



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان

عسل پورزمانی: دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
محمد قمری: استاد، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) Counselor_ghamari@yahoo.com
سیمین حسینیان: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد،
آموزش هوش معنوی،
تصویر بدنی،
سرطان

زمینه و هدف: امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و شیوع آن در کشورهای صنعتی در حال رشد است و از عوارض این بیماری، افزایش بیماری‌های روحی و روانی در بیماران است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود و جامعه آماری آن را کودکان مبتلا به سرطان که در بخش اطفال مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بستری بودند تشکیل دادند که در محدوده سنی ۹-۱۳ سال قرار داشتند. از بین این افراد ۳۰ نفر به صورت دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه (۲۰ نفر در دو گروه آزمایش، ۱۰ نفر گروه گواه) تقسیم شدند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه تصویر بدنی لیتتون، آکسام و پوری (۲۰۰۵) استفاده شد. روش مداخله به این صورت بود که گروه آزمایش ۱، طی یک دوره، به مدت ۸ جلسه، دوجلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و گروه آزمایش ۲، طی یک دوره، به مدت ۸ جلسه، دوجلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی هوش معنوی) قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری و تحلیل واریانس چندمتغیری بلوکی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد و بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود ندارد.

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی، پیشنهاد می‌شود از این دو درمان برای کاهش مشکلات کودکان مبتلا به سرطان استفاده گردد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Pourzmani A, Ghamari M, Hosseinian S. Comparing the Effectiveness of Acceptance-commitment Therapy and Spiritual Intelligence Training on the Body Image of Children with Cancer. Razi J Med Sci. 2024(16 Apr);31.10.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0) صورت گرفته است.

Comparing the Effectiveness of Acceptance-commitment Therapy and Spiritual Intelligence Training on the Body Image of Children with Cancer

Asal Pourzmani: PhD Student, Counseling Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Mohammad Ghamari: Associate Professor, Consulting Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran (* Corresponding Author) Counselor_ghamari@yahoo.com

Simin Hosseinian: Professor, Counseling Department, Al-Zahra University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Today, cancer is considered one of the most important health problems around the world and its prevalence is growing in industrialized countries. If the prevalence of cancer increases in this way, according to the United Nations estimate, 1 out of 5 people will definitely get one of the forms of cancer. Cancer is the second cause of death in the world after cardiovascular diseases (1). Cancer has gained great importance among chronic childhood diseases; Because the rate of prevalence is high and it has a great impact on the life of the child and the family. Also, the damage to cancer patients is summarized in two dimensions: the physical dimension and the psychological dimension, which researchers have less focused on the psychological dimension of this disease, while this dimension leads to the deterioration of the weak body of the patients. The emotional and psychological effects that a child's cancer leaves in the family are sometimes more debilitating than the physical nature of the disease (2). This group of children is highly exposed to emotional disorders (3). One of the stressful aspects of cancer for affected children is that they lose their body image and attractiveness, or a deformity in their body image may have adverse effects on their lives (4). Teaching spiritual intelligence and therapy based on acceptance-commitment have beneficial effects on the education and social life of children with cancer and this point has been confirmed in various researches, but with the investigations carried out to determine the effectiveness of these skills on the body image of children with cancer Cancer has not been researched; Therefore, ignoring the effect of teaching these skills on the research variables can be a gap in the research literature. Therefore, the current research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance-commitment therapy and spiritual intelligence training on the body image of children with cancer.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with two experimental groups and a control group and a one-month follow-up, and its statistical population consisted of children with cancer who were hospitalized in the pediatric department of Tehran medical centers in 1402. who were in the age range of 9-13 years. Among these people, 30 people were randomly selected and randomly divided into three groups (20 people in two experimental groups, 10 people in the control group). To collect data, the body image questionnaire of Littleton, Aksam and Puri (2005) was used. The method of collecting information was that he first went to the children's department of the medical centers in Tehran and after making the necessary arrangements with the department, which according to the staff report and weekly admission statistics, approximately 150 children were admitted to the families of the children. And among about 65 people who were willing to cooperate, about 30 children aged 9-13 with cancer (which included the criteria for entering the research) who were hospitalized were selected by available sampling method and randomly selected in We made two experimental groups and a control group, in which 10 people were assigned

Keywords

Acceptance-Commitment-Based Therapy, Spiritual Intelligence Training, Body Image, Cancer

Received: 28/10/2023

Published: 16/04/2024

to each group. And the implementation method is that after selecting the subjects and replacing them in two experimental groups and a control group and performing the pre-test, experimental group 1, during one period, for 8 sessions, two sessions a week and each session to 45 minutes exposed to the independent variable (commitment and acceptance-based therapy group training) and experimental group 2, during one period, for 8 sessions, two sessions a week and each session for 45 minutes exposed to the independent variable (spiritual intelligence group training) were placed. To analyze the data, within-group analysis of variance with repeated measurements and block multivariate analysis of variance were performed.

Results: The mean and standard deviation of the age of the participants in the treatment based on acceptance and commitment were 10.90 and 1.19, respectively, in the spiritual intelligence training group, 10.40 and 0.84, and in the control group, 10.80 and 1.22. The mean and standard deviation of the history of disorders in the participants in acceptance and commitment-based therapy were 13.80 and 5.01, respectively, and in the spiritual intelligence training group, 16.10 and 4.99, and in the control group, 16.80 and 5.22. The results of the present study showed that acceptance-commitment-based therapy and spiritual intelligence training have an effect on the body image of children with cancer, and there is no difference between the effectiveness of acceptance-commitment-based therapy and spiritual intelligence training on the body image of children with cancer.

