MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 29

Published online 2026 May **Original Article**

Investigating the Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Emotional Regulation and Tolerance of Ambiguity in Patients with Lung Cancer

*Khalili S[1], Abdolahzade M[2], Ghiasi Z[3], Aghaie Goldyani P[4]

Author Address
1. MA in Psychometrics, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran;
2. MA in Personality Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Research and Sciences Unit, Tehran, Iran;
3. MA in Educational Psychology, Faculty of Psychology, Alborz University, Abik, Iran;
4. MA in Educational Psychology, Faculty of Psychology, Ivan-Kay University, Ivan-Kay, Iran.
Corresponding Author's Email: samane_khalili@atu.ac.ir

Received: 2024 October 19**; Accepted:** 2020 November 10

Abstract

Background & Objectives: Cancer is a disease characterized by the uncontrolled growth of abnormal cells. Among all types of cancer, lung cancer has the highest incidence and mortality rates compared with other cancers. This type of cancer typically presents no symptoms in its early stages, which often leads patients to seek medical attention only after the disease has progressed. Cancer not only poses chronic physical risks but also presents significant psychological challenges, increasing the need for psychological support among these patients. Many patients experience concerns about survival, which can negatively impact their mental health and emotional regulation, often resulting in anxiety and depression. The relationship between changes in cancer patients' mindsets and their health–promoting behaviors has gained global importance. Given that cancer has numerous causes and treatment methods, psychological and behavioral factors are as crucial as physical factors. Alongside drug treatments, psychological interventions can effectively address mental health issues. Two key psychological constructs related to the mental health of cancer patients are emotional regulation and tolerance of ambiguity. This study evaluates the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional regulation and tolerance of ambiguity in patients with lung cancer.

Methods: This quasi–experimental research employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all patients with lung cancer who were referred to the Association for the Support of Patients with Lung Cancer in Tehran City, Iran, in 2023. According to the records, 132 men had cancer. Among them, 30 people were selected purposively and randomly assigned to the experimental (15 people) and control (15 people) groups. The inclusion criteria for participation in the study were as follows: diagnosed with lung cancer, completed chemotherapy, provided consent to participate, aged 20 to 50 years, and no mental disorders. The exclusion criteria for participation in the study were as follows: withdrawal from therapy, more than 2 absences from therapy sessions, or concurrent involvement in psychotherapy. The experimental group received treatment based on acceptance and commitment in 8 weekly 90–minute sessions, and the control group did not undergo any psychological treatment during this period. Two participants in the control group withdrew from the study, and two participants in the experimental group were absent for more than two therapy sessions. Ultimately, 13 participants remained in each group. The data were collected using the Ambiguity Tolerance Scale–I (MSTAT–I) (McLean, 1993) and the Emotion Regulation Questionnaire (ERG) (Gross & John, 2003) at two time points, before and after the therapeutic intervention, in two groups. After the research concluded, the treatment program was also implemented for the control group to uphold ethical standards. Data analysis consisted of two parts: descriptive and inferential statistics. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation, while inferential statistics involved univariate analysis of covariance. The analysis was conducted using SPSS version 27, with a significance level of 0.05.

Results: After controlling for pretest scores on ambiguity tolerance, suppression, and reappraisal, the difference between the experimental and control groups at posttest was statistically significant (p<0.001). Furthermore, the effect size analysis indicated that the intervention accounted for 48.1%, 49.1%, and 70.8% of the variance in ambiguity tolerance, suppression, and reappraisal scores, respectively.

Conclusion: Based on the findings of the present study, acceptance and commitment therapy is effective in increasing ambiguity tolerance and emotion regulation among patients with lung cancer. Therefore, this therapeutic approach may be used in healthcare settings to improve the psychological status of these patients.

Keywords: Lung cancer, Acceptance and commitment therapy, Tolerance of ambiguity, Emotional regulation.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان ریه

*سمانه خلیلی[۱]، مهناز عبداللهزاده[۲]، زینب غیاثی[۳]، پرستو آقایی گلدیانی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه البرز، آبیک، ایران؛

۴. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه ایوان کی، ایوان کی، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** samane_khalili@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ مهر۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰آبان۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سرطان علاوه‌بر جسم بر روان افراد مبتلا نیز تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تحمل ابهام و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام گرفت.

