

## The Role of Psychological Inflexibility and Health Beliefs, in the Psychological Well-Being of Cardiovascular Patients

**Alireza Moradi** 

Full Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

**Jafar Hassani** 

Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

**Mahmoud Borjali** 

Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

**Bayane Abdollah Zadeh** \*

Department of psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran

### Abstract

The aim of present study was to investigate role of two main process of psychological inflexibility, including Experiential Avoidance (EA) and cognitive Fusion, and health beliefs, in psychological well-being of cardiovascular patients. To this end, 300 individuals with cardiovascular disease, who referred to shahid gholipour medical center Bukan city, were selected by purposive sampling in a correlational design and responded to research instruments. The instruments were including Health Belief Questionnaire, Acceptance and action-II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), and Ryff Scales of Psychological well-being (short-form (RSPW-SF)). Results showed health beliefs, EA and CF were significantly correlated with all subscales and total score of psychological well-being, especially self-acceptance, positive relation with others, personal growth and mastering environment, among cardiovascular patients ( $p < 0.05$ ).

\* Corresponding Author: bayanabdollahzade1979@gmail.com

**How to Cite:** Moradi, A., Hassani, J., Borjali, M., Abdollah Zadeh, B. (2023). The Role of Psychological Inflexibility and Health Beliefs, in the Psychological Well-Being of Cardiovascular Patients, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 13(51), 1-28. DOI: 10.22054/jcps.2023.16451

Regression analysis indicated severity of harm (subscale of health belief) and EA as a significant predictor of self acceptance; vulnerability to harm (subscale of health belief) and EA as significant predictor of positive relation with others, personal growth and mastering environment; vulnerability to harm as significant predictor of independence, vulnerability to harm and EA as significant predictor of total psychological well-being. Findings suggest that psychological inflexibility components, especially EA, and health beliefs have impact on well-being of patients with cardiovascular disease and weaken their psychological well-being.

**Keywords:** Cardiovascular Diseases, Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, Health Beliefs.

### **1. Introduction**

Every year, about 18 million people die due to cardiovascular diseases, and these diseases are responsible for 31% of all deaths (Ormazabal, Nair, Elfeky, Aguayo, Salomon & Zuñiga, 2018). The complications of cardiovascular diseases affect the mental health of patients and expose them to the risk of psychological problems such as anxiety and depression (Kubzansky et al., 2018). On the other hand, the evidence shows that physical risk factors explain only half of the variance of heart disease, and psychological and social factors also play an important role in the occurrence of coronary artery disease. It seems that among the psychological factors effective in health are psychological flexibility and disease beliefs. Psychological flexibility refers to the change or continuation of behavior in line with the chosen values (Watts, & Luoma, 2020). Flexible behavior maintains well-being, while psychological inflexibility increases dysfunction and is associated with reduced quality of life and positive emotional experiences (Davis, Barrett, & Griffiths, 2020). The main source of psychological inflexibility is the two processes of experiential avoidance and cognitive fusion (Zeifman, Wagner, Watts, Kettner, Mertens, & Carhart-Harris, 2017). Experiential avoidance is a regulatory strategy that includes trying to control or avoid unpleasant thoughts, feelings, or physical sensations and can negatively strengthen avoidance behavior by creating immediate and short-term relaxation (Tursi, Sellers, & Marquis, 2022). Cognitive fusion is also a state that causes a person to blend with the content of thinking instead of paying attention to the process of thinking (Kelly, DeBeer, Meyer, Kimbrel, Gulliver, & Morissette, 2020). In this situation, the verbal processes such as the person's thoughts and behavior are ineffectively regulated and guide the person's behavior. The results of various studies indicate the role of experiential avoidance and cognitive fusion in the emergence and exacerbation of psychological problems and disorders (Brereton, & McGlinchey, 2020). It seems that in cardiovascular patients, the role of psychological factors such as a person's beliefs about health as well as their ability to cope with the disease, have almost the same share as physical factors (Faustino, & Vasco, 2020). A person's belief in the risk of a health problem is influenced by the perception of the severity of the health problem and the perceived vulnerability to that disease (Almeida et al., 2020).

Research has shown that people suffering from cardiovascular diseases have incompatible beliefs about the disease, which disrupts the recovery process. Based on this, the aim of the present study was to investigate the role of psychological inflexibility and health beliefs in the psychological health of cardiovascular patients.