Conclusion: Considering the positive effect of treatment based on acceptance-commitment and spiritual intelligence training, it is suggested to use these two treatments to reduce the problems of children with cancer. According to the results of the research, it seems that in acceptance-commitment-based therapy, a person with a negative body image becomes psychologically aware of the values identified during the treatment, including his physical condition, and through reducing rumination, increasing acceptance, reducing cognitive and emotional dysfunction can affect the improvement of your body image. Also, in the training of spiritual intelligence, in addition to flexibility, this type of treatment increases self-awareness and a deeper look at life; As a result, people consider goals beyond the material world for themselves, which reduces personal dissatisfaction and concern about body image. This important thing can help children with cancer to reduce dissatisfaction with their body image by increasing their spiritual intelligence and instead of focusing on physical dimensions and body image, they can pay attention to other transcendental aspects of their existence. Therefore, treatment based on acceptance-commitment and spiritual intelligence is effective in reducing psychological symptoms caused by cancer in affected children. It is suggested that counseling centers, psychotherapy and hospitals use affordable and available group treatments such as third wave treatments in order to improve the psychological functions of cancer patients as much as possible. Therefore, the acceptance-commitment approach and spiritual intelligence can be used as a suitable intervention in order to improve the ability of patients to adapt to the cancer crisis and reduce the psychological complications caused by it.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Pourzmani A, Ghamari M, Hosseinian S. Comparing the Effectiveness of Acceptance-commitment Therapy and Spiritual Intelligence Training on the Body Image of Children with Cancer. *Razi J Med Sci.* 2024(16 Apr);31.10.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و شیوع آن در کشورهای صنعتی در حال رشد است. اگر شیوع سرطان به همین نحو افزایش یابد بنا به تخمین سازمان ملل از ۵ نفر ۱ نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ و میر در جهان است (۱). سرطان در بین بیماری‌های مزمن دروان کودکی، اهمیت زیادی یافته است؛ زیرا میزان شیوع بالایی دارد و تاثیر بسیاری بر زندگی کودک و خانواده می‌گذارد. همچنین آسیب به بیماران مبتلا به سرطان در دو بعد خلاصه می‌شود: بعد جسمی و بعد روانی که پژوهشگران کمتر به بعد روانی این بیماری پرداخته اند در حالیکه این بعد پیکر ضعیف بیماران را به اضمحلال می‌برد. تاثیرات روحی و روانی که ابتلای کودک به سرطان در خانواده به جای می‌گذارد، گاهی ناتوان کننده‌تر از ماهیت جسمی بیماری است (۲). این گروه از کودکان به شدت در معرض اختلالات هیجانی هستند پژوهش‌های اخیر نشان داده است هرچه مراجعه کودکان به درمانگاه‌ها بیشتر باشد آنها به جدی بودن بیماری خود بیشتر پی می‌برند و استرس در آنها افزایش می‌یابد (۳).

از جمله ابعاد استرس زای بیماری سرطان برای کودکان مبتلا در این است که تصویر بدنی و جذابیت ظاهری خود را از دست بدهند و یا بدشکلی در تصویر بدنی ممکن است به تاثیرات نامطلوبی در زندگی آنها شود. و به علت نقش مهم تصویر بدن، واکنش کودکان به بیماری به صورت ترس از بدشکلی و مرگ باشد. تصویر بدنی به طور کامل به شکل ظاهری فرد مربوط نمی‌شود؛ بلکه تا حد زیادی به باورها، ادراکات، افکار و احساسات و ارتباط ویژه‌ی فرد با بدنش مربوط است (۴). این مفهوم به صورت تجسم‌های درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف شده است. تصویر بدنی ساختاری چندعاملی است که ارزیابی‌های شناختی و رفتاری از اندازه، زیبایی، ظاهر، عملکرد، نامناسب بودن برجستگی و سالم بودن بخش‌های مختلف بدن را در بر می‌گیرد (۵). برای بعضی از افراد تغییر ظاهر می‌تواند منجر به یک تصویر بدن منفی و مشکلات روانشناختی مختلف شود (۶) و از سویی تغییرات تصویر بدن مثل

تراشیدن موی سر و ... در زمینه تصویر بدنی از قبیل نارزنده سازی بدنی، ناامیدی و ضعف اعتماد به نفس را تجربه می‌کنند. با توجه به حجم و شدت تخریبی که سرطان در ابعاد جسمی و روانشناختی مبتلایان رقم می‌زند غفلت از شیوه‌ی روان درمانی مناسب می‌تواند بر انبوه مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان بیفزاید و در این راستا تاکنون درمان‌های زیادی بر بهبود تصویر بدنی متمرکز بوده اند، از جمله راهبردهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند در افزایش استحکام روانی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان نقش داشته باشد، آموزش هوش معنوی و درمان مبتنی بر پذیرش-تعمد (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) است (۷).

تجارب پژوهشگران نشان می‌دهد که بین اختلال‌های روانی، عاطفی با مسائل معنوی-مذهبی رابطه وجود دارد و بدون توجه به حساسیت نسبت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت آمیز خواهد بود (۷). موضوع هوش معنوی جزء عرصه‌هایی است که تحقیقات چندان منسجم و نظام مندی برای شناخت و تبیین ویژگی‌ها و مولفه‌های آن در حد و اندازه دیگر هوش صورت پذیرفته است. با این حال، اخیراً این موضوع نظر بسیاری از صاحب نظران و محققان را به خود جلب کرده است. آموزش هوش معنوی و معنویت در کاهش نگرانی ناشی از تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان و افراد دیگر نقش بسزایی دارد (۸). در مجموع افرادی که از هوش معنوی بالایی برخوردارند، دارای اختلال‌های روانی کمتری هستند، سازگارترند (۹).

پژوهشگران دریافته اند که هوش معنوی، ممکن است امری شناختی-انگیزشی و مجموعه‌ای از مهارت‌های سازگاری باشد و منابعی که حل مساله و دستیابی به هدف را تسهیل می‌کند، معرفی نماید (۱۰). هوش معنوی، شامل آگاهی از رابطه با موجود متعالی، افراد دیگر، زمین و همه موجودات، حس معنی و داشتن مأموریت در زندگی، حس تقدس در زندگی، درک متعادل از ارزش ماده و معتقد به بهتر شدن دنیا، خردمندی، تمامیت (کامل بودن)، ذهن باز داشتن و انعطاف پذیری، درستی و صراحت، تواضع، مهربانی، سخاوت، تحمل، مقاومت و پایداری و تمایل به برطرف کردن نیازهای دیگران می‌شود. افراد، زمانی هوش

کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری ۱ ماهه می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1402.051 در دانشگاه آزاد

اسلامی واحد علوم و تحقیقات به تصویب رسید. جامعه آماری در این پژوهش کودکان ۹-۱۳ ساله مبتلا به سرطان بود که در بخش اطفال مراکز درمانی شهر تهران بستری بودند و گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به سرطان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. در هر گروه ۱۰ نفر گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: محدوده سنی ۹-۱۳ سال، حداقل ۸ ماه از بیماری آنها گذشته باشد، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی دیگر، نداشتن سابقه اختلالات مزمن و عدم دریافت درمان فردی یا گروهی دیگر به طور همزمان.

روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا به بخش اطفال مراکز درمانی شهر تهران مراجعه نموده و بعد از هماهنگی‌های لازم با بخش که تقریباً طبق گزارش کارکنان و آمار پذیرش هفته‌ای ۱۵۰ نفر کودک بستری می‌شدند به خانواده‌های کودکان اطلاع‌رسانی نموده و از بین حدود ۶۵ نفر که تمایل به همکاری داشتند حدود ۳۰ نفر از کودکان ۹-۱۳ ساله مبتلا به سرطان (که ملاک‌های ورود به پژوهش شامل آنها می‌شد) که بستری بودند را با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه که در هر گروه ۱۰ نفر گمارده شدند، گذاشتیم. و روش اجرا به این صورت است که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش ۱، طی یک دوره، به مدت ۸ جلسه، دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و گروه آزمایش ۲، طی یک دوره، به مدت ۸ جلسه، دو جلسه در هفته و هر جلسه

معنوی را به کار می‌گیرند که بخواهند از ظرفیت‌ها و منابع معنوی خود برای تصمیم‌گیری‌های مهم وجودی و مساله‌گشایانه استفاده کنند (۱۱). هوش معنوی در معناهایی که افراد به تجربه‌های خود می‌دهند و در روش آنها برای فهم مسایل و موضوعات تاثیر می‌گذارد و موجب پدید آمدن حسی توأمان از آگاهی و معنا در زندگی می‌شود. به همین دلیل است که کاربرد آگاهانه هوش معنوی در زندگی، موجب افزایش رابطه فرد با خویشان، دیگران و جهان بزرگتر می‌شود (۱۲).

