

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تاب آوری 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 در دسترس 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 تاب آوری کارنر- دیویدسون (۲۰۰۳) 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 آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه گیری پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) و تحلیل واریانس چندمتغیری بلوکی (بر روی نرم افزار spss-23 استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد و بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود ندارد. با توجه به تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی، پیشنهاد می شود از این دو درمان برای کاهش مشکلات کودکان مبتلا به سرطان استفاده گردد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد، آموزش هوش معنوی، تاب آوری، سرطان

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

عسل پورزمانی^۱

محمد قمری^{۲*}

سیمین حسینیان^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ استاد تمام، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

Email: counselor_ghamari@yahoo.com

مقدمه

بروز بیماری‌های مزمن در کودکان علاوه بر عوارض جانبی منفی ناشی از خود بیماری و درمان‌های آن پیامدهای طولانی مدت را در پی دارد طوری که حتی بعد از پایان درمان نیز عملکرد عاطفی و روانی کودک، متأثر از اتفاقات دوران بیماری است، عدم کنترل این عوارض سبب تشدید اثرات منفی بر تاب آوری^۱ این بیماران شده و ممکن است هر نوع مزیت افزایش بقا را تحت پوشش منفی قرار دهد و این حسن بزرگ را خنثی نماید (فداکار، تبری، رحیمی و کاظم نژاد، ۱۳۹۹). امروزه سرطان^۲ یکی از مهم ترین 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 آمریکا^۳ (گانز^۳، ۲۰۱۸) و سومین علت مرگ در ایران است (برمن و والکر^۴، ۲۰۱۹). 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؛ سرطان دومین عامل مرگ و میر در کودکان ۱-۱۴ ساله است. همچنین آسیب به بیماران مبتلا به سرطان در دو بعد خلاصه می‌شود: ۱- بعد جسمی ۲- 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 کننده تر از ماهیت جسمی بیماری است (خنجری، نعیمه و برجی، ۱۳۹۸). این که نشانه‌های آسیب روانی در بین کودکان مبتلا به سرطان زیاد باشد عجیب نیست. 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 (دوکاس^۵، ۲۰۱۵). یکی از عوامل مهمی که در رویارویی با شرایط سخت و دشوار و وقایع استرس‌زا، می‌تواند تأثیر مثبتی بر شیوه پاسخ‌دهی افراد داشته باشد، تاب آوری است. تاب آوری را به صورت «سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار» تعریف کرده‌اند. تاب آوری تنها طی پاسخ فرد به موقعیت‌های سخت و مشکل آشکار می‌شود که شامل رویدادهای استرس‌زای زندگی یا موقعیت‌های استرس‌زای مداوم است (ماستن^۶، ۲۰۱۶). تاب آوری به عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است (بلاک^۷، ۲۰۱۵). ورنر^۸ (۲۰۱۶) تاب آوری را "ساز و کار ذاتی خود اصلاح‌گری انسان" می‌دانند. افزون بر آن به باور ورنر (۲۰۱۶) تاب آوری، صرف نظر از خطرات تهدید کننده، عاملی بالقوه در همه افراد برای تغییر است. بلاک (۲۰۱۵) بر این باور است که تاب آوری، توانایی سازگاری سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. افراد تاب آور دارای رفتارهای خودشکانه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط استرس‌زا را دارند (لتزینگ، بلاک و فوندر^۹، ۲۰۱۵). تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. در نتیجه این انعطاف‌پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالای تاب آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و سطح بالاتری از اعتماد به نفس را دارند و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روانشناختی بیشتری دارند (بلاک، ۲۰۱۵). با توجه به حجم و شدت تخریبی که سرطان در ابعاد جسمی و روانشناختی

6- Masten

7- Block

8- Werner,

9- Lee, Block, Fonder

1- Resilience

2- Cancer

3- Ganz

4- bermen

5- dukas

مبتلایان رقم می‌زند غفلت از شیوه روان درمانی مناسب می‌تواند بر انبوه مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان بیفزاید و در این راستا تاکنون درمان‌های زیادی بر بهبود تاب آوری متمرکز بوده‌اند، از جمله راهبردهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند در افزایش استحکام روانی و تاب‌آوری کودکان مبتلا به سرطان نقش داشته باشد، آموزش هوش معنوی^۱ و درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد (ACT)^۲ است. 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 (اعتمادی، ۱۳۹۴). 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 نپذیرفته است. با این حال، اخیراً این موضوع نظر بسیاری از صاحب‌نظران و محققان را به خود جلب کرده است. آموزش هوش معنوی و معنویت در کاهش نگرانی ناشی از تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان و افراد دیگر نقش بسزایی دارد (رومر و اورسیلو،^۳ ۲۰۱۹). در مجموع افرادی که از هوش معنوی بالایی برخوردارند، دارای اختلال‌های روانی کمتری هستند، سازگارترند (معاضدیان، پوراابراهیمی و باقری، ۱۳۹۹).

پژوهشگران دریافته‌اند 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 (سیسک،^۴ ۲۰۱۶). هوش معنوی، شامل آگاهی از رابطه با موجود متعالی، افراد دیگر، زمین و همه موجودات، حس معنی و داشتن ماموریت 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 معنوی را به کار می‌گیرند که بخواهند از ظرفیت‌ها و منابع معنوی خود برای تصمیم‌گیری‌های مهم وجودی و مساله‌گشایانه استفاده کنند (زوه‌ر و مارشال،^۵ ۲۰۱۷). 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 توانمند از آگاهی و معنا در زندگی می‌شود. به همین دلیل است که کاربرد آگاهانه هوش معنوی در زندگی، موجب افزایش رابطه فرد با خویش، دیگران و جهان بزرگتر می‌شود (دالمن،^۶ ۲۰۱۴). همچنین یکی دیگر از مداخلاتی که به آن اشاره شد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. این درمان توسط هیز^۷ در سال ۱۹۸۷ مطرح شد و از کار تجربی درباره نفوذ زبان بر رفتار تکامل یافته است و مبتنی بر چارچوب رابطه‌های ذهنی است (دی‌هاور، بارن هولمز،^۸ ۲۰۱۶). هدف روش پذیرش-تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق تمرکز حواس، پذیرش و تغییر رفتار است (هیز، استروسال و ویلسون،^۹ ۲۰۱۳). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی، فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (توماس، شاوریر، کاستل، کولپو، هیز و فرمال،^{۱۰} ۲۰۱۴). تاکید بر پذیرش و ارزش‌ها و زندگی کردن بر اساس ارزش‌های پذیرفته شده، این نوع درمان را تبدیل به درمانی کرده است که به طور ایده‌آلی مناسب برای مبتلایان به سرطان شمار می‌رود (کارکلا و کاستنشوا،^{۱۱} ۲۰۱۹). در این راستا بر اساس مطالعات متعدد اثربخشی این نوع از درمان برای کاهش مشکلات و اختلالات

7- Hayes

8- De Houwer & BarnesHolmes

9- Hayes. Strosahl. Wilson

10- Thomas, Shawyer, Castle, Copolov, Hayes, & Farhall

11- Karekla & Constantinou

1- Spiritual intelligence

2- Acceptance and Commitment Therapy

3- Roemer, Orsillo

4- Sisk

5- Zohar, Marshall

6- Daaleman

روانشناختی بیماران سرطانی، در سطح جهانی ثابت شده است (هان و مک کراکن، ۲۰۱۴).