## **2. Literature Review**

Kirk et al. (2019) in a study showed that in participants with panic symptoms, experiential avoidance is able to predict quality of life. In a study, Brereton and McGlinchey (2020) showed that studies support the role of experiential avoidance in self-injurious behavior. Cheng et al. (2021) showed in a study that adolescents with cognitive fusion and experiential avoidance are more prone to rumination. In a study on people with eating disorders, Scardera, Sacco, Sante, & Booij (2021) showed that 67% of changes in eating disorders can be predicted by cognitive fusion related to body image.

## **3. Methodology**

The statistical population of the present study consists of people suffering from cardiovascular diseases who were referred to the medical centers of Bukan City, and according to the size of the population and the research design, 300 people were selected to participate in the study by purposeful sampling. In order to collect data, medical centers and hospitals of Bukan City were visited and people eligible for a diagnosis of cardiovascular diseases were selected after obtaining their consent, they were asked to participate in the research. In a one-on-one session, the research tools were provided to the patients, and by providing explanations about the research objectives, the patients completed the Health Belief Questionnaire, Acceptance and action-II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), and Ryff Scales of Psychological well-being (short-form (RSPW-SF)). Then these questionnaires were scored and the data were entered into SPSS software for analysis.

## **4. Results**

Pearson's correlation coefficient was used to examine the relationship between predictor variables and different dimensions of psychological well-being. Health beliefs, experiential avoidance and cognitive fusion are significantly correlated with the psychological well-being

dimensions of cardiovascular patients ( $P < 0.01$ ).

**Table 1. Regression analysis of components based on experiential avoidance and cognitive fusion**

Dependent variable	Predictors	$\beta$	t	P
Acceptance	Intensity	-0.28	4.23	0.01
	Avoidance	-0.57	6.27	0.01
Positive relationships	Damage	-0.26	3.54	0.01
	Avoidance	-0.19	1.92	0.05
Autonomy	Fusion	-0.20	2.10	0.03
	Damage	-0.22	2.38	0.05
Objective life	Intensity	-0.18	0.94	0.09
	Avoidance	-0.16	0.88	0.11
Personal growth	Intensity	-0.46	6.86	0.01
	Avoidance	-0.25	2.77	0.01
Mastery of environment	Intensity	-0.37	5.31	0.01
	Avoidance	-0.53	5.55	0.01
Mental health	Intensity	-0.38	6.87	0.01
	Avoidance	-0.44	5.80	0.01

Multivariate regression analysis was used to determine the role of health beliefs, cognitive fusion, and experiential avoidance in predicting components and the total score of well-being. According to the results of Table 1, predictor variables predict about 49% of the acceptance component ( $F(4, 292) = 71.78$ ;  $p < 0.01$ ). Predictor variables predict 37% of the component of positive relationships with others ( $F(4, 292) = 43.75$ ;  $p < 0.01$ ). Predictor variables predict 10% of this independence component ( $F(4, 292) = 8.13$ ;  $p < 0.01$ ). Predictive variables predict about 48% of components of personal growth ( $F(4, 292) = 69.04$ ;  $p < 0.01$ ). The findings related to mastering the environment indicate that 47% of predictor variables predict this component ( $F(4, 292) = 59.17$ ;  $p < 0.01$ ). The regression results of the total score of psychological well-being showed that the predictor variables are 65% of the changes of the total score of well-being ( $F(4, 292) = 135.00$ ;  $p < 0.01$ ) and only the effect coefficient of belief in the severity of harm and experimental avoidance ( $\beta = 0.38$ ) and ( $\beta = 0.44$ ) was significant.

## 5. Discussion

The findings showed that health beliefs and experiential avoidance play a prominent role in psychological well-being. The possible

explanation of these findings can be that the general tendency to avoid internal thoughts and experiences inversely increases physiological arousal and negative emotions, and as a result, it is more likely that unwanted emotional experiences will occur again in the future with more intensity. Avoiding to get rid of action, although it reduces the distress, in the long term, it keeps the anxiety. Avoiding the existing reality prevents effective responses of people to cognitive and emotional stimuli. Therefore, although cognitive avoidance strategies may appear to be effective in reducing anxiety, they disrupt mental health in the long run (Tursi et al., 2022). On the other hand, cognitive fusion and avoidance reduce a person's flexibility, which appears as an inability to be aware of internal experiences such as thoughts and feelings in the present (Watts, & Luoma, 2020). Psychological inflexibility and being involved in avoidance and mixing can be considered an obstacle in the way of health values, so a person cannot recognize the goals related to mental and physical health and perform activities in order to achieve health. (Eifert et al., 2009).