همچنین یکی دیگر از مداخلاتی که به آن اشاره شد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. این درمان توسط هیز (Hayes) در سال ۱۹۸۷ مطرح شد و از کار تجربی درباره‌ی نفوذ زبان بر رفتار تکامل یافته است و مبتنی بر چارچوب رابطه‌های ذهنی است (۱۳). هدف روش پذیرش-تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق تمرکز حواس، پذیرش و تغییر رفتار است (۱۴). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی، فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۱۵). تاکید بر پذیرش و ارزش‌ها و زندگی کردن براساس ارزش‌های پذیرفته شده، این نوع درمان را تبدیل به درمانی کرده است که به طور ایده‌آلی مناسب برای مبتلایان به سرطان شمار می‌رود (۱۶). در این راستا بر اساس مطالعات متعدد اثربخشی این نوع از درمان برای کاهش مشکلات و اختلالات روانشناختی بیماران سرطانی، در سطح جهانی ثابت شده است (۱۷).

با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های صورت گرفته، آموزش هوش معنوی و درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد تاثیرات مفیدی در آموزش و زندگی اجتماعی کودکان مبتلا به سرطان دارد و در تحقیقات مختلف این نکته مورد تایید قرار گرفته است، اما با بررسی‌های انجام شده در جهت تعیین اثربخشی این مهارت‌ها بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان تحقیقی صورت نگرفته است؛ از این رو نادیده گرفتن تاثیر آموزش این مهارت‌ها بر متغیرهای مورد پژوهش می‌تواند یک خلا در ادبیات تحقیق باشد، لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ دادن به این سوال خواهد بود که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان ACT (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۳)

جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی شدن درمانگر، صحبت درباره قوانین گروه، بیان هیجانات مثبت و منفی
جلسه دوم	صحبت کردن درباره روشهای نادرست مواجهه با هیجانات منفی و به چالش کشیدن این روشهای ناکارآمد، ارائه نمودن تکالیف خانگی
جلسه سوم	مرور کردن جلسه قبل، ارائه توضیحات درباره دنیای درونی و بیرونی
جلسه چهارم	آموزش دادن مسائلی همچون گسلس شناختی. در این جلسه به کودکان یاد داده شد که خود را جدای از تشنها و هیجانات تصور کنند. با این تمرین کودکان دچار تنش نمی شوند و تاب آوری و کیفیت زندگی بهتری در شرایط دشوار خواهند داشت. معرفی تکالیف
جلسه پنجم	مرور کردن جلسات قبل، استفاده نمودن از مثالها و توضیحات بیشتر برای آموزش دادن مفهوم خود به عنوان زمینه. معرفی تکالیف درون جلسه ای و برون جلسه ای
جلسه ششم	آموزش دادن ذهن آگاهی و تمارین و مبانی آن با این هدف که کودکان یاد بگیرند بدون قضاوت به خود بنگرند و بر اساس هیجانات منفی، به خود سرزنشگری و برچسب زنی نپردازند. در چنین شرایطی کودکان حس بهتری از خود پیدا میکنند و صبر و تحمل درباره تصویر بدنی آنان ارتقا پیدا می یابد.
جلسه هفتم	آموزش نحوه هدف گزینی، آشنایی با هدفهای کودکان، ارزشگذاری برای اهداف، صحبت کردن درباره حس و حالهای منفی و مثبت، معرفی تکالیف درون جلسه ای و برون جلسه ای.
جلسه هشتم	مرور کردن جلسات قبلی، توضیح بیشتر درباره ارزشها، بیان موانع و توانایی برنامه ریزی برای تحقق هدف ها

جدول ۲- خلاصه جلسات هوش معنوی (کینگ، ۲۰۰۸)

جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی شدن درمانگر، صحبت درباره قوانین گروه
جلسه دوم	تعریف و تبیین هوش معنوی و مؤلفه های آن و نقش آن در زندگی
جلسه سوم	روشن کردن ارتباط کیفیت زندگی، تصویر بدنی، تاب آوری با هوش معنوی
جلسه چهارم	تولید و افزایش معنای شخصی و تشریح ارتباط افکار و اهداف
جلسه پنجم	افزایش آگاهی متعالی و ارائه راهکار با استفاده از هوش معنوی
جلسه ششم	آموزش تفکر انتقادی وجودی و استفاده از رفتارهای فضیلت مابانه (با ارزش شمردن و هدفمند بودن انسان و معنا داشتن)
جلسه هفتم	توسعه سطوح آگاهی به معنویت و درونی کردن آن و فواید آن برای سلامت جسم و روان
جلسه هشتم	جمع بندی از جلسات آموزشی قبل و اجرای پس آزمون

همبستگی با مقیاس خودگزارشی اختلال بدریختی بدنی برابر ۰.۸۳٪ گزارش شده است. همچنین در پژوهش بساک نژاد و غفاری (۵) اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان برابر ۰.۹۳٪ و ۰.۹۵٪ است. این پرسشنامه که حاوی ۱۹ آیتم است به بررسی نارضایتی و خجالت فرد درباره ظاهرش می پردازد. این ابزار ۲ عامل دارد که عامل اول نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را دربر می گیرد و عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می دهد.

برای تجزیه و تحلیل داده های آماری از روش توصیفی و استنباطی استفاده شد در این راستا در بخش توصیفی از مشخصه های آماری نظیر فراوانی، میانگین و جداول و نمودارهای مربوطه و در سطح

به مدت ۴۵ دقیقه در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی هوش معنوی) قرار گرفتند. شرح جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در جدول ۱ و آموزش هوش معنوی در جدول ۲ ارائه شده است.

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه تصویر بدنی بود. این پرسشنامه از نوع مداخله کاغذی و خودگزارشی است و شامل ۱۹ ماده است که برای نخستین بار توسط لیتلتون، آکسام و پوری (۱۸) ساخت و اعتباریابی شد. در این آزمون باید به یک مقیاس پنج درجه ای لیکرتی پاسخ داده شود و طیف پاسخ ها بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می باشد و دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ می باشد. یافته های لیتلتون و همکاران (۱۸) روی نمونه ای از دانشجویان دانشگاه نشان می دهد که اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰.۹۳٪ و همبستگی ماده کل بین ۰.۳۲٪ تا ۰.۷۳٪ است. همچنین ضریب روایی این پرسشنامه از طریق

استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس آمیخته با نرم افزار SPSS-23 استفاده شده است.