روش‌بررسی: این پژوهش به‌روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان ریهٔ اسرا در شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان آن‌ها سی نفر به‌طور هدفمند انتخاب شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را طی هشت جلسهٔ هفتگی به‌مدت نود دقیقه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ درمان روان‌شناختی ارائه نشد. گردآوری داده‌ها ازطریق پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) و مقیاس تحمل ابهام (مک‌لین، ۱۹۹۳) در دو مرحله قبل و بعد از مداخلهٔ درمانی، در هردو گروه صورت گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، باکنترل اثر نمرات پیش‌آزمون در متغیرهای تحمل ابهام، سرکوب و بازارزیابی، تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج اندازهٔ اثر نشان داد، مداخلهٔ درمانی به‌ترتیب ۴۸/۱، ۴۹/۱ و ۷۰/۸درصد از واریانس نمرات تحمل ابهام، سرکوب و بازارزیابی را تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل ابهام و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان ریه مؤثر است؛ لذا می‌توان از این روش درمانی در مراکز درمانی درجهت بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: سرطان ریه، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تحمل ابهام، تنظیم هیجان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

۱ مقدمه

سرطان[1] بیماری است که با گسترش سلول‌های غیرعادی و رشد کنترل‌نشدنی آن‌ها مشخص می‌شود (۱). طبق آمارهای گزارش‌شده در سال ۲۰۲۰، ۱۹/۳ میلیون بیمار جدید سرطان ثبت شد که از این تعداد ۱۰ میلیون نفر فوت کردند. با فرض آنکه نرخ بروز سرطان در سال ۲۰۴۰ تغییر نکند، آمار مذکور در سال ۲۰۴۰ به ۲۸ میلیون نفر در سراسر جهان خواهد رسید که با افزایشی برابر با ۴۷ درصد درمقایسه با سال ۲۰۲۰ همراه است (۲).

در بین انواع سرطان‌ها، سرطان ریه[2] بیشترین بروز و مرگ را درمقایسه با سایر سرطان‌ها نشان می‌دهد. این نوع سرطان در مراحل اولیهٔ خود هیچ علامتی ندارد و زمانی که بیماری در مراحل پیشرفته است، بیماران به پزشک مراجعه می‌کنند که منجربه افزایش میزان مرگ‌ومیر ناشی‌از سرطان می‌شود (۳). سرطان ریه تظاهرات مختلفی دارد و علائم هشداردهندهٔ آن شامل افزایش یا سرفهٔ شدید در افراد سیگاری، سرفه همراه با خلط خونی، تنگی نفس در اثر فعالیت، خس‌خس حاد، درد قفسهٔ سینهٔ مبهم یا واضح، گرفتگی صدا، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و تورم است. در افراد مبتلا به سرطان ریه عضلات گردن به‌شدت ضعیف و خسته است (۴). بیمار زمانی که از بیماری خود مطلع می‌شود، درمعرض انواع ناراحتی‌های روانی ازجمله افسردگی[3] و اضطراب[4] قرار می‌گیرد (۵). به‌علاوه، افراد مبتلا به سرطان ریه در سازگاری با بیماری ناتوان هستند و اعتمادبه‌نفس ضعیفی دارند. آن‌ها میزان زیادی از اختلالات هیجانی[5] را تجربه می‌کنند و از بازگشت بیماری یا مرگ می‌ترسند (۶)؛ لذا آگاهی از عوامل شناختی و هیجانی گوناگون تأثیرگذار بر آسیب‌شناسی روانی سرطان ریه، می‌تواند نقش مهمی در درمان و پیشگیری و کاهش هزینه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان ریه داشته باشد. دو عامل از این عوامل، تنظیم هیجانی[6] و تحمل ابهام[7] است که در پژوهش حاضر بررسی شد.

به‌نظر می‌رسد از عوامل درون‌فردی مؤثر بر اضطراب و استرس و افسردگی بیماران سرطانی، تنظیم هیجانی است (۷). هیجانات نقش مهمی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره دارند و در سازگاری[8] با رویدادهای استرس‌زا و تغییرات زندگی بسیار مؤثر هستند؛ درواقع، هیجانات واکنش‌های بیولوژیک به‌شمار می‌روند که در چالش‌ها و موقعیت‌های مهم زندگی برای هماهنگی در مواجهه و پاسخ به آن‌ها ظاهر می‌شوند. اگرچه هیجانات پایهٔ بیولوژیک دارند، افراد می‌توانند بر فرایندی به نام تنظیم هیجان بر هیجانات و روش‌های ابراز آن‌ها تأثیر بگذارند (۸). در نظریهٔ فرایندی گراس بیان شد، تنظیم هیجان به‌عنوان سرکوب[9] و بازارزیابی[10]، تعریف می‌شود. در سرکوب، فرد از راهبردهای متمرکز بر پاسخ استفاده می‌کند؛ یعنی فرد هیجان خود را نادیده می‌گیرد و آن را سرکوب می‌کند و در بازارزیابی، راهبرد ارزیابی مجدد را به‌کار می‌برد؛ درواقع فرد جنبه‌های منفی هیجان را نادیده می‌گیرد و جنبه‌های مثبت هیجان را تقویت می‌کند (۹). افزایش استفاده از راهبردهای کنترل هیجانات مثبت در بیماران سرطانی می‌تواند به آن‌ها در غلبه بر شرایط موجود بیماری و افزایش همکاری کمک کند (۱۰).