## **6. Conclusion**

The findings showed that among the predictor variables, especially after the injury severity, health beliefs and experiential avoidance play a prominent role in predicting most of the components of psychological well-being as well as the total score of psychological well-being.

## **Acknowledgments**

The authors appreciate and thank the participants who participated in the research.

## بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و باورهای سلامت در سلامتی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی

- علیرضا مرادی  استاد تمام روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- جعفر حسنی  دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- محمود برجعلی  استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- بیانه عبدالله زاده  \* مربی روانشناسی بالینی و سلامت، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، بوکان، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش دو مؤلفه اصلی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، شامل اجتناب تجربی و آمیختگی شناختی و باورهای بیماری در سلامتی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بود. به‌منظور دستیابی به هدف پژوهش در قالب طرح همبستگی، ۳۰۰ بیمار قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی شهید دکتر قلی پور شهر بوکان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای سلامتی، پرسشنامه پذیرش و عمل، پرسشنامه آمیختگی شناختی و مقیاس سلامت روان‌شناختی ریف استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد باورهای سلامتی، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با همه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی به‌صورت معناداری ( $P < 0/01$ ) همبسته است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد باورهای مربوط به شدت آسیب و اجتناب تجربی پیش‌بین پذیرش خود، باورهای مربوط به آسیب‌پذیری، اجتناب و آمیختگی پیش‌بین روابط مثبت با دیگران، باور به آسیب‌پذیری پیش‌بین استقلال، باور شدت آسیب و اجتناب پیش‌بین رشد شخصی و باورهای مربوط به شدت آسیب و اجتناب پیش‌بین تسلط بر محیط بوده و باور به شدت آسیب و اجتناب پیش‌بین معنادار نمره کل بهزیستی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی است.

\* نویسنده مسئول: bayanabdollazade1979@gmail.com

۸ | مطالعات روان شناسی بالینی | سال سیزدهم | شماره ۵۱ | تابستان ۱۴۰۲

روان‌شناختی است. یافته‌های این مطالعه حاکی از نقش مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و باورهای مربوط به سلامتی در سلامتی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بوده که می‌تواند منجر به کاهش سلامتی روان‌شناختی این بیماران شوند.

**کلیدواژه‌ها:** بیماری قلبی عروقی، سلامت روانی، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، باورهای سلامت.



## مقدمه

هرساله حدود ۱۸ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست می‌دهند و این بیماری‌ها عامل ۳۱ درصد همه مرگ‌ومیرها هستند (اورمازابال، نایر، الفکی، آگویو، سالومون و زانیگا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ بیش از ۲۳ میلیون به بیماری‌های قلبی عروقی مبتلا خواهند شد (ژا، لئو، وانگ، ژانگ و ژو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). در ایران نسبت مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی ۲۵ تا ۴۵ درصد گزارش شده است (ملکی جاماسی، اعظمی، ثمری، یوسف‌وند و شورجه، ۱۳۹۸). بر اثر عوارض بیماری‌های قلبی عروقی، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دستخوش تغییرات فراوانی می‌گردد و این تغییرات بر سلامت روان بیماران تأثیر گذاشته و آن‌ها را در معرض خطر مشکلات روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد (کابزانسکی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی غالباً دچار ازکارافتادگی، ترس، نومی، اضطراب، افسردگی، تغییر شیوه زندگی، کاهش امید به زندگی و درنهایت کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (حیدری ثابت، میرزاحسینی و منیرپور، ۱۳۹۹). از سوی دیگر، شواهد حاکی از این است عوامل خطر جسمی و وراثتی تنها نیمی از واریانس بیماری قلبی را تبیین می‌کنند و عوامل روانی و اجتماعی نیز در بروز بیماری عروق کرونری نقش مهمی دارند (بوهم و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع، آسیب‌های روانی همچون علائم اضطراب و افسردگی هم می‌توانند زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی عروقی باشند و هم از عوارض این بیماری هستند و کیفیت زندگی بیماران را متأثر می‌سازند (کابزانسکی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین بررسی سطح سلامت و آسیب‌های روانی در بیماران قلبی عروقی و همچنین عوامل مؤثر در تقویت سلامت روان و کاهش آسیب‌های روانی در این بیماران از اهمیت برخوردار است. به نظر می‌رسد از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در سلامتی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۴</sup> و باورهای بیماری باشند.