اندازه‌گیری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین توزیع داده‌ها طبیعی می‌باشد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به عدم تفاوت معنی‌دار در هر یک از متغیرها ($p > 0/05$)، سه گروه در این متغیرها همگن هستند. در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار مربوط به تصویر بدنی و مولفه‌های آن ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری هر یک از متغیرها در هر یک از مراحل

برای آزمون اهداف مطالعه، از یک طرح تحلیل واریانس درون‌گروهی (گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد) با اندازه‌گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری) برای مشخص نمودن تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد. با توجه به آماره آزمون کرویت موخلی ($0/766 = \text{نارضایتی}$ از ظاهر خود، $P = 0/647$ ، $\text{تداخل نگرانی درباره ظاهر}$ $P = 0/110$ ، به ترتیب شاخص‌های (F)

جدول ۳- شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی متغیرهای فردی

گروه	درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد		آموزش هوش معنوی		گواه		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	
سن (سال)	۱۰/۹۰	۱/۱۹	۱۰/۴۰	۰/۸۴	۱/۲۲	۱۰/۸۰	۰/۵۷۰
سابقه اختلال (ماه)	۱۳/۸۰	۵/۰۱	۱۶/۱۰	۴/۹۹	۵/۲۲	۱۶/۸۰	۰/۴۴۵

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار سازماندهی حسی (نارضایتی و خجالت فرد درباره ظاهر خود، تداخل نگرانی درباره ظاهر) در گروه‌های مختلف طی مراحل مختلف آزمون

تصویر بدنی	گروه‌ها	مراحل آزمایش
نارضایتی از ظاهر خود	درمان پذیرش-تعهد	پیش‌آزمون
	آموزش هوش معنوی	پس‌آزمون
	کنترل	پیگیری
تداخل نگرانی درباره ظاهر	درمان پذیرش-تعهد	پیش‌آزمون
	آموزش هوش معنوی	پس‌آزمون
	کنترل	پیگیری
تصویر بدنی	درمان پذیرش-تعهد	پیش‌آزمون
	آموزش هوش معنوی	پس‌آزمون
	کنترل	پیگیری

جدول ۵- سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو ویلک برای متغیرهای تحقیق

متغیر	مرحله	درمان پذیرش-تعهد	آموزش هوش معنوی	کنترل
نارضایتی از ظاهر خود	پیش‌آزمون	۰/۴۹۹	۰/۱۱۴	۰/۰۸۷
	پس‌آزمون	۰/۱۲۰	۰/۷۵۲	۰/۹۵۷
	پیگیری	۰/۴۵۴	۰/۲۵۸	۰/۴۱۳
تداخل نگرانی درباره ظاهر	پیش‌آزمون	۰/۲۷۲	۰/۱۵۳	۰/۳۴۹
	پس‌آزمون	۰/۷۲۷	۰/۰۶۱	۰/۰۶۸
	پیگیری	۰/۸۲۴	۰/۳۷۰	۰/۸۶۰
تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۰/۳۳۰	۰/۹۷۰	۰/۴۲۵
	پس‌آزمون	۰/۷۵۵	۰/۷۶۰	۰/۸۴۹
	پیگیری	۰/۲۶۴	۰/۳۳۹	۰/۱۳۴

جدول ۶- یافته مربوط به آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری تکراری برای تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر تصویربندی کودکان مبتلا به سرطان

عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذورات
نارضایتی از ظاهر خود	۵۹۲/۴۶	۲	۲۹۶/۲۳	۲۸/۷۴	۰/۰۰۱*	۰/۷۶۲
خطا	۱۸۵/۵۳	۱۸	۱۰/۳۰			
تداخل نگرانی درباره ظاهر	۵۹۶/۲۶	۲	۲۹۸/۱۳	۴۰/۱۲	۰/۰۰۱*	۰/۸۱۷
خطا	۱۳۳/۷۳	۱۸	۷/۴۳			
تصویر بدنی	۲۳۲۲/۸۶	۲	۱۱۶۱/۴۳	۸۶/۲۲	۰/۰۰۱*	۰/۹۰۵
خطا	۲۴۲/۴۶	۱۸	۱۳/۴۷			

جدول ۷- یافته‌های مربوط به آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون گروهی تصویر بدنی در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

عامل	مرحله (I)	مرحله (J)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
نارضایتی از ظاهر خود	پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۳۰	۱/۲۷	۰۰/۱۰*
	پیش آزمون	پیگیری	۸/۲۰	۱/۵۹	۰/۰۰۳*
	پس آزمون	پیگیری	-۲/۱۰	۱/۴۲	۰/۵۲۴
تداخل نگرانی درباره ظاهر	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۸۰	۱/۲۸	۰۰/۱۰*
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۰۰	۱/۳۴	۰۰/۱۰*
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۰	۱/۰۰	۰/۷۹۴
تصویر بدنی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۹/۱۰	۱/۲۹	۰۰/۱۰*
	پیش آزمون	پیگیری	۱۸/۲۰	۲/۱۰	۰۰/۱۰*
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۰	۲/۱۰	۰۰۰/۱

جدول ۸- یافته مربوط به آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری تکراری برای تاثیر آموزش هوش معنوی بر تصویربندی کودکان مبتلا به سرطان

عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذورات
نارضایتی از ظاهر خود	۵۷۲/۴۶	۲	۲۸۶/۲۳	۱۷/۰۸	۰/۰۰۱*	۰/۶۵۵
خطا	۳۰۱/۵۳	۱۸	۱۶/۷۵			
تداخل نگرانی درباره ظاهر	۳۱۲/۸۶	۲	۱۵۶/۴۳	۲۹/۱۸	۰/۰۰۱*	۰/۷۶۴
خطا	۹۶/۴۶	۱۸	۵/۳۵			
تصویر بدنی	۱۷۰۹/۶۰	۲	۸۵۴/۸۰	۳۴/۸۸	۰/۰۰۱*	۰/۷۹۵
خطا	۴۴۱/۰۶	۱۸	۲۴/۵۰			

گردد درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی‌دار نارضایتی از ظاهر خود کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $10/30$ ، پیگیری ($P=0/002$)، با اختلاف میانگین $8/20$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=0/524$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری نارضایتی از ظاهر خود کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود. دیگر نتایج جدول ۷ حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی‌دار تداخل نگرانی درباره ظاهر کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $8/80$ ، پیگیری

مربوط به آزمون فرض کرویت گزارش شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه‌گیری (جدول ۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر نارضایتی از ظاهر خود ($F=28/74$ ، $sig=0/001$ ، $\eta^2=0/762$)، تداخل نگرانی درباره ظاهر ($F=40/12$ ، $sig=0/001$ ، $\eta^2=0/817$) و تصویربندی ($F=86/22$ ، $sig=0/001$ ، $\eta^2=0/905$) کودکان مبتلا به سرطان تاثیر معناداری دارد (جدول ۶).