یکی دیگر از متغیرهای درون‌فردی، عدم تحمل ابهام است که در بیماران سرطانی و بیماری مزمن نقش دارد (۱۱). تحمل ابهام به‌منزلهٔ دریافت اطلاعات ناقص به‌دلیل ویژگی‌های خاص موقعیت تعریف شده است (۱۲). عدم تحمل ابهام نوعی سوگیری شناختی است که بر نحوهٔ درک و تفسیر و واکنش فرد به موقعیتی نامشخص در سطوح احساسی و تفسیری و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۱۳). ابهام مانعی است که تصمیم‌گیری را مختل می‌کند. افراد با تحمل ابهام زیاد، در حل مشکلات متعارض راه‌حل‌های زیادی در ذهن دارند و بهترین راه‌حل را به‌طور مؤثر به‌کار می‌برند و نگرانی و تنش کمتری را تجربه می‌کنند (۱۴)؛ اما افراد دارای تحمل ابهام کم، موقعیت‌های ابهام‌برانگیز را فشارزا و پرتنش و منفی توصیف می‌کنند و تلاش دارند از این موقعیت‌ها اجتناب ورزند (۱۵). نتایج مطالعات نشان‌دهندهٔ آن بود که تحمل ابهام با اضطراب در بیماران سرطانی رابطه دارد؛ همچنین تحمل ابهام زیاد، در افراد سرطانی باعث کاهش اضطراب در آنان می‌شود (۱۶).

ارتباط بین چگونگی تغییر ذهن[11] در بیماران مبتلا به سرطان و نحوهٔ عملکرد آن‌ها به‌روش‌هایی که برای سلامتی‌شان مفید است، موضوع مهمی است که در سراسر جهان دربارهٔ آن بحث می‌شود. ازآنجاکه سرطان بیش از یک علت و بیش از یک راه برای درمان دارد، عوامل روانی و رفتاری به‌اندازهٔ عوامل جسمانی مهم است. علاوه‌بر درمان‌های دارویی، درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی برای مشکلات سلامت روان کمک‌کننده است (۱۷). درمان‌های روان‌شناختی متعددی مانند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[12] تاکنون برای جنبه‌های مختلف بیماران مبتلا به سرطان ریه استفاده شده است (۶). تمرکز اول درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بر پذیرش به‌عنوان فرایندی است که سازگاری روانی را افزایش می‌دهد و با اجتناب تجربی و مقابلهٔ ناکارآمد مقابله می‌کند. تمرکز دوم درمان، تعهد و اقدام درجهت ساختن زندگی مبتنی‌بر ارزش‌های پایدار است. باتوجه‌به شیوع روزافزون سرطان ریه در جوامع مدرن و در پی آن شیوع اختلالات روانی در این بیماران، به‌نظر می‌رسد درمان مذکور با تمرکز بر مؤلفه‌های پذیرش و تغییر رفتار، قادر است عوارض جانبی را کم کند و شرایط زندگی این جمعیت را بهبود دهد. پذیرش در میان بیماران مبتلا به سرطان ریه می‌تواند منجربه پیشرفت درمان‌های پزشکی و نیز شرایط جدیدی شود که کیفیت زندگی[13] بیمار را بهبود می‌بخشد (۳)؛ به‌طورکلی، شواهد تجربی در حمایت از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌منزلهٔ درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان ریه وجود دارد. پژوهشی نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش

[1]. Cancer
[2]. Lung cancer
[3]. Deprresion
[4]. Anxiety
[5]. Emotional disorders
[6]. Emotion regulation
[7]. Intolerance of uncertainty
[8]. Adaptability
[9]. Suppression
[10]. Reappraisal
[11]. Change of mind
[12]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[13]. Quality of life