1. Ormazabal, Nair, Elfeky, Aguayo, Salomon & Zuñiga

2. Zhao, Liu, Wang, Zhang & Zhou

3. Kubzansky

4. Psychological flexibility

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تغییر یا تداوم رفتار در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده، اشاره دارد (واتز و لوما<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰) و زمانی رخ می‌دهد که رفتار توسط واکنش‌های روان‌شناختی مانند آمیختگی شناختی<sup>۲</sup> و اجتناب تجربه‌ای<sup>۳</sup> هدایت شود (عطارد، نریمانی، صادقی، محمود علیلو و عطادخت، ۱۳۹۸). بر اساس مدل آسیب‌شناسی رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، بهیستی را حفظ می‌کند درحالی‌که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اختلال عملکرد را افزایش می‌دهد و با کاهش کیفیت زندگی و تجارب هیجانی مثبت همراه است (دیویس، بارت و گریفیث<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). منبع اصلی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی دو فرآیند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی است. اجتناب تجربه‌ای، راهبردی تنظیمی است که شامل تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار، احساسات یا حس‌های بدنی ناخوشایند است (زیفمن، واگنر، واتز، کتنر، مرتنز و کارهارت-هریس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). این سازه شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی است و به‌صورت بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی، احساسات بدنی، هیجانات، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری و همچنین تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی ظاهر می‌شود که موجب فراخواندن این تجارب می‌گردند (کیرک، میر، ویشمن، دیکان و آرک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). اجتناب تجربه‌ای، در کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده نقش دارد و می‌تواند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه‌مدت، به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت نمایند (تورسی، سلر و مارکوویس<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲). این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (کیلی، بیبر، میر، کیمبلر، گالیور و موریست<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، اجتناب

- 
1. Watts, & Luoma
  2. Cognitive Fusion
  3. Experiential Avoidance
  4. Davis, Barrett, & Griffiths
  5. Zeifman, Wagner, Watts, Kettner, Mertens, & Carhart-Harris
  6. Kirk, Meyer, Whisman, Deacon, & Arch
  7. Tursi, M. M., Sellers, C. R., & Marquis
  8. Kelly, DeBeer, Meyer, Kimbrel, Gulliver, & Morissette

تجربه‌ای راهبرد تنظیم هیجانی ناسازگارانه است که با کیفیت زندگی و سلامتی هیجانی ضعیف مرتبط است. مطالعات نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای با احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن همچون بیماری‌های قلبی-عروقی همبسته است (بررتون و مک‌گلینچی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

آمیختگی شناختی نیز حالتی است که موجب می‌شود فرد بجای توجه به فرایند فکر کردن، با محتوای تفکر آمیخته شود (بودنلاس، هاوس، برستین و اریو و مک‌گلینچی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). از دید بالینی آمیختگی شناختی فرآیندی است که به وسیله آن انسان‌ها از تجارب درونی گذرای خود (مثل افکار، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و تصاویر) غیرقابل تمایزند (فاستینو و اسکو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). در این وضعیت، فرایندهای کلامی مثل افکار و رفتار فرد به صورت غیرمؤثری تنظیم شده و رفتار فرد را هدایت می‌کنند (المدیا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). در واقع در آمیختگی شناختی، فرد فکر مربوط به یک اتفاق را با اتفاق واقعی یکی می‌داند و دست به رفتارهایی برای جلوگیری از اتفاق می‌زند (اسیجا، لوکیو-رکا، سوسو-ریبرا، کاتالا و پناکوبا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات مختلف حاکی از نقش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در بروز و تشدید مشکلات و اختلالات روان‌شناختی هستند (فاستینو و اسکو، ۲۰۲۰).

کیرک و همکاران (۲۰۱۹) در یک مطالعه بر روی بزرگسالان با علائم اضطراب اجتماعی یا هراس نشان دادند که در شرکت کنندگان با علائم هراس، اجتناب تجربی قادر است کیفیت زندگی را حتی پس از در نظر گرفتن رفتارهای ایمنی پیشگیرانه پیش‌بینی کند. بررتون و مک‌گلینچی (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری به بررسی رابطه بین خودجراحی، تنظیم هیجان و اجتناب تجربی پرداختند و نشان دادند مطالعات به‌طور آزمایشی از نقش اجتناب تجربی در خودجراحی و رفتار خود آسیب‌رسان حمایت می‌کنند.