در ادامه از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشخص نمودن جایگاه تفاوت‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷ ارائه گردیده است. همانطور که در جدول ۷ مشاهده می-

درباره ظاهر ($F=29/18$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/764$) و تصویر بدنی ($F=34/88$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/795$) کودکان مبتلا به سرطان تاثیر معناداری دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مشخص نمودن جایگاه تفاوت‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۹ ارائه گردیده است.

همانطور که در جدول ۹ مشاهده می‌گردد آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار نارضایتی از ظاهر خود کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(10/20)$ ، پیگیری ($P=0/017$)، با اختلاف میانگین $(7/90)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=0/710$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری نارضایتی از ظاهر خود کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. دیگر نتایج جدول ۹ حاکی از این بود که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار تداخل نگرانی درباره ظاهر کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(6/80)$ ، پیگیری ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(6/90)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=1/000$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تداخل نگرانی درباره ظاهر کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. همچنین دیگر نتایج جدول ۹ نشان داد که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(17/00)$ ، پیگیری ($P=0/001$)، با

($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(10/00)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=0/794$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تداخل نگرانی درباره ظاهر کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود. همچنین دیگر نتایج جدول ۷ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی‌دار تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(19/10)$ ، پیگیری ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $(18/20)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=1/000$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود.

همچنین برای آزمون اهداف مطالعه، از یک طرح تحلیل واریانس درون گروهی (گروه آموزش هوش معنوی) با اندازه‌گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) برای مشخص نمودن تاثیر آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد. با توجه به آماره آزمون کرویت موخلی ($0/315$) نارضایتی از ظاهر خود، $P=0/706$ ، تداخل نگرانی درباره ظاهر $P=0/595$ (تصویر بدنی P)، به ترتیب شاخص‌های (F) مربوط به آزمون فرض کرویت گزارش شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه‌گیری (جدول ۸) نشان داد که آموزش هوش معنوی بر نارضایتی از ظاهر خود ($F=17/08$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/655$)، تداخل نگرانی

جدول ۹- یافته‌های مربوط به آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون گروهی تصویر بدنی در گروه آموزش هوش معنوی

عامل	مرحله (I)	مرحله (J)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
نارضایتی از ظاهر خود	پیش آزمون	پس آزمون	10/20	1/38	001/0*
	پیش آزمون	پیگیری	7/90	2/19	0/017*
	پس آزمون	پیگیری	-2/30	1/81	0/710
تداخل نگرانی درباره ظاهر	پیش آزمون	پس آزمون	6/80	1/12	001/0*
	پیش آزمون	پیگیری	6/90	1/09	001/0*
	پس آزمون	پیگیری	0/10	0/87	1/000
تصویر بدنی	پیش آزمون	پس آزمون	17/00	1/86	001/0*
	پیش آزمون	پیگیری	14/80	2/53	001/0*
	پس آزمون	پیگیری	-2/20	2/18	000/1

اختلاف میانگین $(14/80)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری $(P=1/000)$ تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تصویربندی کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بلوکی در جدول ۱۰ نشان می‌دهد اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان و اثر متقابل گروه و زمان بر تصویربندی تأثیر معنی داری دارد $(p < 0/05)$. این نتایج نشان می‌دهد تفاوت معنی داری بین گروه‌ها، مراحل آزمون و بین مراحل مختلف آزمون در گروه‌ها در کارکرد اجرایی حافظه کاری وجود دارد. در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس (۳ گروه) با اندازه‌گیری تکراری (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری) به بررسی هر یک از متغیرهای کارکردهای اجرایی حافظه کاری پرداخته شد. پیش فرض اول این آزمون برابری ماتریس کواریانس می‌باشد. با توجه به عدم سطح معنی داری آزمون باکس $(0/971 = \text{نارضاایتی از ظاهر خود } P)$ ، $0/792 = \text{تداخل نگرانی درباره ظاهر } P$ ، $0/554 = \text{تصویربندی } P$ ماتریس کواریانس داده‌ها برابر می‌باشد. پیش فرض دوم این آزمون اصل تقارن مرکب می‌باشد. برای برقراری این اصل از آزمون کرویت

موخلی استفاده گردید. با توجه به عدم معنی دار بودن آزمون کرویت موخلی $(0/360 = \text{نارضاایتی از ظاهر خود } P)$ ، $0/061 = \text{تداخل نگرانی درباره ظاهر } P$ ، $0/304 = \text{تصویربندی } P$ ، شاخص‌های (F) مربوط به اثر فرض کرویت گزارش شد. علاوه بر این پیش از بررسی اثرات بین گروهی، برای برابری واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که آزمون F برای هیچ یک از عامل‌های درون گروهی معنی دار نیست $(0/737 = \text{پیش آزمون } P)$ ، $0/709 = \text{پس آزمون } P$ ، $0/809 = \text{پیگیری } P$ و این نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه‌های متغیر مستقل برقرار است.

همانطور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌گردد، یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری نشان داد که اثر تعاملی (زمان اندازه‌گیری با گروه) متغیر نارضاایتی از ظاهر خود $(\eta^2 = 0/279)$ ، $(F_{(4,54)} = 5/22, sig = 0/001)$ ، تداخل نگرانی درباره ظاهر $(\eta^2 = 0/505)$ ، $(F_{(4,54)} = 13/76, sig = 0/001)$ و تصویربندی $(\eta^2 = 0/553)$ ، $(F_{(4,54)} = 16/68, sig = 0/001)$ معنادار است.