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 تاب‌آوری 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 درصدد پاسخ دادن به این سوال خواهد بود که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تاب‌آوری کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجراییه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری ۱ ماهه می‌باشد. 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. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه تاب‌آوری کارنر- دیویدسون (۲۰۰۳) بود. این پرسشنامه از نوع مداد کاغذی و خودگزارشی است و یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه ای لیکرت از صفر تا ۴ می‌سنجد. حداقل

نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده‌اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۵ عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غریز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن، مهار، معنویت) را براساس مقیاس تاب‌آوری تایید کرده است؛ پایایی و روایی خرده مقیاس‌ها هنوز بطور قطع تایید نشده‌اند، درحال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کارنر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۹۶). همچنین مشعل پور (۱۳۹۹) از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روانشناسی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ نشان داد که این سازه از اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است.

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 هفته ای ۱۵۰ نفر کودک بستری می‌شدند به خانواده های 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 آزمودنی ها 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، دوجلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی هوش معنوی) قرار گرفتند.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان ACT (هین، 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 گسلش شناختی. در این جلسه به کودکان یاد داده شد که خود را جدای از تنشها 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 تکلیف 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 هدفهایکودکان، 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

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

نتایج

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

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		
سن (سال)	۱۰/۹۰	۱/۱۹	۱۰/۴۰	۰/۸۴	۱/۲۲	۰/۵۷۰
سابقه اختلال (ماه)	۱۳/۸۰	۵/۰۱	۱۶/۱۰	۴/۹۹	۵/۲۲	۰/۴۴۵

همان‌طور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود با توجه به عدم تفاوت معنی‌دار در هر یک از متغیرها ($p > ۰/۰۵$)، سه گروه در این متغیرها همگن هستند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری (شایستگی، اعتماد به‌غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار، معنویت) در گروه‌های مختلف طی مراحل مختلف آزمون

تاب‌آوری	گروه‌ها	مراحل آزمایش		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شایستگی	درمان پذیرش-تعهد	۱۱/۸۰ ± ۲/۹۳	۱۷/۹۰ ± ۳/۲۱	۱۶/۴۰ ± ۴/۷۴
	آموزش هوش معنوی	۱۱/۵۰ ± ۲/۴۱	۱۶/۸۰ ± ۴/۸۰	۱۷/۸۰ ± ۲/۸۲
	کنترل	۱۰/۷۰ ± ۲/۲۶	۱۱/۳۰ ± ۱/۹۴	۱۱/۵۰ ± ۳/۲۰
غرایز شخصی	درمان پذیرش-تعهد	۱۰/۶۰ ± ۵/۳۱	۱۳/۶۰ ± ۳/۴۳	۱۴/۸۰ ± ۱/۴۷
	آموزش هوش معنوی	۱۱/۱۰ ± ۲/۸۸	۱۳/۵۰ ± ۳/۴۳	۱۳/۶۰ ± ۳/۴۷
	کنترل	۱۰/۵۰ ± ۲/۴۶	۹/۵۰ ± ۲/۹۹	۱۰/۱۰ ± ۲/۶۰
تحمل عواطف منفی	درمان پذیرش-تعهد	۶/۹۰ ± ۲/۰۲	۱۱/۵۰ ± ۲/۲۷	۱۱/۳۰ ± ۳/۸۸
	آموزش هوش معنوی	۷/۶۰ ± ۳/۳۳	۱۱/۸۰ ± ۳/۳۹	۱۰/۶۰ ± ۲/۱۷
	کنترل	۸/۱۰ ± ۱/۴۴	۷/۹۰ ± ۱/۶۶	۸/۱۰ ± ۱/۷۲
مهار	درمان پذیرش-تعهد	۴/۰۰ ± ۲/۰۵	۷/۵۰ ± ۲/۵۴	۷/۱۰ ± ۱/۸۵
	آموزش هوش معنوی	۳/۳۰ ± ۱/۷۶	۷/۳۰ ± ۲/۸۶	۷/۳۰ ± ۱/۷۶
	کنترل	۴/۱۰ ± ۱/۹۱	۳/۶۰ ± ۱/۹۵	۴/۳۰ ± ۱/۰۵
معنویت	درمان پذیرش-تعهد	۲/۹۰ ± ۱/۹۱	۷/۳۰ ± ۲/۶۸	۶/۸۰ ± ۲/۲۵
	آموزش هوش معنوی	۳/۰۰ ± ۱/۶۹	۷/۰۰ ± ۳/۵۲	۶/۵۰ ± ۲/۴۶
	کنترل	۳/۱۰ ± ۱/۷۹	۳/۴۰ ± ۲/۲۷	۳/۳۰ ± ۱/۰۵
تاب‌آوری	درمان پذیرش-تعهد	۳۶/۲۰ ± ۵/۵۱	۵۷/۸۰ ± ۴/۳۹	۵۶/۴۰ ± ۵/۳۱
	آموزش هوش معنوی	۳۶/۵۰ ± ۵/۴۰	۵۶/۴۰ ± ۷/۷۶	۵۵/۸۰ ± ۶/۰۶
	کنترل	۳۶/۵۰ ± ۴/۶۹	۳۵/۷۰ ± ۶/۱۲	۳۷/۳۰ ± ۵/۵۳

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار مربوط به تاب آوری (شایستگی، اعتماد به گرایش شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار، معنویت) ارائه شده است.