- 
1. Brereton, & McGlinchey
  2. Brereton, & McGlinchey
  3. Faustino, & Vasco
  4. Almeida
  5. Écija, Luque-Reca, Suso-Ribera, Catala, & Peñacoba

المدیا و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که آمیختگی شناختی مرتبط با تصویر بدن یک واسطه مهم در رابطه بین شدت بیماری پسوریازیس و ناتوانی در پذیرش عوارض ناشی از آن بیماری بود. چنگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه بر روی نوجوانان نشان دادند که آمیختگی شناختی همراه با اجتناب تجربی در رابطه بین نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی دارای نقش میانجی هستند و نوجوانان با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی، بیشتر در معرض نشخوار فکری هستند. اسکاردر، ساکو، دیسانت و بویج<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) در یک مطالعه بر روی افراد مبتلا به اختلالات خوردن نشان دادند که ۶۷ درصد از تغییرات در اختلال خوردن توسط آمیختگی شناختی مرتبط با تصویر بدن قابل پیش‌بینی است.

یکی دیگر از متغیرهای همسو با آمیختگی شناختی، باورهای مرتبط با بیماری و سلامتی است. به نظر می‌رسد در بیماران قلبی عروقی نقش عوامل روان‌شناختی مثل باورهای فرد در خصوص سلامتی و همچنین توانایی خود برای کنار آمدن با بیماری، سهمی تقریباً مشابه با عوامل جسمانی مثل تعداد و شدت عروق مسدود شده و وخامت بیماری دارند و این عوامل نیز قادر به پیش‌بینی وضعیت عملکرد فرد بیمار هستند (حشمتی، ۱۳۹۷). به‌طور کلی مدل باورهای سلامتی یکی از تأثیرگذارترین نظریه‌ها در خصوص رفتارهای مرتبط با سلامت است. بر طبق این مدل احتمال در پیش گرفتن رفتار سلامتی به‌طور مستقیم به دو ارزیابی بستگی دارد: یکی ارزیابی میزان خطر یک مشکل سلامتی و دیگری ارزیابی منافع و موانع انجام رفتارهای سلامتی (ریندل و کاتما<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲). ارزیابی فرد از میزان خطر یک مشکل سلامتی تحت تأثیر درک شدت مشکل سلامتی و آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به آن بیماری قرار دارد (کیم، کانگ و کینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). تحقیقات نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد نسبت به بیماری قلبی دارند که این فرایند درمان و بهبودی را در آن‌ها دچار

1. Cheng
2. Scardera, Sacco, Di Sante, & Boijz
3. Reindl, D., & Catma
4. Kim, H. W., Kang, S. Y., & Kim

اختلال می‌سازد (لین، وانگ، تانگ، فیورز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی عروقی و سهم معنادار عوامل روان‌شناختی در بروز، تشدید و پیش‌آگهی این بیماری و همچنین اینکه بیماران قلبی عروقی در معرض مشکلات روانی متعدد ناشی از بیماری جسمی خود هستند، شناسایی عوامل خطر روانی در این بیماری حائز اهمیت است. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و باورهای سلامتی در سلامتی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بود.

### روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان تشکیل می‌دهند که با توجه به حجم جامعه و طرح تحقیق، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، به مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر بوکان مراجعه شد و افراد واجد تشخیص بیماری‌های قلبی-عروقی انتخاب‌شده و پس از کسب رضایت از آن‌ها درخواست شد که در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. در یک جلسه انفرادی ابزارهای پژوهش در اختیار بیماران قرار گرفت و با ارائه توضیحاتی در زمینه اهداف پژوهش و ارائه دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها، بیماران ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس این پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری و داده‌ها جهت تحلیل، وارد نرم‌افزار اسپس اس اس شد.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه باورهای سلامتی. این پرسشنامه بر مبنای مدل باورهای سلامتی توسط حشمتی (۱۳۹۷) ساخته شده و شامل دو مؤلفه آسیب‌پذیری و شدت بیماری است. مؤلفه باور به آسیب‌پذیری، باورهای فرد در مورد ابتلای مجدد نسبت به بیماری قلبی و مشکلات همراه با آن را می‌سنجد و شامل ۶ گویه است (مثل «من بر این باورم که دیگر بیماری قلبی در