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

خستگی و افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان ریه دارای تأثیر مثبت است (۴). در پژوهشی دیگر مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان ریه اثرگذار است (۱۸).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با سلامت روان ارتباط دارد و تحقیقات متعددی اثربخشی آن را تأیید کرده است؛ اما این روش درمانی ظرفیت زیادی برای انجام تحقیقات بیشتر دارد. باتوجه‌به اهمیت سازه‌های روان‌شناختی[1] در سلامت بیماران مبتلا به سرطان ریه و تأثیر بالقوهٔ آن بر نتیجهٔ درمان و نبود برنامه‌های آموزشی تخصصی روان‌شناختی در مراکز درمانی، نیاز به مداخلات روان‌شناختی بیش‌ازپیش احساس می‌شود. به‌علاوه مرور پیشینهٔ پژوهش نشان داد، درزمینهٔ تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان ریه، مطالعه‌ای به‌طور مستقیم صورت نگرفته است و پیشینهٔ پژوهشی به‌طور کافی وجود ندارد. سرطان به‌منزلهٔ بیماری، دارای مخاطرات آسیب‌زای روان‌شناختی ازجمله تنظیم هیجانی و عدم تحمل ابهام است و همین مسئله سازگاری مبتلایان را در ابعاد گوناگون تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ابهام و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان ریهٔ اسرا در شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌طور هدفمند انجام گرفت. بیماران مبتلا به سرطان ریه باتوجه‌به هدف پژوهش و اعلام رضایت شرکت در پژوهش وارد مطالعه شدند. طبق آمار اعلام‌شده ۱۳۲ بیمار در انجمن حاضر بودند؛ از این تعداد ۴۳ نفر شرایط ورود به مطالعه را نداشتند و شانزده نفر مایل به شرکت در مطالعه نبودند. سه نفر نیز فوت کردند که از مطالعه کنار گذاشته شدند. از بین هفتاد نفر باقی‌مانده، سی نفر به‌طور هدفمند انتخاب شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. در ادامه آزمودنی‌های گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار در جلسات درمانی شرکت کردند؛ ولی برای گروه گواه هیچ درمانی ارائه نشد. بعد از اتمام جلسات، از دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد. دو نفر از اعضای گروه گواه از ادامهٔ پژوهش انصراف دادند و دو نفر از گروه آزمایش بیشتر از دو جلسه غیبت داشتند. درنهایت سیزده نفر در هر گروه باقی ماندند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، گروه گواه بعد از اجرای پژوهش در جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شرکت کرد.

معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به سرطان ریه؛ اتمام مرحلهٔ شیمی‌درمانی؛ رضایت شرکت در پژوهش؛ دامنهٔ سنی ۲۰تا۵۰ سال؛ مبتلانبودن به اختلالات روانی. معیارهای خروج بیماران از پژوهش، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ شرکت در جلسات درمانی، بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی و شرکت هم‌زمان در جلسات روان‌درمانی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان[2]: این پرسش‌نامه توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و دارای ده سؤال است (۱۹). پرسش‌نامه دو خرده‌مقیاس سرکوب و بازارزیابی دارد. نمره‌گذاری آن به‌روش لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً موافقم=۷ تا کاملاً مخالفم=۱ انجام می‌شود و دامنهٔ نمرات بین ۱۰تا۷۰ است. پرسش‌نامه حاوی دو خرده‌مقیاس بازارزیابی با شش سؤال و سرکوبی با چهار سؤال است. سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ در پرسش‌نامه، سرکوب را و سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ بازارزیابی را می‌سنجد (۱۹). روایی پرسش‌نامه با روش همسانی درونی در خرده‌مقیاس‌های سرکوب ۰/۶۹ و در بازارزیابی ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین ضریب پایایی آن به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بازارزیابی ۰/۷۱ و سرکوب ۰/۷۵ بود (۱۹). در ایران، حسنی روایی پرسش‌نامه را ازطریق تحلیل‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (همبستگی بین دو زیرمقیاس) ۰/۱۱ و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سرکوب ۰/۷۳ و بازارزیابی ۰/۷۹ و کل مقیاس ۰/۶۹ به‌دست آورد (۲۰).

ـ مقیاس تحمل ابهام[3]: این مقیاس توسط مک‌لین در سال ۱۹۹۳ برای سنجش تحمل ابهام ساخته شد و دارای ۲۲ سؤال است (۲۱). نمره‌گذاری آن به‌روش لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ انجام می‌شود و دامنهٔ نمرات بین ۲۲تا۱۲۰ است. نمرات کمتر نشان‌دهندهٔ تحمل ابهام ضعیف در فرد است. افرادی که نمرات بیشتری دارند، دارای تحمل ابهام بیشتری هستند. پرسش‌نامه دارای خرده‌مقیاس نیست و یک نمرهٔ کلی دارد (۲۱). پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی صوری آن به‌کمک نظرات خبرگان ۰/۷۸ گزارش شد (۲۱). در ایران فیضی و همکاران پایایی مقیاس را ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازهٔ آن را ۰/۴۸ به‌دست آوردند (۲۲).

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: برنامهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط هیز و همکاران (۲۳) تدوین شد. این درمان در پژوهش حاضر به‌کار رفت و روایی محتوایی آن توسط سه متخصص روان‌شناسی بالینی به‌تأیید رسید. جلسات به‌شکل فردی برگزار شد. خلاصهٔ محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک‌متغیری) در سطح معناداری ۰/۰۵ ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ تجزیه‌وتحلیل شد.

