medicine, 27*(4), 803–814. https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1876892

Azarbayjani, M. (1402). *Spiritual health*. Qom: Seminary & University Research Center.

Bakhshalizadeh Irani, F., Shahidi, S., & Hazini, A. (1395). Psychological experiences of terminal cancer patients with emphasis on concerns and needs: A phenomenological study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 22*(3), 210–223.

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (1403). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74*(3), 229–263.

Brierley, M. E., Sansom-Daly, U. M., Baenziger, J., McGill, B., & Wakefield, C. E. (1398). Impact of appearance changes among young cancer survivors. *European Journal of Cancer Care, 28*(4), e13052. https://doi.org/10.1111/ecc.13052

Cash, T. F., & Brown, T. A. (1366). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavior Modification, 11*, 487–521.

Cash, T. F., Winstead, B. A., & Janda, L. H. (1365). Body image survey report: The great American shape-up. *Psychology Today, 20*(4), 30–44.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (1389). The cognitive flexibility inventory: Development and reliability. *Cognitive Therapy and Research, 34*(3), 241–253.

Ebrahimi Dastgerdi, N., Raisi, Z., Rezaei, S., & Nik Yar, H. R. (1400). Effectiveness of spiritual therapy on anxiety and pain in traumatic brain injury patients. *Quarterly Journal of Psychology and Religion, 16*(1), 45–60. https://sid.ir/paper/715802/fa

Faulkner, J. W., Snell, D. L., Theadom, A., Mahon, S., & Barker-Collo, S. (1400). Psychological flexibility in recovery after mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology, 66*(4), 479–490. https://doi.org/10.1037/rep0000406

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1359). An analysis of coping in a community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219–239.

Geller, S., Handelzalts, J., Gelfat, R., Arbel, S., Sidi, Y., & Levy, S. (1399). Body image, faith, and media exposure in women. *Current Psychology, 39*(5), 1774–1784. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9876-9

Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (1394). Religious/spiritual interventions in mental health: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 45*(14), 2937–2949. https://doi.org/10.1017/S0033291715001166

Goulet, C., Henrie, J., & Szymanski, L. (1396). Religion, body image, and appearance investment. *Journal of Religion and Health, 56*(2), 493–506. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0229-4

Hashemi, H., Kazemi, M., & Fallah, N. (1397). Body image and hope as predictors of quality of life in women with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases, 11*(2), 49–58. https://sid.ir/paper/480786/fa

Kabat-Zinn, J. (1369). *Full catastrophe living.* New York: Delacorte.

Levine, L. J., Safer, M. A., & Lench, H. C. (1385). Remembering and misremembering emotions. *Current Directions in Psychological Science, 15*(4), 180–184. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00432.x

Lindwall, M., Larsman, P., Hagger, M. S., & Gustafsson, H. (1393). Physical activity and depression in older adults. *Psychology of Sport and Exercise, 15*(6), 757–764. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.08.012

Seligman, M. E. P. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Simon and Schuster. Journal Psychology, Vol.9 No.7, July 20, 2018

Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992), 65(5), 731–738. https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731.

Tylka, Tracy. (2012). Positive Psychology Perspectives on Body Image. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 2. 657-663. 10.1016/B978-0-12-384925-0.00104

Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. Medicine, 97(35), e11948. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000011948

Yamamotova, A., Bulant, J., Bocek, V., & Papezova, H. (2017). Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. Journal of pain research, 10, 1667–1675. https://doi.org/10.2147/JPR.S133425.

Zareei, F., Hojatkhah, S,M., Zabet, M., Taheri, S .(2024). Comparing the Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment and Spiritual Therapy on Increasing Resilience and Psychological Flexibility of Mothers with Children with Physical and Motor Disabilities. Quarterly Journal of Modern Psychological Research, 19(73), 108-118 [in persian]