جدول ۵. سطح معنی داری آزمون شاپیرو ویلک برای متغیرهای تحقیق

متغیر	مرحله	درمان پذیرش-تعهد	آموزش هوش معنوی	کنترل
شایستگی	پیش آزمون	۰/۱۲۰	۰/۴۸۳	۰/۱۰۷
	پس آزمون	۰/۹۰۸	۰/۳۰۱	۰/۵۰۰
	پیگیری	۰/۷۳۷	۰/۷۳۲	۰/۳۷۳
غرایز شخصی	پیش آزمون	۰/۳۹۸	۰/۴۱۹	۰/۳۸۳
	پس آزمون	۰/۸۲۳	۰/۷۴۷	۰/۷۶۷
	پیگیری	۰/۲۲۵	۰/۶۶۳	۰/۳۸۹
تحمل عواطف منفی	پیش آزمون	۰/۰۸۵	۰/۵۶۸	۰/۳۳۰
	پس آزمون	۰/۳۷۸	۰/۲۹۰	۰/۰۹۷
	پیگیری	۰/۵۲۴	۰/۹۲۶	۰/۰۵۱
مهار	پیش آزمون	۰/۳۰۹	۰/۱۳۰	۰/۰۷۶
	پس آزمون	۰/۶۶۰	۰/۹۵۹	۰/۵۵۵
	پیگیری	۰/۱۳۴	۰/۱۰۶	۰/۰۹۵
معنویت	پیش آزمون	۰/۱۹۰	۰/۷۱۷	۰/۲۴۶
	پس آزمون	۰/۳۹۳	۰/۸۹۰	۰/۰۵۵
	پیگیری	۰/۱۹۹	۰/۳۵۸	۰/۱۱۱
تاب آوری	پیش آزمون	۰/۲۳۳	۰/۹۹۰	۰/۱۳۷
	پس آزمون	۰/۱۲۴	۰/۷۹۳	۰/۶۲۲
	پیگیری	۰/۱۹۵	۰/۹۷۵	۰/۵۳۵

تکراری روی عامل مراحل اندازه گیری (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) برای مشخص نمودن تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد. با توجه به آماره آزمون کرویت موخلی (۰/۷۳۷=شایستگی P، ۰/۱۳۴=غرایز شخصی P، ۰/۰۹۰=تحمل عواطف منفی P، ۰/۳۹۲=مهار P، ۰/۷۳۳=معنویت P، ۰/۴۴۱=تاب آوری P)، به ترتیب شاخص های (F) مربوط به آزمون فرض کرویت گزارش شد.

همانطور که در جدول ۵- مشاهده می شود سطح معنی داری هر یک از متغیرها در هر یک از مراحل اندازه گیری بالاتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین توزیع داده ها طبیعی می باشد. برای آزمون این فرضیه از یک طرح تحلیل واریانس درون-گروهی (گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد) با اندازه گیری

جدول ۶- یافته مربوط به آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری برای تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش-

تعهد بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان

عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذورات
شایستگی	۲۰۲/۰۶	۲	۱۰۱/۰۳	۶/۷۷	۰/۰۰۶*	۰/۴۲۹

			۱۴/۹۲	۱۸	۲۶۸/۶۰	خطا
۰/۲۶۰	۰/۰۱۰*	۳/۱۵	۴۶/۸۰	۲	۹۳/۶۰	اعتماد به غرایز شخصی
			۱۴/۸۳	۱۸	۲۶۷/۰۶	خطا
۰/۴۰۸	۰/۰۰۹*	۶/۲۰	۶۷/۶۰	۲	۱۳۵/۲۰	تحمل عواطف منفی
			۱۰/۸۹	۱۸	۱۹۶/۱۳	خطا
۰/۶۴۸	۰/۰۰۱*	۱۶/۵۴	۳۶/۷۰	۲	۷۳/۴۰	مهار
			۲۱/۲۱	۱۸	۳۹/۹۳	خطا
۰/۵۱۸	۰۰۱/۰*	۹/۶۷	۵۸/۰۳	۲	۱۱۶/۰۶	معنویت
			۵/۹۹	۱۸	۱۰۷/۹۳	خطا
۰/۸۳۶	۰۰۱/۰*	۴۵/۷۴	۱۴۶۰/۹۳	۲	۲۹۲۱/۸۶	تاب آوری
			۳۱/۹۳	۱۸	۵۷۴/۸۰	خطا

نتایج آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه گیری (جدول ۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر شایستگی ($F=۰/۴۲۹$)، $F=۶/۷۷$ ، $sig=۰/۰۰۶$ ، $\eta^2=۰/۲۶۰$)، اعتماد به غرایز شخصی ($F=۳/۱۵$ ، $sig=۰/۰۱۰$ ، $\eta^2=۰/۴۰۸$)، تحمل عواطف منفی ($F=۶/۲۰$ ، $sig=۰/۰۰۹$ ، $\eta^2=۰/۶۴۸$)، مهار ($F=۱۶/۵۴$)، معنویت ($F=۴۵/۷۴$ ، $sig=۰/۰۰۱$ ، $\eta^2=۰/۸۳۶$) تاب آوری به سرطان تاثیر معناداری دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشخص نمودن جایگاه تفاوتها در هر یک از مراحل اندازه گیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷- ارائه گردیده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه گیری (جدول ۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر شایستگی ($F=۰/۴۲۹$)، اعتماد به غرایز شخصی ($F=۳/۱۵$ ، $sig=۰/۰۱۰$ ، $\eta^2=۰/۴۰۸$)، تحمل عواطف منفی ($F=۶/۲۰$ ، $sig=۰/۰۰۹$ ، $\eta^2=۰/۶۴۸$)، مهار ($F=۱۶/۵۴$)، معنویت ($F=۴۵/۷۴$ ، $sig=۰/۰۰۱$ ، $\eta^2=۰/۸۳۶$) تاب آوری به سرطان تاثیر معناداری دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشخص نمودن جایگاه تفاوتها در هر یک از مراحل اندازه گیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷- ارائه گردیده است.

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

عامل	مرحله (I)	مرحله (J)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
شایستگی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۱۰	۱/۷۸	۰/۰۱۰*
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۶۰	۱/۸۸	۰/۰۲۳*
	پس آزمون	پیگیری	۱/۵۰	۱/۴۸	۱/۰۰۰
اعتماد به غرایز شخصی	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۰۰	۲/۰۳	۰/۰۴۰*
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۲۰	۱/۹۰	۰/۰۲۹*
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۲۰	۱/۰۶	۰/۸۶۴
تحمل عواطف منفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۶۰	۰/۸۴	۰/۰۲۳*
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۴۰	۱/۷۲	۰/۰۲۶*
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۱/۶۹	۰۰۰/۱
مهار	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۵۰	۰/۶۵	۰/۰۰۱*
	پیش آزمون	پیگیری	-۳/۱۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱*
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۷۹	۱/۰۰۰
معنویت	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۰	۱/۰۴	۰/۰۰۷*

		تاب آوری	
پیگیری	۳/۹۰-	۱/۲۳	۰/۰۳۵*
پس آزمون	۰/۵۰	۰/۹۹	۱/۰۰۰
پس آزمون	۲۱/۶۰-	۲/۳۱	۰۰۱/۰*
پیگیری	۲۰/۲۰-	۳/۰۱	۰/۰۰۱*
پس آزمون	۱/۴۰	۲/۱۶	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول ۷- مشاهده می گردد درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی دار شایستگی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/010$)، با اختلاف میانگین $6/10$ ، پیگیری ($P=0/023$)، با اختلاف میانگین $4/60$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پس آزمون تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری شایستگی کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود. دیگر نتایج جدول ۷- نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی دار معنویت کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/007$)، با اختلاف میانگین $4/40$ ، پیگیری ($P=0/035$)، با اختلاف میانگین $3/90$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پیگیری ($P=1/000$) تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری معنویت کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود. علاوه بر این، دیگر نتایج جدول ۷- نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی دار تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $21/60$ ، پیگیری ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $20/20$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پیگیری ($P=1/000$) تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود.