[1]. Psychological constructs
[2]. Emotion Regulation Questionnaire (ERG)
[3]. Ambiguity Tolerance Scale–I (MSTAT-I)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

جدول ۱. خلاصهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه، بررسی جزئیات افکار ناراحت‌کننده، روش‌های مقابله با آن و میزان اثربخشی روش‌ها، ایجاد ناامیدی خلاقانه
دوم	استعارهٔ مسابقهٔ طناب‌کشی و فردی در چاه و ادامهٔ ناامیدی خلاقانه، ذهن‌آگاهی
سوم	محدودیت‌های شاهد اتفاقات شخصی، پذیرش افکار ناراحت‌کننده و رغبت به نبود شاهد افکار منفی
چهارم	بررسی جلسهٔ قبل و استفاده از استعاره‌های دستگاه پلی‌گراف و دو ترازو
پنجم	تمرینات گسستگی، ذهن‌آگاهی و تماس با لحظهٔ حال، تمرین برگ‌های شناور بر جوی آب
ششم	خود به‌عنوان یک ساختار، جداساز بین خود و افکار، استعارهٔ صفحهٔ شطرنج
هفتم	ارزش‌های بیمار، ارتقا و بهبود در تعهدات رفتاری
هشتم	استعارهٔ زاغ‌نشینی دم در، استفاده از تمرینات آموخته‌شده در جلسات قبل

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۵/۳۶ سال و انحراف معیار ۲/۶۵ و در گروه گواه ۳۱/۸۵ سال و انحراف معیار ۳/۲۳ بود. در گروه آزمایش سه نفر (۲۳/۱درصد) کمتر از دیپلم، چهار نفر (۳۰/۸درصد) دیپلم، چهار نفر (۳۰/۸درصد) کارشناسی، دو نفر (۱۵/۴درصد) کارشناسی‌ارشد و در گروه گواه سه نفر (۲۳/۱درصد) کمتر از دیپلم، پنج نفر (۳۸/۵درصد) دیپلم، سه نفر (۲۳/۱درصد) کارشناسی و دو نفر (۱۵/۴درصد) کارشناسی‌ارشد داشتند. ازنظر وضعیت تأهل در گروه آزمایش هفت نفر (۵۴درصد) مجرد و شش نفر (۴۶درصد) متأهل و در گروه گواه هشت نفر (۶۱درصد) مجرد و پنج نفر (۳۹درصد) متأهل بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحمل ابهام و تنظیم هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تحمل ابهام	میانگین	۴۰/۷۷	۴۳/۳۸	۴۰/۰۰	۳۹/۱۵
	انحراف معیار	۲/۴۸۸	۱/۹۳۸	۲/۹۷۲	۲/۳۰۴
سرکوب	میانگین	۱۶/۶۹	۱۳/۱۵	۱۷/۱۵	۱۷/۰۸
	انحراف معیار	۲/۲۸۷	۱/۷۷۲	۲/۹۹۶	۲/۹۰۰
بازارزیابی	میانگین	۱۳/۰۰	۱۹/۶۲	۱۵/۶۹	۱۶/۱۵
	انحراف معیار	۱/۵۸۱	۱/۹۸۱	۲/۴۹۶	۲/۱۹۳

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. میانگین نمرات گروه آزمایش در تحمل ابهام و سرکوب و بازارزیابی درمقایسه با گروه گواه تفاوت چشمگیری داشت؛ اما در گروه گواه تغییرات محسوسی مشاهده نشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار p	مجذور اتا
تحمل ابهام	گروه	۲۴/۰۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	پیش‌آزمون	۵/۳۸۸	۰/۰۳۰	۰/۲۰۴
سرکوب	گروه	۲۰/۲۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	پیش‌آزمون	۱۹/۴۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
بازارزیابی	گروه	۵۰/۹۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۸
	پیش‌آزمون	۲۰/۵۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۵

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. برای ارزیابی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش، آزمون شاپیرو ـ ویلک به‌کار رفت. نتایج این آزمون حاکی‌از نرمال‌بودن تمام متغیرها در تمام مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود ($p>۰/۰۵$). برای بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون برای تحمل ابهام (F=۰/۰۴۶، $p=۰/۸۳۲$) و سرکوب (F=۰/۴۳۲، $p=۰/۵۲۲$) و بازارزیابی (F=۰/۵۴۰، $p=۰/۴۶۹$) به‌دست آمد. این نتایج نشان داد، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد. پیش‌فرض مربوط به همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار بود ($p>۰/۰۵$).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون در تحمل ابهام، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون معنادار بود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