چون اثر تعاملی معنادار است ابتدا اثر درون گروهی بررسی خواهد گردید. برای بررسی تفاوت‌های بین

جدول ۱۰- یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیره بلوکی برای تصویربندی

مؤلفه	ارزش لامبدای ویلکز	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
مراحل اندازه‌گیری	۰/۲۰	۵۰/۵۲	۲	۲۶	۰۰۱/۰	۰/۷۹۵
گروه	۰/۱۰	۱۷/۵۳	۲	۵۰	۰۰۱/۰	۰/۶۷۸
مراحل اندازه‌گیری × گروه	۰/۷۱	۷/۴۴	۴	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵

جدول ۱۱- یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری برای تصویربندی

متغیر	مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
نارضاایتی از ظاهر خود	مراحل اندازه‌گیری	۸۹۰/۰۶	۲	۴۴۵/۰۳	۳۲/۳۱	۰۰۱/۰	۰/۵۴۵
	گروه	۱۴۹۹/۲۶	۲	۷۴۹/۶۳	۵۱/۱۸	۰۰۱/۰	۰/۷۹۱
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۲۸۷/۶۶	۴	۷۱/۹۱	۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۹
تداخل نگرانی درباره ظاهر	مراحل اندازه‌گیری	۴۶۷/۴۸	۲	۲۳۳/۷۴	۲۶/۹۱	۰۰۱/۰	۰/۴۹۹
	گروه	۴۵۴/۴۲	۲	۲۲۷/۲۱	۲۱/۹۹	۰۰۱/۰	۰/۶۲۰
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۴۷۸/۲۴	۴	۱۱۹/۵۶	۱۳/۷۶	۰۰۱/۰	۰/۵۰۵
تصویربندی	مراحل اندازه‌گیری	۲۵۴۸/۳۵	۲	۱۲۷۴/۱۷	۵۷/۰۵	۰۰۱/۰	۰/۶۷۹
	گروه	۳۶۰۲/۹۵	۲	۱۸۰۱/۴۷	۸۵/۴۸	۰۰۱/۰	۰/۸۶۴
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۱۴۹۰/۳۱	۴	۳۷۲/۵۷	۱۶/۶۸	۰۰۱/۰	۰/۵۵۳

مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد. همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس از آزمون بین گروه‌ها در تداخل نگرانی درباره ظاهر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=36/71$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/732$) = توکی نشان داد که در مرحله پس از آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $8/70$ و $8/40$ از لحاظ آماری تداخل نگرانی درباره ظاهر پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$). اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$). بنابراین در مرحله پس از آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲ حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در تداخل نگرانی درباره ظاهر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=20/41$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/602$) = توکی نشان داد که در مرحله پس از آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $8/40$ و $7/00$ از لحاظ آماری تداخل نگرانی درباره ظاهر پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$). اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$).

گروهی از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده گردید. همانطور که در جدول ۱۲ مشاهده می‌گردد در مرحله پس از آزمون بین گروه‌ها در نارضایتی از ظاهر خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=33/99$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/716$) = توکی نشان داد که در مرحله پس از آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $12/20$ و $11/80$ از لحاظ آماری نارضایتی از ظاهر خود پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$). اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$). بنابراین در مرحله پس از آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲ حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در نارضایتی از ظاهر خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=23/45$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/635$) = توکی نشان داد که در مرحله پس از آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $10/90$ و $10/30$ از لحاظ آماری نارضایتی از ظاهر خود پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$). اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$). بنابراین در

جدول ۱۲- یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس بین گروهی در متغیرهای تصویر بدنی طی هر یک از مراحل اندازه‌گیری

متغیر	مراحل اندازه‌گیری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
نارضایتی از ظاهر خود	پیش آزمون	۷۵/۲۶	۲	۳۷/۶۳	۳/۱۲	۰/۰۶۰	۰/۱۸۸
	پس آزمون	۹۶۰/۸۰	۲	۴۸۰/۴۰	۳۳/۹۹	۰۰/۱۰	۰/۷۱۶
پیگیری		۷۵۰/۸۶	۲	۳۷۵/۴۳	۲۳/۴۵	۰۰/۱۰	۰/۶۳۵
تداخل نگرانی	پیش آزمون	۳۹/۸۰	۲	۱۹/۹۰	۱/۷۸	۰/۱۸۷	۰/۱۱۷
درباره ظاهر	پس آزمون	۴۸۷/۸۰	۲	۲۴۳/۹۰	۳۶/۸۱	۰۰/۱۰	۰/۷۳۲
پیگیری		۴۰۵/۰۶	۲	۲۰۲/۵۳	۲۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
تصویر بدنی	پیش آزمون	۲۲/۸۶	۲	۱۱/۴۳	۰/۴۶	۰/۶۳۵	۰/۰۳۳
	پس آزمون	۲۸۱۷/۸۰	۲	۱۴۰۸/۹۰	۷۳/۰۱	۰۰/۱۰	۰/۸۴۴
پیگیری		۲۲۵۲/۶۰	۲	۱۱۲۶/۳۰	۵۱/۹۴	۰۰/۱۰	۰/۷۹۴

بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد. همانطور که در جدول ۱۲ مشاهده می‌گردد در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌ها در ترس از تصویربندی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=73/01$ ، $\text{sig}=0/001$ ، $\eta^2=0/844$)، نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $20/90$ و $20/20$ از لحاظ آماری ترس از تصویربندی پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$)، اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$)، بنابراین در مرحله پس‌آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲ حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در ترس از تصویربندی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=51/94$ ، $\text{sig}=0/001$ ، $\eta^2=0/794$)، نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $19/30$ و $17/30$ از لحاظ آماری ترس از تصویربندی پایین‌تری داشته‌اند ($p<0/05$)، اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p>0/05$)، بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر تصویربندی کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد که این نتیجه با مطالعات پیشین همسو است (۱۹-۲۵). فوگلکویست و همکاران (Fogelkvist, et al) (۲۶) نیز همسو با این یافته نشان دادند در افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و تصویربندی تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و تصویربندی در افراد گروه آزمایش بهبود نشان دادند. در

تبیین این یافته می‌توان گفت در پذیرش-تعهد درمانی از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها (نسبت به وضعیت جسمی و تصویر از بدن) استفاده می‌شود. بدین صورت که با اجازه دادن به آمد و رفت افکار و ادراکات مربوط به تصویربندی بدون اینکه با آنها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا سازند (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود، به طوریکه فرد دارای تصویربندی منفی به ارزش‌های شناسایی شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمانی خود آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس شناختی و هیجانی می‌تواند بر بهبود تصویربندی خود تأثیر بگذارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش هوش معنوی بر تصویربندی کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد که این نتیجه با مطالعات پیشین همسو است (۲۷ و ۲۸). مطالعه مروری که در سال ۲۰۱۵ در مورد ۲۲ پژوهش در زمینه نقش مذهب و معنویت بر نگرانی از تصویربندی انجام گرفت نیز تاییدکننده وجود این ارتباط می‌باشد (۲۹). برخورداری از هوش معنوی و باورهای دینی به فرد کمک می‌کند که هرچه بهتر و بیشتر به زندگی خود معنا بخشیده و به خوبی هرچه تمام‌تر با نگرانی‌ها و مسائل زندگی روبرو شده و در جهت تغییر وضع موجود و یا پذیرش و سپس تلاش مجدد برای بهبود تحمل و تلاش نشان دهد. دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از ظاهر خود، توانایی‌های خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد که نگرانی او از تصویربندی را