برای آزمون فرضیه از یک طرح تحلیل واریانس درون گروهی (گروه آموزش هوش معنوی) با اندازه گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه گیری (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) برای مشخص نمودن تاثیر آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد. با توجه به آماره آزمون کرویت موخلی ($0/239$ =شایستگی، $P=0/346$ =غرایز شخصی، $P=0/741$ =تحمل عواطف منفی، $P=0/628$ =مهاری، $P=0/249$ =معنویت، $P=0/944$ =تاب آوری)، به ترتیب شاخص های (F) مربوط به آزمون فرض کرویت گزارش شد.

همانطور که در جدول ۷- مشاهده می گردد درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی دار شایستگی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/010$)، با اختلاف میانگین $6/10$ ، پیگیری ($P=0/023$)، با اختلاف میانگین $4/60$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پس آزمون تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری شایستگی 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 معنی دار اعتماد به غرایز شخصی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/040$)، با اختلاف میانگین $3/00$ ، پیگیری ($P=0/029$)، با اختلاف میانگین $4/20$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پیگیری ($P=0/864$) تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری اعتماد به غرایز شخصی 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 معنی دار تحمل عواطف منفی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/023$)، با اختلاف میانگین $4/60$ ، پیگیری ($P=0/026$)، با اختلاف میانگین $4/40$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون تا پیگیری ($P=1/000$) تفاوت معنی داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تحمل عواطف منفی کودکان مبتلا به سرطان در اثر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بود. علاوه بر این، دیگر نتایج جدول ۷- نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد باعث بهبود معنی دار مهار کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=0/001$)، با اختلاف میانگین $3/50$ ، پیگیری

جدول ۸- یافته مربوط به آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه گیری تکراری برای تاثیر آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان

عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذوراتا
شایستگی	۲۲۹/۲۶	۲	۱۱۴/۶۳	۹/۳۲	۰/۰۰۲*	۰/۵۰۹
	۲۲۱/۴۰	۱۸	۱۲/۳۰			
اعتماد به غرایز شخصی	۸۰/۰۶	۲	۴۰/۰۳	۳/۰۱	۰/۰۳۲*	۰/۱۶۳
	۲۰۵/۲۶	۱۸	۱۱/۴۰			
تحمل عواطف منفی	۹۳/۶۰	۲	۴۶/۸۰	۵/۰۴	۰/۰۱۸*	۰/۳۵۹
	۱۶۷/۰۶	۱۸	۹/۲۸			
مهار	۱۰۶/۶۶	۲	۵۳/۳۳	۸/۶۷	۰/۰۰۲*	۰/۴۹۱
	۱۱۰/۶۶	۱۸	۶/۱۴			
معنویت	۹۵/۰۰	۲	۴۷/۵۰	۶/۱۸	۰/۰۰۹*	۰/۴۰۷
	۱۳۸/۳۳	۱۸	۷/۶۸			
تاب آوری	۲۵۶۳/۸۶	۲	۱۲۸۱/۴۳	۲۴/۳۱	۰۰۱/۰*	۰/۷۳۰
	۹۴۸/۴۶	۱۸	۵۲/۶۹			

مهار ($F=۵/۰۴$)، $\eta^2=۰/۴۹۱$ ، $\text{sig}=۰/۰۰۲$ ، $F=۸/۶۷$)، معنویت ($F=۶/۱۸$ ، $\text{sig}=۰/۰۰۹$ ، $\eta^2=۰/۴۰۷$) و تاب‌آوری ($F=۲۴/۳۱$ ، $\text{sig}=۰/۰۰۱$ ، $\eta^2=۰/۷۳۰$) 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.

نتایج آزمون تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری تکراری روی عامل مراحل اندازه‌گیری (جدول ۸) نشان داد که آموزش هوش معنوی بر شایستگی ($F=۹/۳۲$ ، $\text{sig}=۰/۰۰۲$ ، $\eta^2=۰/۵۰۹$)، اعتماد به غرایز شخصی ($F=۳/۰۱$ ، $\text{sig}=۰/۰۳۲$ ، $\eta^2=۰/۱۶۳$)، تحمل عواطف منفی ($F=۳/۰۱$ ، $\text{sig}=۰/۰۱۸$ ، $\eta^2=۰/۳۵۹$)،

جدول ۹- یافته‌های مربوط به آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه درون گروهی تاب آوری در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

عامل	مرحله (I)	مرحله (J)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
شایستگی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۳۰	۱/۷۵	۰/۰۰۸*
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۳۰	۱/۰۵	۰/۰۰۱*
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۰۰	۱/۷۸	۱/۰۰۰
اعتماد به غرایز شخصی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۰	۱/۵۸	۰/۰۴۵*
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۵۰	۱/۷۵	۰/۰۴۵*
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۱/۱۱	۱/۰۰۰
تحمل عواطف منفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۲۰	۱/۵۳	۰/۰۰۱*
	پیش آزمون	پیگیری	-۳/۰۰	۱/۲۴	۰/۰۴۱*
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۰	۱/۲۸	۰۰۰/۱
مهار	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۰۰	۱/۲۰	۰/۰۰۶*

				پیگیری	
۰/۰۰۵*	۰/۹۰	-۴/۰۰		پیگیری	پس آزمون
۱/۰۰۰	۱/۱۹	۰/۰۰			
۰/۰۰۷*	۱/۳۵	-۴/۰۰		پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۳۹*	۰/۴۸	-۳/۵۰		پیگیری	معنویت
۱/۰۰۰	۱/۴۴	۰/۵۰		پیگیری	پس آزمون
۰۰۱/۰*	۳/۳۹	-۱۹/۹۰		پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱*	۳/۲۷	-۱۹/۳۰		پیگیری	تاب آوری
۱/۰۰۰	۳/۰۶	۰/۶۰		پیگیری	پس آزمون

همانطور که در جدول ۹- مشاهده می‌گردد آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار شایستگی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۸$)، با اختلاف میانگین $(۵/۳۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۰۱$)، با اختلاف میانگین $(۶/۳۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۱/۰۰۰$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری شایستگی کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. دیگر نتایج جدول ۹- نشان داد که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار معنویت کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۷$)، با اختلاف میانگین $(۴/۰۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۳۹$)، با اختلاف میانگین $(۳/۵۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۱/۰۰۰$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری معنویت کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. علاوه بر این، دیگر نتایج جدول ۹- نشان داد که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار تاب‌آوری کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۱$)، با اختلاف میانگین $(۱۹/۹۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۰۱$)، با اختلاف میانگین $(۱۹/۳۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۱/۰۰۰$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تاب‌آوری کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود.