($F=۲۴/۰۲۴$، $p<۰/۰۰۱$)؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل ابهام در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون شد؛ همچنین اندازهٔ اثر مداخله ۰/۴۸۱ بود؛ یعنی ۴۸/۱درصد از واریانس نمرات مربوط به تأثیر مداخلهٔ درمانی بود. در ادامه با کنترل اثر پیش‌آزمون در سرکوب مشخص شد، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون معنادار بود ($F=۲۰/۲۲۸$، $p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب کاهش سرکوب در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد؛ به‌علاوه میزان تأثیر آن برابر با ۰/۴۹۱ بود؛ یعنی ۴۹/۱درصد از واریانس نمرات مربوط به تأثیر مداخلهٔ درمانی بود. با کنترل اثر پیش‌آزمون در بازارزیابی مشخص شد، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون معنادار بود ($F=۵۰/۹۷۸$، $p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بازارزیابی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد؛ همچنین میزان تأثیر آن برابر با ۰/۷۰۸ بود؛ یعنی ۷۰/۸درصد از واریانس نمرات مربوط به تأثیر مداخلهٔ درمانی بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان ریه بود. یافته‌ها نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل ابهام و بازارزیابی و کاهش سرکوب در بیماران مبتلا به سرطان ریه شد. این یافته با پژوهش‌های لی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش بر تعهد بر کاهش خستگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطان ریه (۴)، کاپلان و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش انگ اجتماعی در بیماران سرطان ریه (۶)، فدحیل و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود تحمل پریشانی و اضطراب مرگ بیماران سرطان ریه (۱۸) و کوله و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی‌بر وب بر افزایش خودیاری بیماران سرطانی (۲۴)، همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجانی باید گفت، بیماران مبتلا به سرطان در طول بیماری خود با استرس‌های متعددی ازجمله ترس از مرگ احتمالی، استرس اطلاع‌دادن به اعضای خانواده از بیماری و استرس آگاهی از وقوع تغییرات درخورتوجه در زندگی مانند ازهم‌پاشیدگی زندگی، انگ اجتماعی، درمان‌های سخت و آزاردهنده، ناهنجاری‌های جسمانی به‌دلیل عوارض جانبی جراحی و درمان‌های کمکی، محدودیت‌های فیزیکی مداوم و اختلال در شبکه‌های حمایت اجتماعی مواجه هستند؛ به‌عبارت‌دیگر، آن‌ها هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کنند و انتظار مرگ و ترس از روند مرگ نیز در تنظیم هیجان آنان تأثیر منفی دارد (۲۵). هنگامی که فرد با موقعیت هیجانی همچون سرطان روبه‌رو است، احساسات خوب برای تنظیم هیجانی کافی نیست؛ بلکه فرد نیاز دارد در این موقعیت بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد تا بتواند هیجانات خود را مدیریت کند. در این رویکرد با استفاده از راهبردهایی فرد یاد می‌گیرد درقبال تنظیم هیجانی خویش در مواجهه با استرس‌ها، از هیجانات منفی خود بکاهد و درنتیجه هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کند (۶)؛ درواقع، در این رویکرد درمانی هدف از تأکید بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی آن است که به ایشان کمک شود افکار آزاردهندهٔ خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامهٔ فعلی‌شان آگاه شوند (۱۸)؛ همچنین به‌جای پاسخ‌دادن به آن، هیجانات خود را بازارزیابی کنند و به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است، بپردازند. این درمان توانایی مُراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربهٔ خود درزمان حال و براساس آنچه در همان لحظه امکان‌پذیر است، بهبود می‌بخشد (۶). ارتباط با لحظهٔ اکنون، فرایندی است که ازطریق آن فرد می‌آموزد به‌جای آنکه به‌طور مداوم در گذشته و آینده زندگی کند، بر احساسات حال حاضر خود تمرکز داشته باشد (۱۷). به‌علاوه با آموزش ذهن‌آگاهی در جریان درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، فرد می‌تواند از چهارچوب رفتارها و افکار فعلی‌اش خارج شود و با استفاده از فضای تنفس یک‌دقیقه‌ای، گزینه‌های بیشتری را تجربه کند و دور باطل همیشگی حاصل از نتایج رفتارها و فکرهای خود را بشکند. ذهن‌آگاهی قابلیتی مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌های بهتر بیندیشد و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند (۳)؛ این امر تنظیم هیجان را در فرد بهبود می‌بخشد؛ به‌طورکلی باید گفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌دنبال تغییر محتوای افکار نیست؛ بلکه با ایجاد گسلش و پذیرش و مهارت‌های ذهن‌آگاهی سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌شود و نتیجهٔ آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد به‌عنوان انسانی هشیار و آگاه است (۴)؛ لذا فرد به هیجانات خود پاسخ بهتری می‌دهد؛ بنابراین، در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به بیمار کمک می‌شود به‌جای تلاش در کنترل و مهار هیجانات خود، آن‌ها را کمتر تهدیدکننده ببیند و بپذیرد؛ همین امر منجر می‌شود تنظیم هیجانی در وی بهبود یابد.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل ابهام باید گفت، ازآنجاکه پذیرش و تعهد حالت‌های آگاهی قضاوت‌نشدنی و متعادل است، درک و پذیرش واضح احساسات و پدیده‌های فیزیکی را در هنگام توضیح این احساسات تسهیل می‌کند؛ پس آموزش آن به بیماران، ایشان را قادر می‌سازد احساسات و علائم روانی خود را بپذیرند. پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و احساس بیش‌ازحد به مسائل مربوط به بیماری می‌شود (۲۵) و درنهایت سازگاری و تحمل شرایط مبهم آن‌ها را بهبود می‌بخشد. به‌کمک فاصله‌گیری شناختی، بیماران می‌توانند مشکلات خود را از بیرون ببینند و آزادانه‌تر دربارهٔ مشکلات و بیماری‌شان صحبت کنند. به‌علاوه به فرد امکان می‌دهد ارزش‌های شخصی و اولیهٔ خود را شناسایی کند، آن‌ها را به‌تفصیل هدف بحث قرار دهد و اهداف رفتاری خاصی را توسعه بخشد (۳). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازطریق فرایندهای پذیرش افکار و احساسات مزاحم، تماس با لحظه، شناسایی ارزش‌های شخص و ترغیب فرد به انجام اعمال مبتنی‌بر این ارزش‌ها، شرایط لازم برای ایجاد زندگی غنی و ارزشمند فراهم می‌آید و درنتیجه سبب افزایش تحمل ابهام می‌شود (۱۸). افزایش ذهن‌آگاهی که فرد در این درمان می‌آموزد، به بیماران در ارزیابی دقیق بیماری و عوارض آن کمک می‌کند. ذهن‌آگاهی بخش مهمی از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است؛ زیرا به بیماران امکان می‌دهد دیدگاه جدیدی دربارهٔ رویدادهای ذهنی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