کاهش می‌دهد. کاراداماس (Karademas) (۳۰) معتقد است که مذهب باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود و افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند و تحمل و تاب آوری نشان می‌دهند (۲۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به نظر می‌رسد هوش معنوی علاوه بر انعطاف‌پذیری سبب افزایش خودآگاهی و نگاه عمیق‌تر به زندگی می‌گردد؛ در نتیجه افراد اهدافی فراتر از دنیای مادی را برای خود در نظر می‌گیرند که موجب کاهش عدم رضایت فرد و نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. این مهم می‌تواند به کودکان مبتلا به سرطان کمک کند تا با افزایش هوش معنوی خود بتوانند نارضایتی از تصویر بدنی خویش را کاهش دهند و به جای تمرکز بر ابعاد جسمانی و تصویر بدنی به سایر جنبه‌های متعالی وجود خود توجه نمایند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه تالی هیمان (۳۱) همسو است. تالی هیمان (۳۱) در پژوهش خود با عنوان مقایسه آموزش هوش معنوی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان مبتلا به سرطان انجام داده بود، نتیجه گرفت که آموزش هوش معنوی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب آوری و افزایش سلامت روان این کودکان موثر است. اما پژوهشی که به مقایسه این دو رویکرد درمانی پرداخته، یافت نشد. در تبیین این یافته پژوهش باید گفت، از عوامل اصلی که باعث تصویر بدنی نامناسب می‌شود، بیماری‌های چالش برانگیزی مانند سرطان است که به عنوان معضل عمده سلامتی و تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی به شمار می‌آید. این پدیده‌ها نیازمند به درمانی مؤثر است و درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد با اثرگذاری بر کیفیت زندگی در کاهش اثرات بیماری موثر است. این روش درمانی از طریق تمرکز حواس، پذیرش و گسلش عاطفی (فرار از بند پیوندهای عاطفی حل نشده) برای رساندن افراد به انعطاف‌پذیری روانشناختی، تلاش می‌کند تا با آگاهی از فرایندهای

شناختی و واکنشهای عاطفی و ارزش‌هایی که افراد را در رابطه نگه میدارد، بتوانند متعهدانه عمل کنند (۳۲). در جمع‌بندی کلی میتوان گفت، این پژوهش به بیماران مبتلا به سرطان کمک کرد تا متوجه شوند در شرایط و موقعیتهایی که احساس می‌کنند کنترلی بر آنها ندارند، از توانمندی کافی برای کنترل این شرایط برخوردار هستند (۳۳). بیماران با تمرین و به کار بردن استعاره‌ها و آموزشهای جلسات درمان، متوجه شدند آنچه جدی تلقی کرده‌اند تنها کلمات هستند و هیچ واقعیتی را بیان نمیکنند (۳۴). علاوه بر آنچه گفته شد، تأکید فراوان درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد به توجه افراد به درون و تجربه‌های درونی، به منظور کمک به آنان است تا افکاری که پیوسته آنها را آزار می‌دهند، تنها به عنوان یک فکر تجربه شوند؛ همچنین آنها به تدریج پی ببرند برنامه‌ای که در پیش گرفته‌اند کارایی چندانی ندارد و به جای پرداختن و پیروی از آن بهتر است به اموری در زندگی بپردازند که همسو با ارزش‌های آنها باشد. در این مرحله است که بیمار خود را به جای زمینه جایگزین می‌کند تا بتواند رویدادهای درونی آزاردهنده را اکنون و اینجا تجربه نماید؛ همچنین بتواند به راحتی بین خود و عکس‌العمل‌ها، خاطره‌ها و این افکار آزاردهنده مخرب، مرز و فاصله‌ای قائل شود و بفهمد که آنها جزئی از خود نیستند. آنگاه با تقویت خود مشاهده‌گر از چیزی که به عنوان خود، مفهوم‌سازی کرده‌اند هرچه بیشتر دور شوند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که به جای فاصله گرفتن از احساساتشان، آنها را بپذیرند.

در زمینه اثرگذاری معنویت درمانی نیز این پژوهش با یافته‌های تحقیق پورعلی و همکاران نیز همسوست. پژوهش آنها مشخص کرد، توسل به دین و معنویت، با هدف کنار آمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و سایر بیماریهای خاص که تهدیدکننده زندگی افراد است، اثرگذاری دارد (۳۵)؛ به طور کلی در تبیین تأثیر معنویت درمانی بر تصویر بدنی مناسب گفته می‌شود که این شیوه درمان با کاهش احساس گناه، اضطراب، خشم، ناامیدی و افزایش آرامش درونی و ایجاد امیدواری، مشکلات بیماران مبتلا به سرطان را کاهش می‌دهد (۳۶). همچنین یافته پژوهش حاضر با مطالعه لطفی کاشانی و همکاران همسوست. آنها دریافتند که

سرطان بود که شرایط جسمی و روحی آنها را تحت تاثیر قرار می‌داد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم همکاری و هماهنگی پرسنل برخی بیمارستانها بود که زمانبندی و اجرای جلسات را با مشکل مواجه می‌نمود.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بین جلسات استراحت لازم انجام شود و جلسات در زمان‌های کوتاه‌تری انجام گیرد. پیشنهاد میشود اقدامات لازم در جهت همکاری بیشتر و بهتر پرسنل در پژوهش‌های آتی انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، روان‌درمانی و بیمارستانها به استفاده از درمان‌های گروهی و دردسترس و ارزانی همچون درمان‌های موج سوم به منظور بهبود هرچه بیشتر عملکردهای روانی بیماران مبتلا به سرطان اقدام نمایند. از این رو می‌توان رویکرد پذیرش-تعهد و هوش معنوی را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روانشناختی ناشی از آن به کار برد.

References

1. Ganz PA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol*. 2018;21(21):4027-4033.
2. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. [Effect of Coping Skills Training on Quality of Life among Parents of Children with Leukemia]. *Journal of Hayat*. 2014;19(4):15-25. (Persian)
3. Dukas G. Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speech Difficulties. *Int J Play Therapy*. 2015;14:81-102.
4. Jolly M, Pickard AS, Mikolaitis RA, Cornejo J, Sequeira W, Cash TF, et al. Body image in patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Behav Med*. 2019;19(2):157-64.
5. Basak nejad, Ghafari M. [Relationship between body dysmorphic concern psychological disorders and among university students]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2008;1(2):179-187. (Persian)
6. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *J Breast Health*. 2016;12(4):145-50.
7. Etamadi A. [Faith and spirituality in counseling and psychotherapy]. *New Psychotherapy Quarterly*. 2005;10:146-131. (Persian)
8. Roemer L, Orsillo SM. An Open trial of an