در ابتدا با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره بلوکی به کیفیت زندگی به صورت کلی بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۱۰- ارائه گردیده است.

جدول ۱۰- یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیره بلوکی

برای تاب‌آوری

ارزش	درجه	درجه	سطح	مجدور
مقدار	آزادی	آزادی	معنی	
F	فرضیه	خطا	داری	اتا

همانطور که در جدول ۹- مشاهده می‌گردد آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار شایستگی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۸$)، با اختلاف میانگین $(۵/۳۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۰۱$)، با اختلاف میانگین $(۶/۳۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۱/۰۰۰$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری شایستگی 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 اعتماد به غرایز شخصی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۴۵$)، با اختلاف میانگین $(۲/۴۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۴۵$)، با اختلاف میانگین $(۲/۵۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۰/۸۶۴$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری اعتماد به غرایز شخصی کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. همچنین، دیگر نتایج جدول ۹- نشان داد که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار تحمل عواطف منفی کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۱$)، با اختلاف میانگین $(۴/۲۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۴۱$)، با اختلاف میانگین $(۳/۰۰)$ گردید. اما بین مراحل پس آزمون با پیگیری ($P=۱/۰۰۰$) تفاوت معنی‌داری یافت نگردید که این نتایج حاکی از ماندگاری تحمل عواطف منفی کودکان مبتلا به سرطان در اثر آموزش هوش معنوی بود. علاوه بر این، دیگر نتایج جدول ۹- نشان داد که آموزش هوش معنوی باعث بهبود معنی‌دار مهار کودکان مبتلا به سرطان از پیش آزمون تا پس آزمون ($P=۰/۰۰۶$)، با اختلاف میانگین $(۴/۰۰)$ ، پیگیری ($P=۰/۰۰۵$)، با اختلاف میانگین $(۴/۰۰)$ گردید. اما بین مراحل پس

ماتریس کواریانس می‌باشد. با توجه به عدم سطح معنی‌داری آزمون باکس ($P=0/058$ ، شایستگی $P=0/085$ ، غرایز شخصی $P=0/051$ ، تحمل عواطف منفی $P=0/314$ ، مهار $P=0/262$ ، معنویت $P=0/8686$ ، تاب آوری 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 معنی‌دار بودن آزمون کرویت موخلی ($P=0/916$ ، شایستگی $P=0/143$ ، غرایز شخصی $P=0/576$ ، تحمل عواطف منفی $P=0/307$ ، مهار $P=0/495$ ، معنویت $P=0/668$ ، تاب آوری 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 معنی‌دار نیست ($P=0/202$ ، پیش آزمون $P=0/152$ ، پس آزمون $P=0/653$ ، پیگیری P) و این نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه‌های متغیر مستقل برقرار است.

مراحل	اندازه-	۰/۲۳	۴۳/۳۱	۲	۲۶	۰۰۱/۰	۰/۷۶۹
اندازه-	گبری	۰/۱۴	۱۳/۳۲	۲	۵۰	۰۰۱/۰	۰/۶۱۵
مراحل	اندازه-	۰/۳۶	۸/۵۷	۴	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
گبری ×	گروه						

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بلوکی در جدول ۱۰- نشان می‌دهد اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان و اثر متقابل گروه و زمان بر کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری دارد ($p < 0/05$). این نتایج نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری 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 (گروه ۳) 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

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

متغیر	مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذورات
شایستگی	مراحل اندازه‌گیری	۳۱۲/۲۰	۲	۱۵۶/۱۰	۱۳/۴۸	۰۰۱/۰	۰/۳۳۳
	گروه	۳۵۲/۸۰	۲	۱۷۶/۴۰	۱۸/۸۹	۰۰۱/۰	۰/۵۸۳
غرایز شخصی	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۱۲۲/۶۰	۴	۳۰/۶۵	۲/۶۴	۰/۰۴۳	۰/۱۶۴
	مراحل اندازه‌گیری	۶۹/۶۲	۲	۳۴/۸۱	۳/۲۷	۰/۰۴۵	۰/۱۰۸
	گروه	۱۶۱/۶۲	۲	۸۰/۸۱	۷/۴۶	۰/۰۰۳	۰/۳۵۶
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۶۹/۱۱	۴	۱۷/۲۷	۳/۲۳	۰/۰۴۷	۰/۱۰۷
تحمل عواطف منفی	مراحل اندازه‌گیری	۱۴۴/۶۲	۲	۷۲/۳۱	۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
	گروه	۷۳/۶۲	۲	۳۶/۸۱	۷/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۳۶۱
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۸۴/۴۴	۴	۲۱/۱۱	۲/۸۰	۰/۰۳۴	۰/۱۷۲
مهار	مراحل اندازه‌گیری	۱۱۳/۷۵	۲	۵۶/۸۷	۱۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴
	گروه	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۸/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۳۷۸
	مراحل اندازه‌گیری × گروه	۶۸/۹۱	۴	۱۷/۲۲	۴/۸۷	۰/۰۰۲	۰/۲۶۵
معنویت	مراحل اندازه‌گیری	۱۴۹/۶۲	۲	۷۴/۸۱	۱۲/۶۵	۰۰۱/۰	۰/۳۱۹
	گروه	۱۰۷/۷۵	۲	۵۳/۸۷	۱۴/۳۵	۰۰۱/۰	۰/۵۱۵

۰/۱۶۲	۰/۰۴۵	۲/۶۱	۱۵/۴۷	۴	۶۱/۹۱	مراحل اندازه گیری × گروه	
۰/۶۴۳	۰۰۱/۰	۴۸/۶۹	۱۸۲۲/۶۳	۲	۳۶۴۵/۲۶	مراحل اندازه گیری	تاب آوری
۰/۸۲۹	۰۰۱/۰	۶۵/۳۲	۱۷۸۴/۶۳	۲	۳۵۶۹/۲۶	گروه	
۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	۱۲/۳۷	۴۶۳/۰۳	۴	۱۸۵۲/۲۶	مراحل اندازه گیری × گروه	

$=0/162$ معنویت $(F_{(4,54)}=4/87, sig=0/002, \eta^2)$

$=0/478$ تاب آوری $(F_{(4,54)}=2/61, sig=0/045, \eta^2)$ و

معنادار است. $(F_{(4,54)}=12/37, sig=0/001, \eta^2)$

چون اثر تعاملی معنادار است ابتدا اثر درون گروهی بررسی خواهد گردید که در فرضیه های سوم و ششم بررسی گردید. برای بررسی تفاوت های بین گروهی از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده گردید.