خود به‌دست آورند و افکار خویش را به‌عنوان چیزی جدا از خود ببینند. افرادی با اجتناب تجربی بیشتر، دارای تجربیات عاطفی مثبت کمتری هستند، رضایت کمتری از زندگی دارند و احساس می‌کنند زندگی معنای خود را از دست داده است. درمان مذکور با کاهش اجتناب تجربی و درنتیجه افزایش پذیرش بر نتایجی مانند افزایش رضایت از زندگی و کاهش پریشانی روانی تأثیر می‌گذارد (۲۵). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزش ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد تغییراتی در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات و افکار خود به‌وجود آورد و با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خویش بتواند بدون رنج از ابهام، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی خود ایجاد کند؛ این موضوع باعث می‌شود فرد زندگی در لحظه را تجربه کند و نگران آیندهٔ مبهم پیش رو، نباشد (۱۷)؛ بنابراین، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با ازبین‌بردن مشکلات عاطفی یا کاهش نشانه‌های عاطفی و شناختی و رفتاری درنهایت منجربه افزایش قدرت تحمل ابهام در فرد می‌شود.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر را باید امکان‌نداشتن همسان‌سازی گروه‌های آزمایش و گواه ازنظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانست. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، دوره‌های پیگیری در پژوهش لحاظ شود تا پایداری اثرات درمان در طول زمان بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر حاکی‌از اثربخش‌بودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل ابهام و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان ریه بود. آموزش ذهن‌آگاهی به‌عنوان مهارت سازگاری در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بیمار را کم کند؛ همچنین توان سازگاری وی را با شرایط کنونی افزایش دهد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، رویکرد صرفاً پزشکی برای بهبود سلامت روان مبتلایان به سرطان ریه کافی نیست؛ بنابراین، متخصصان باید از تأثیر عوامل روانی آگاه باشند و رویکرد جامع‌تری برای درمان این بیماری اتخاذ کنند؛ رویکردی که علاوه‌بر ویژگی‌های جسمانی، ویژگی‌های روانی را نیز در نظر بگیرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان انجمن حمایت از بیماران سرطانی اسرا که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت شرکت‌کنندگان

برای رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، حضور داوطلبانه و محرمانه‌بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان در فرایند پژوهش در نظر گرفته شد.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ نهاد و سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول مسئول ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی بود. در مراحل بعدی همهٔ نویسندگان سهم و مشارکت یکسانی در تهیهٔ مقاله داشتند.