معنویت به بیمار کمک میکند تا ارزیابی شناختی متفاوتی داشته باشد و این ارزیابی باورهای او را تحت تأثیر قرار میدهد؛ به عبارتی بیمار در سایه معنویت این توانایی را دارد که ارزیابی بهتری از رخدادهای منفی داشته باشد و آنها را دگرگونه ارزش گذاری کند و احساس کند شرایط را در کنترل دارد؛ این احساس کنترل موجب می‌شود (۳۷) افراد در پذیرش و کنار آمدن با شرایط سخت راحت‌تر باشند و فکر نکنند که مقهور شده‌اند و کاری از آنها ساخته نیست. نتیجه این باور، ارتقای سلامت روانشناختی را در پی دارد. از طرفی معنویت درمانی به بیمار مبتلا به سرطان کمک میکند با استفاده از منابع دینی و معنوی بهتر بتواند با بیماری کنار بیاید (۳۸) همچنین با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خدا با علائم کاهش نگرانی از تصویر بدنی خود مقابله کند تا از سلامت معنوی که فاکتوری معنادار در زندگی است، برخوردار باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش به نظر می‌رسد که در درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد، فرد دارای تصویر بدنی منفی به ارزش‌های شناسایی شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمانی خود آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس شناختی و هیجانی می‌تواند بر بهبود تصویر بدنی خود تأثیر بگذارد. همچنین در آموزش هوش معنوی، این نوع درمان علاوه بر انعطاف‌پذیری سبب افزایش خودآگاهی و نگاه عمیق‌تر به زندگی می‌گردد؛ در نتیجه افراد اهدافی فراتر از دنیای مادی را برای خود در نظر می‌گیرند که موجب کاهش عدم رضایت فرد و نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. این مهم میتواند به کودکان مبتلا به سرطان کمک کند تا با افزایش هوش معنوی خود بتوانند نارضایتی از تصویر بدنی خویش را کاهش دهند و به جای تمرکز بر ابعاد جسمانی و تصویر بدنی به سایر جنبه‌های متعالی وجود خود توجه نمایند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و هوش معنوی در کاهش علائم روانی ناشی از سرطان در کودکان مبتلا موثر است.

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر مشکلات مربوط به کارهای درمانی کودکان مبتلا به

acceptance – based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *J Behav Ther.* 2019.

9. Moaazeddian P, Purabrahiki M, Bagheri M. [Spiritual intelligence, parenting styles. With self-harm and other abuse]. The second national student conference on counseling psychology and religion. 2019. (Persian)

10. Sisk DA. Spiritual intelligence: Developing higher consciousness revisited. *Gifted Education International.* 2016;32(3):194-208.

11. Zohar D, Marshall I. SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence. London: Blooms bury. 2017.

12. Daaleman TP, Perera S, Studensk SA. [Religion, Spirituality and Health Status in Geriatric Outpatients]. *Ann Fam Med.* 2004;2(1):49-53.

13. De Houwer J, BarnesHolmes Y, BarnesHolmes D. Riding the waves: A functional cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *Int J Psychol.* 2016;51(1):40-44.

14. Hayes S, Strosahl KD, Wilson K. Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change. The Guilford Press. 2012.

15. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):198.

16. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cogn Behav Pract.* 2019;17(4):371-381.

17. Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *J Context Behav Sci.* 2014;3(4):217-227.

18. Littleton HL, Axsom D, Pury CLS. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther.* 2005;43(2):229-241.

19. Rashidi Zafar M, Bashardost tajali F, Sharifi N. [Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and cognitive behavioral therapy on body image concerns of overweight women]. *J Appl Fam Ther.* 2023;4(1):340-355. (Persian)

20. Mohammadzadeh S, Khalatbari J, Ahadi H, Hatami HR. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress, Body Image and Quality of Life in women with breast cancer]. *Journal of Social Psychology.* 2021;57:87-100. (Persian)

21. Ghafari Jahed Z, Amini N, Deyreh E,

Mirzaei K. [The effectiveness of commitment and admission approach on irrational belief and physical image in patients suffering from irritable bowel syndrome]. *Journal of Social Psychology.* 2021;59:1-13. (Persian)

22. AghUsefi A, Ostadian Khani Z, Fadaie Moghadam M. [The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Body Image and Social Phobia in People with Physical Disabilities]. *MEJDS.* 2017;7:38-38. (Persian)

23. Ariapooran S, Abbasi Sh, Karimi J. [The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Social Anxiety and Body Image in Women with Obesity]. *Psychological Achievements.* 2019;26(2):137-158. (Persian)

24. Cash TF, Grant JR. The Cognitive-behavioral treatment of body-image disturbances. In Van Hasselt & M. Hersen (Eds), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adults* (pp. 567-614). New. Yourk; Plenum Press. 2019.

25. Cash TF, Strachan MD. Cognitive behavioral approaches to changing body image. In T.F.Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *body image: A handbook of theory, research, and clinical practice.* NY: Guilford Press. 2019.

26. Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. [Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial]. *Body Image.* 2020;32:155-166.

27. Sarabian S, Hosseini S, Hashemi BM. [The effectiveness of spiritual intelligence training on stigma and human dignity in cancer patients], master's thesis, Payam Noor University, Gonabad. 2017. (Persian)

28. Marashian F. [The Role of Spiritual Intelligence and Resilience in Prediction of Body Image Concern and Self-efficacy in physical Educaton female Students]. *Women and Culture.* 2015;7(23):73-89. (Persian)

29. Akrawi D, Bartrop R, Potter U, Touyz S. Religiosity, spirituality in relation to disordered eating and body image concerns: A systematic review. *J Eat Disord.* 2015;3(1):1-24.

30. Karademas EC. Illness Cognitions as a Pathway Between Religiosity and Subjective Health in Chronic Cardiac Patients. *J Health Psychol.* 2010;15(2): 239-247.

31. Tali H. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. 2018.

32. Azizi S, Rasool Zade Tabatabaie K, Janbozorgi M. [Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on

Depression Taking into Account the Level of Psycho-Spiritual Development (Case Study)]. *Clinical Psychology Studies*,. 2019;9(35):147-172. (Persian)

33. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SMR. [Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer]. *medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018;61(4):1122-1136. (Persian)

34. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Counsel Psychol*. 2012;40(7):976-1002.

35. Taghizadeh A, Pourali L, Vaziri Z, Saedi HR, Behdani F, Amel R. [Psychological Distress in Cancer Patients]. *Mid East J Cancer*. 2018;9(2):143-149. (Persian)

36. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi Sh, Gholizadeh B. [Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients]. *Nursing of the Vulnerables*. 2016;2(5):40-51. (Persian).

37. Kashani FL, Vaziri S, Esmail Akbari M, Jamshidifar Z, Mousavi M, Shirvani F. [Spiritual interventions and distress in mothers of children with cancer]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;159:224-7. (Persian)

38. Bowalhari J, Dos Alivand H, Mirzaei M. [Spiritual approach in medical education and humanities]. *Journal of Medical Ethics - Scientific Research*. 2012;6(20):101-125. (Persian).