همانطور که در جدول ۱۱- مشاهده می گردد، یافته های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری نشان داد که اثر تعاملی (زمان اندازه گیری با گروه) متغیر شایستگی $(=0/164)$ $(F_{(4,54)}=2/64, sig=0/107, \eta^2)$ ، غرایز شخصی $(=0/172)$ $(F_{(4,54)}=3/23, sig=0/172, \eta^2)$ ، تحمل عواطف منفی $(=0/265)$ $(F_{(4,54)}=2/80, sig=0/034, \eta^2)$ مهار

جدول ۱۲- یافته های مربوط به آزمون تحلیل واریانس بین گروهی در متغیرهای تاب آوری طی هر یک از مراحل اندازه گیری

متغیر	مراحل اندازه گیری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذوراتا
شایستگی	پیش آزمون	۶/۴۶	۲	۳/۲۳	۰/۴۹	۰/۶۱۵	۰/۰۳۵
	پس آزمون	۲۵۰/۰۶	۲	۱۲۵/۰۳	۱۰/۰۸	۰۰۱/۰	۰/۴۲۸
	پیگیری	۲۱۸/۸۶	۲	۱۰۹/۴۳	۸/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷۴
غرایز شخصی	پیش آزمون	۲/۰۶	۲	۱/۰۳	۰/۰۷	۰/۹۳۰	۰/۰۰۵
	پس آزمون	۱۰۹/۴۰	۲	۵۴/۷۰	۵/۰۳	۰/۰۱۴	۰/۲۷۲
	پیگیری	۱۱۹/۲۶	۲	۵۹/۶۳	۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
تحمل عواطف منفی	پیش آزمون	۷/۲۶	۲	۳/۶۳	۰/۶۲	۰/۵۴۱	۰/۰۴۴
	پس آزمون	۹۴/۲۰	۲	۴۷/۱۰	۷/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۳۵۰
	پیگیری	۵۶/۶۰	۲	۲۸/۳۰	۳/۷۲	۰/۰۳۷	۰/۲۱۶
مهار	پیش آزمون	۳/۸۰	۲	۱/۹۰	۰/۵۱	۰/۵۱۸	۰/۰۳۷
	پس آزمون	۹۶/۴۶	۲	۴۸/۲۳	۷/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۶۶
	پیگیری	۵۶/۲۶	۲	۲۸/۱۳	۱۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹۳
معنویت	پیش آزمون	۰/۲۰	۲	۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۹۷۰	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۹۴/۲۰	۲	۴۷/۱۰	۵/۷۱	۰/۰۰۹	۰/۲۹۷
	پیگیری	۷۵/۲۶	۲	۳۷/۶۳	۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶
تاب آوری	پیش آزمون	۰/۶۰	۲	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۹۹۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۰۶۲/۸۶	۲	۱۵۳۱/۴۳	۳۹/۲۲	۰۰۱/۰	۰/۷۴۴
	پیگیری	۲۳۵۸/۰۶	۲	۱۱۷۹/۰۳	۳۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲

در مرحله پس آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در غرایز شخصی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=0/387, \eta^2=0/001, sig=0/001$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $4/70$ و $3/50$ از لحاظ آماری غرایز شخصی بالاتری 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.

همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در تحمل عواطف منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=7/26, sig=0/003, \eta^2=0/350$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $3/60$ و $3/90$ از لحاظ آماری تحمل عواطف منفی بالاتری 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 آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در تحمل عواطف منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=3/72, sig=0/037, \eta^2=0/216$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $3/20$ و $2/50$ از لحاظ آماری تحمل عواطف منفی بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه

همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در شایستگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=10/08, sig=0/001, \eta^2=0/428$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $6/60$ و $5/50$ از لحاظ آماری شایستگی بالاتری 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 آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در شایستگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=8/06, sig=0/002, \eta^2=0/374$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $4/90$ و $6/30$ از لحاظ آماری شایستگی بالاتری 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.

همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در غرایز شخصی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2}=5/03, sig=0/014, \eta^2=0/272$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $4/10$ و $4/00$ از لحاظ آماری غرایز شخصی بالاتری 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

آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد. همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در مهار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 7/79$, $sig = 0/002$, $\eta^2 = 0/366$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه-های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $3/90$ و $3/70$ از لحاظ آماری مهار بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پس آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در مهار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 10/99$, $sig = 0/001$, $\eta^2 = 0/449$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $2/80$ و $3/00$ از لحاظ آماری مهار بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد. همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در معنویت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 5/71$, $sig = 0/009$, $\eta^2 = 0/297$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه-های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $3/90$ و $3/60$ از لحاظ آماری معنویت بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در

مرحله پس آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در معنویت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 9/22$, $sig = 0/001$, $\eta^2 = 0/406$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $3/50$ و $3/20$ از لحاظ آماری معنویت بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد. همانطور که در جدول ۱۲- مشاهده می‌گردد در مرحله پس آزمون بین گروه‌ها در تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 39/22$, $sig = 0/001$, $\eta^2 = 0/744$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه-های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $22/10$ و $20/70$ از لحاظ آماری تاب‌آوری بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پس آزمون فرض تحقیق رد می‌گردد. دیگر نتایج جدول ۱۲- حاکی از این بود که در مرحله پیگیری بین گروه‌ها در تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{27,2} = 0/732$, $sig = 0/001$, $\eta^2 = 0/36$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در مرحله پس آزمون، شرکت کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل به ترتیب با اختلاف میانگین $19/10$ و $18/50$ از لحاظ آماری تاب‌آوری بالاتری داشته‌اند ($p < 0/05$). اما بین شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد در مقایسه با شرکت کنندگان گروه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری یافت نگردید ($p > 0/05$). بنابراین در مرحله پیگیری فرض تحقیق رد می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، گل محمدنژاد بهرامی و همکاران (۱۳۹۹)، علی اکبر دهکردی و همکاران (۱۳۹۹)، جعفری زاده و بحرینیان (۱۳۹۸)، سواين (۲۰۲۲) و انا الریکسون و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد فرد بدون تلاش برای گواه افکار مربوط به بیماری اجازه حضور در ذهن می دهد. بدین ترتیب هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شونده حتی دردناک ترین آنها کمتر تهدید کننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند و در عوض رفتارهای مهارگری غیر موثر کاهش می یابند (لانگ و همکاران^۱، ۲۰۱۷). بدین ترتیب در این دوره آموزش کودکان و نوجوانان دچار سرطان می آموزند تا مبارزه با ناراحتی مرتبط با هیجانات منفی همچون افسردگی و اضطراب خویش پایان دهند و درگیر شدن در فعالیت هایی که او به اهداف انتخاب زندگی (ارزش ها) نزدیکتر می کند، توانمندهایش را اعمال کنند. درمان پذیرش-تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته به مراجع می آموزد برای آگاهی، مشاهده افکار و احساسات ناخواستیند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند و بدین ترتیب نوع پاسخگویی این کودکان و نوجوانان به افکار منفی و هیجاناتشان عوض شده و میتوانند نسبت به ارزش های خود، بهتر با محیط و روابط اجتماعی درگیر شوند؛ در نهایت این کودکان و نوجوانان بتوانند تاب آوری بالاتری را نشان دهند (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱). عمل همسو با ارزش ها موجب می شود فرد بسیاری از ناملایمات و افکار و احساساتی را که همراه با وی است، بپذیرد. درعین حال تعیین اهداف و اعمالی درجهت همسویی با ارزشهای خود همراه با ذهن آگاهی کامل درباره شرایط و خود را جدا از افکار و هیجانات دانستن، موجب افزایش انعطاف پذیری