References

1. Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. CA Cancer J Clin. 2022;72(3):230–62. doi: 10.3322/caac.21719
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. doi: 10.3322/caac.21660
3. Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, et al. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in advanced lung cancer and caregiver distress: a pilot randomized trial. J Pain Symptom Manage. 2019;58(4):632–44. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.021
4. Li H, Jin X, Ng MSN, Mann KF, Wang N, Wong CL. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on fatigue interference and health-related quality of life among patients with advanced lung cancer: A pilot randomized controlled trial. Asia Pac J Oncol Nurs. 2022;9(8):100102. doi: 10.1016/j.apjon.2022.100102
5. Suazo-Zepeda E, Vinke PC, Heuvelmans MA, Sidorenkov G, Hiltermann TJN, De Bock GH. Quality of life after treatment with immune checkpoint inhibitors for lung cancer; the impact of age. Lung Cancer. 2023;176:89–97. doi: 10.1016/j.lungcan.2022.12.017
6. Kaplan DM, Hamann HA, Price SN, Williamson TJ, Ver Hoeve ES, McConnell MH, et al. Developing an ACT-based intervention to address lung cancer stigma: Stakeholder recommendations and feasibility testing in two NCI-designated cancer centers. J Psychosoc Oncol. 2023;41(1):59–75. doi: 10.1080/07347332.2022.2033377
7. O'Toole MS, Mennin DS, Applebaum A, Weber B, Rose H, Fresco DM, et al. A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for psychologically distressed caregivers of cancer patients. JNCI Cancer Spectrum. 2020;4(1):pkz074. doi: 10.1093/jncics/pkz074
8. Swerdlow BA, Johnson SL. The Interpersonal Regulation Interaction Scale (IRIS): a multistudy investigation of receivers' retrospective evaluations of interpersonal emotion regulation interactions. Emotion. 2022;22(6):1119–36. doi: 10.1037/emo0000927

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

9. Gračanin A, Kardum I, Gross JJ. The croatian version of the emotion regulation questionnaire: links with higher- and lower-level personality traits and mood. Int J Psychol. 2020;55(4):609–17. doi: 10.1002/ijop.12624
10. Ebrahimpourghavi M, Sharifidaramadi P, Pezeshk S. The effectiveness of emotional regulation on depression in children with cancer. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020;6(4):220–30. [Persian] doi: 10.29252/jcmh.6.4.20
11. Tanna V, Cunningham SJ, Simon P, Spunt SL, Schapira L, Simons LE, et al. Pain and intolerance of uncertainty among adolescent and young adult cancer survivors. J Pain. 2021;22(5):611. doi: 10.1016/j.jpain.2021.03.132
12. Seyed Hashemi SG, Merghati Khoei E, Hosseinnezhad S, Mousavi M, Dadashzadeh S, Mostafaloo T, et al. Personality traits and substance use disorders: comparative study with drug user and non-drug user population. Pers Individ Dif. 2019;148:50–6. doi: 10.1016/j.paid.2019.05.015
13. Blanuša J, Barzut V, Knežević J. Direct and indirect effect of intolerance of uncertainty on distress during the covid-19 pandemic. Primenjena psihologija. 1970;13(4):473–87. doi: 10.19090/pp.20.4.473-487
14. Carleton RN. Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. J Anxiety Disord. 2016;39:30–43. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.007
15. Bottesi G, Ghisi M, Sica C, Freeston MH. Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. Compr Psychiatry. 2017;73:111–9. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.11.014
16. Tan HJ, Marks LS, Hoyt MA, Kwan L, Filson CP, Macairan M, et al. The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in men on active surveillance for prostate cancer. J Urol. 2016;195(6):1724–30. doi: 10.1016/j.juro.2016.01.108
17. Molavi A, Afshar-Zanjani H, Hajializadeh K. Comparison of the effectiveness of self-care group training and group-based acceptance and commitment therapy on the quality of life and psychological well-being of patients with type 2 diabetes. International Journal of Body, Mind and Culture. 2023;7(3):163–71. doi: 10.22122/ijbmc.v7i3.220
18. Fadhil AA, Kadhim QK, Shakir A, Alaraji MK, Hussein HA, Yousuf LM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and death anxiety in patients with lung cancer. International Journal of Body, Mind and Culture. 2023;9:82–91. doi: 10.22122/ijbmc.v9isp.422
19. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
20. Hasani J. Assessment of the reliability and validity of the persian version of emotion regulation process strategies questionnaire. Educational Measurement. 2014;4(14):111–46. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_89.html
21. Mclain DL. The Mstat-I: a new measure of an individual's tolerance for ambiguity. Educ Psychol Meas. 1993;53(1):183–9. doi: 10.1177/0013164493053001020
22. Feizi A, Mahbobi T, Zare H, Mostafaei A. The relationship of cognitive intelligence and ambiguity tolerance with entrepreneurship among students of West Azarbayjan Payam Noor University, Iran. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2012;10(4):276–84. [Persian]
23. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
24. Köhle N, Drossaert CHC, Ten Klooster PM, Schreurs KMG, Hagedoorn M, Van Uden-Kraan CF, et al. Web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion training: a randomized controlled trial with automated versus personal feedback. Support Care Cancer. 2021;29(9):5115–25. doi: 10.1007/s00520-021-06051-w
25. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]