روانشناختی فرد و بهنوبه خود افزایش تاب آوری در او میشود (هلمریچ و همکاران^۲، ۲۰۱۷). باتوجه به اینکه هدف درمان پذیرش-تعهد افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و خزانه رفتاری فرد در مواجهه با افکار و احساسات و رفتارهای ناخوشایند است، میتوان گفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و خزانه رفتاری، افزایش تاب آوری را به دنبال دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنان کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند؛ همچنین به جای پاسخ به آنها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). در این درمان تمرینهای تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحثهای مفصل در زمینه ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها، همگی منجر به افزایش تاب آوری شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه عسکریان و همکاران (۱۴۰۰)، الهی و همکاران (۱۳۹۶)، رویسون (۲۰۲۰)، کیمبرلی و همکاران (۲۰۱۹)، استنتون و همکاران (۲۰۱۵)، مازوتی و همکاران (۲۰۱۵)، ماویگیلیا (۲۰۱۴) همسو است. پژوهش های فراوانی انجام شده است که می توان با آموزش هوش معنوی افسردگی را کاهش داد و بر میزان شادکامی افزود (امینی جاوید و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین، معنویت و داشتن معنا در زندگی در افزایش سلامت روان و بهداشت روان افراد مؤثر است (عبدالله زاده و همکاران، ۱۳۸۸) و موجب می شود تا افراد نگاه امیدوارانه تری به زندگی داشته باشند، رضایت از زندگی آنها افزایش یابد (حمید و همکاران، ۲۰۱۲) و در رویارویی با شرایط سخت زندگی سازگاری بیشتری را تجربه کنند (مکنالتی، لوینسون و ویلسون^۳، ۲۰۰۴). معنویت همچنین

³- McNulty, Livneh, Wilson

¹- Lang

²- Helmreich

می‌تواند به افراد کمک کند تا با حوادث ناگوار زندگی یا بیماری‌های مزمن کنار بیایند و اثرات حمایتی در برابر خودکشی و سوء مصرف مواد ایجاد می‌کند (اویتزان، چان، گاردنر و پراشر، ۲۰۱۱). اگان، مک لئود، جی، مک گی، باکستر و هریسون گان و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند بعد معنویت و جهت گیری دینی با جنبه‌های کلی سلامت و بهزیستی خانواده‌ها در ارتباط است؛ به طوری که معنویت باعث به وجود آمدن فرایندهای کنار آمدن و دیگر متغیرهای روان شناختی از قبیل خوش بینی، امیدواری و معناداری در زندگی می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که آموزش هوش معنوی منجر به افزایش سازگاری خانوادگی، عاطفی و اجتماعی شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است (معاضدیان و باقری، ۱۳۹۵). به این ترتیب، تجربه باورهای معنوی در فرد از اضطراب، افسردگی و ناامیدی جلوگیری می‌کند و در عوض، تجربه هیجانانگیز مثبت و به دنبال آن توانایی حل مسئله، پردازش اطلاعات و سلامت جسمی و روانی را ارتقا می‌بخشد، در نتیجه آن فرد توان تحمل و تاب آوری بیشتری در تحمل مشکلات زندگی به دست می‌آورد (مشعل پور، ۱۳۸۷). با افزایش هوش معنوی در کودکان، آنها احساس تسلط بیشتری بر محیط می‌کنند و با تفکر کل نگر به مشکلات روبه رویان نگاه کرده و به جای غرق شدن در جزئیات و سختگیری‌ها، هوشمندانه به هدف واقعی زندگی خود می‌اندیشند. در نتیجه، بهزیستی روان شناختی افزایش و اضطراب آنها کاهش می‌یابد و در نتیجه موجب افزایش سلامت روان، سرسختی و تاب آوری در افراد میشود (حمید و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع باورها، مفاهیم و رویدادهایی که همراه با عشق و حمایت هستند، سازوکارهایی را از نظر روانی و فیزیولوژیکی در فرد فعال می‌کنند که موجب کاهش تنش و استرس در فرد می‌شوند و احتمالاً همین جنبه هوش معنوی است که موجب افزایش تاب آوری در فرد می‌شود (خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۲). به این ترتیب، با در نظر گرفتن این واقعیت که هوش معنوی را می‌توان آموزش داد و تقویت کرد و همچنین تأیید این یافته که هوش معنوی می‌تواند موجب افزایش تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان شود، با به کارگیری این آموزش‌ها می‌توان تحمل و کارآمدی کودکان را در برابر شرایط

دشوار زندگی افزایش داد. روان شناسی در دهه اخیر و کشف آثار گسترده تر و غیرقابل انکار دین و معنویت در همه ابعاد زندگی انسان و نقش بی بدیل آن در آرامش روان و بهداشت روان باعث شده است شاهد رشد فزاینده مطالعات روان شناسی دین و معنویت در ابعاد مختلف باشیم. معنویت به معنای اجتناب کردن از زندگی و مشکلات و بلا تکلیفی‌ها نیست. در اغلب سنت‌های مذهبی، ارزش زیادی برای عادی زندگی کردن و روبه رو شدن با رنج‌های انسانی قائل شده‌اند و آن را موجب رشد انسانی و معنوی دانسته‌اند (معاضدیان و باقری، ۱۳۹۵). بنابراین، آموزش هوش معنوی و تأثیر مکانیزم‌های آن در کنار معنویت و فرایند آموزشی که در بخش روش آموزش توضیح داده شد، بر تاب آوری مؤثر خواهد بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و آموزش هوش معنوی بر تاب آوری کودکان مبتلا به سرطان تفاوت وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه تالی هیمان (۲۰۱۸) همسو است. تالی هیمان (۲۰۱۸) 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 مؤثر 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 کاهش تاب آوری می‌شود، بیماری‌های چالش برانگیزی مانند سرطان است که به عنوان معضل عمده سلامتی و تأثیر گذار بر سلامت جسمی و روانی به شمار می‌آید. این پدیده نیازمند به درمانی مؤثر است و درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد با اثرگذاری بر افزایش تاب آوری بیماران در کاهش اثرات بیماری مؤثر است. این روش درمانی از طریق تمرکز حواس، پذیرش و گسلش عاطفی (فرار از بند پیوندهای عاطفی حل نشده) برای رساندن افراد به انعطاف پذیری 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

لطفی کاشانی و همکاران همسوست. آنها دریافتند که 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 (کاشانی و همکاران، ۱۳۹۳) افراد در پذیرش و کنار آمدن با شرایط سخت راحت تر باشند و فکر نکنند که مقهور شده‌اند و کاری از آنها ساخته نیست. نتیجه این باور، ارتقای سلامت روانشناختی را در پی دارد (حاج صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

از طرفی معنویت درمانی به بیمار مبتلا به سرطان کمک میکند با استفاده از منابع دینی و معنوی بهتر بتواند با بیماری کنار بیاید (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱) همچنین با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خدا با علائم کاهش تاب آوری مقابله کند تا از سلامت معنوی که فاکتوری معنادار در زندگی است، برخوردار باشد.

از محدودیتهای پژوهش حاضر مشکلات مربوط به کارهای درمانی کودکان مبتلا به سرطان بود که شرایط جسمی و روحی آنها را تحت تأثیر 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. 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

(عزیزی و همکاران، ۱۳۹۷). 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 (پوراکیهان و همکاران، ۱۳۹۶). بیماران با تمرین و به کار بردن استعاره‌ها و آموزشهای جلسات درمان، متوجه شدند آنچه جدی تلقی کرده‌اند تنها کلمات هستند و هیچ واقعیتهایی را بیان نمیکنند (هایز و همکاران، ۲۰۱۲). 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 (حاج صادقی و همکاران، ۱۳۹۵). 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، خاطرها 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 (تقی زاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ به طور کلی در تبیین تأثیر معنویت درمانی بر افزایش تاب آوری 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 (کیانی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین یافته پژوهش حاضر با مطالعه

References

- Ann I. Alriksson-Schmidt, MA, MSPH, Jan Wallander, PhD and Fred Biasini,(2016). Quality of Life and Resilience in Adolescents with a Mobility Disability *Journal of Py* Volume32, Issue3 Pp. 370-379.
- Block, J. (2015). *Personality as an affect-processing system*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bermen D, Walker S.(2019). et al.Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer. *Oncol Nurs Forum* May; 24(4):655-61
- Connor, L., & Davidson, M. (2003). An inventory for resilience construct. *Personality and Individual Differences*, 35, 41-53.
- Daaleman,T. P, Perera, S & Studensk, S. A. (2014). Religion, Spirituality and Health Status in Geriatric Outpatients. *Annals of Family Medicine*. Vol. 2, No. January/February.
- De Houwer, J., BarnesHolmes, Y., BarnesHolmes, D. (2016). Riding the waves: A functionalcognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, 51(1), 40-44.
- Dukas G.(2015). Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speech Difficulties. *Int J Play Therapy*; (14): 81-102.
- Ganz, P.A., (2018). Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21(21): p. 4027-4033.
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Hayes. S., Strosahl. K.D., Wilson, K. (2013). *Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hamid, N., Babamiri, M., & Dehghani, M. (2012). The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences.
- Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and anxiety among women with breast cancer. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017;15(4):42-9.
- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017(2).
- 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.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2019). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381.
- 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
- Kimberly, K., Laubmeier, Zakowski, G., Sandra, Bair, P., John. (2019). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International journal of behavioral medicine*, 11(1), 48-55.
- King DB.(dissertation). (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure*. Canada: Trent University Peterborough ; 157-8.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2015). Ego control and egoresilience: Generalization of self report scale base on personality description from acquaintances, clinicians, and the self. *journal of research in personality*, 29, 395-422.
- Lang, A. J., Schnurr, P. P., Jain, S., He, F., Walser, R. D., Bolton, E., ... & Chard, K. M. (2017). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(S1), 74.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91.
- Masten, A. S. (2016). Ordinary majic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Mazzotti, eva, Mazzuca, fedrica, sebastiani, Claudia, scoppola, alessandro, marchetti, paolo. (2015). Predictors of existential and religious well – being among cancer patients. *Supportive care in cancer*, 79(12), 1931.

- Meavingilia, M. (2014). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of oncology nursing forum*, 33(1), 1-7.
- Robinson, R. (2020). Spirituality and quality of life. *Oncology cancer patient*, 27, 201-211.
- Roemer, L & Orsillo, S.M. (2019). An Open trial of an acceptance – based behavior therapy for generalized anxiety Disorder. *Journal of Behaviour Therapy*.
- Stentone, Sophia, hemdon, james, E., Iyerly, H., kim., coan, April & etal. (2015). Correlates of quality of life related outcomes in breast cancer patients participating in the pathfinders pilot study. *Psychic-oncology*, 20(5), 559.
- Sisk, D. A. (2016). Spiritual intelligence: Developing higher consciousness revisited. *Gifted Education International*, 32(3), 194-208.
- Tali Heiman(2018).Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations.Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations..
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 198.
- Taghizadeh, A., Pourali, L., Vaziri, Z., Saedi, H. R., Behdani, F., & Amel, R. (2018). Psychological Distress in Cancer Patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(2), 143-149.
- Werner, E. (2016). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, 422, 103-105.
- Zohar, D., Marshall, I. (2017). *SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence* .London: Blooms bury.

Original Article

Comparing the effectiveness of acceptance-commitment-based therapy and spiritual intelligence training on the resilience of children with cancer

Received: 16/01/2024 - Accepted: 02/06/2024

Asal Poorzamani ¹
Mohammad Ghamari ²
Simin Hosseinian ³

¹ PhD student, Consulting Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Associate Professor of Consulting Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

Email:
counselor_ghamari@yahoo.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance-commitment therapy and spiritual intelligence training on the resilience of children with cancer. 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 within the range of They were 9-13 years old. 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, Karner-Davidson (2003) resilience questionnaire was used. The intervention method was that experimental group 1, during one period, for 8 sessions, two sessions a week and each session for 45 minutes, exposed to the independent variable (commitment and acceptance-based therapy group training) and experimental group 2, during They were exposed to the independent variable (spiritual intelligence group training) for one period, for 8 sessions, twice a week and each session lasted 45 minutes. To analyze the data, descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential (within-group analysis of variance with repeated measurement on the factor of measurement steps (pre-test-post-test-follow-up) and block multivariate analysis of variance) were used on spss-23 software. The results of the present study showed that the treatment based on acceptance-commitment and spiritual intelligence training has an effect on the resilience of children with cancer, and there is a difference between

Key words: Treatment based on acceptance-commitment, spiritual intelligence training, resilience, cancer

Acknowledgement: There is no conflict of interest