1. Lin, Y., Wang, T., Tung, H.H., & Furze

من رخ نخواهد داد»؛ مؤلفه شدت باورهای بیمار در خصوص شدت و یا وخامت بیماری قلبی خود را می‌سنجد و شامل ۵ گویه (مثل «من بر این باورم که وقوع مجدد بیماری قلبی کشنده است») است. هر یک از گویه‌ها به صورت لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. حشمتی (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی باورهای سلامتی را ۰/۷۳، برای زیرمقیاس آسیب‌پذیری ۰/۶۸ و برای زیرمقیاس شدت بیماری ۰/۷۱ به دست آورده است که نشانگر پایایی مطلوب این ابزار است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی باورهای سلامتی ۰/۷۱، برای زیرمقیاس آسیب‌پذیری ۰/۶۹ و برای زیرمقیاس شدت بیماری ۰/۷۰ به دست آمده است.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPW-SF). پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۰ طراحی شده (ریف، کی یس و اشمتکین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲)، فرم اصلی دارای ۱۲۰ گویه بود، ولی امروزه دو فرم کوتاه ۸۴ و ۱۸ سؤالی نیز دارد که در پژوهش حاضر نسخه ۱۸ سؤالی آن مورد استفاده قرار گرفت. این فرم نیز همانند نسخه‌های دیگر آن دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود (گویه‌های ۲، ۸ و ۱۰)، رابطه مثبت با دیگران (گویه‌های ۳، ۱۱ و ۱۳)، خودمختاری (گویه‌های ۹، ۱۲ و ۱۸)، زندگی هدفمند (گویه‌های ۵، ۱۴ و ۱۶)، رشد شخصی (گویه‌های ۷، ۱۵ و ۱۷) و تسلط بر محیط (گویه‌های ۱، ۴ و ۶) است. نمره‌گذاری هر یک از گویه‌ها برحسب لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌گیرد (ریف و همکاران، ۲۰۰۲). طبق گزارش ریف و همکاران (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ و با بررسی ساختار عاملی آن، سازه شش مؤلفه‌ای آن تأیید شده است. همچنین همبستگی فرم کوتاه این مقیاس با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ متغیر است. چندین پژوهش در ایران نیز ساختار ۶ عاملی این ابزار را بررسی و روایی سازه آن را تأیید کرده‌اند (شکری، کدیور، فرزاد، دانشورپور، دستجردی و

1. The Ryff Scales of Psychological Well-Being
2. Ryff, Keyes, & Shmotkin

بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و باورهای سلامت در...؛ مرادی و همکاران | ۱۵

پاییزی، ۱۳۸۷؛ خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳). پایایی این ابزار نیز در مطالعات مختلف مطلوب گزارش شده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II). پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II)<sup>۱</sup> توسط باند، هیز، بائر، کارپنتر، گونول، اورکات و زتل<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز - ۱، خیلی بندرت - ۲، بندرت - ۳، گاهی اوقات - ۴، بیشتر اوقات - ۵، تقریباً همیشه - ۶، همیشه - ۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. پایایی آزمون-آزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون آن، ۰/۷۱ به دست آمده است (عباسی، فتی، مولودی و ضربایی، ۱۳۹۱). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ۰/۸۶ به دست آمده است.

پرسشنامه آمیختگی شناختی (CFQ). پرسشنامه آمیختگی شناختی<sup>۳</sup> توسط گیلاندرز و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) برای سنجش آمیختگی شامل باورپذیری افکار، واقعیت‌پنداری افکار، واکنش هیجانی به افکار، هدایت رفتار به واسطه افکار، تلاش برای کنترل افکار، تحلیل موقعیت‌ها و غیره تدوین شده است. این ابزار دارای یک عامل با ۷ گویه است. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) با انجام تحلیل عاملی تاییدی روی ۵ نمونه مختلف نشان دادند که مدل

1. Acceptance and action Questionnaire-II

2. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, & Zettle

3. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

4. Gillanders et al

این پرسشنامه دارای شاخص‌های برآزش مطلوب بوده و ساختار یک عاملی این پرسشنامه مورد تأیید است. همچنین روایی سازه، واگرا و همگرایی این ابزار از طریق همبستگی آن با پرسشنامه پذیرش و عمل، پرسشنامه زندگی ارزشمند<sup>۱</sup>، ذهن‌آگاهی، ابزارهای آسیب‌شناسی روانی و پرسشنامه رضایت زندگی مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن تأیید شده است. اعتبار ملاکی آن نیز به واسطه توانایی این ابزار برای تفکیک افراد دارای آشفتگی روان‌شناختی از افراد غیرآشفته مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. همچنین آلفای کرونباخ این ابزار در نمونه‌های مختلف بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمون ۰/۸۰ به دست آمده است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). اکبری و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود بر روی یک نمونه دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله ۵ هفته، ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه آمیختگی شناختی ۰/۸۷ به دست آمده است.

### یافته‌ها

از بین ۳۰۰ نفر نمونه، ۱۸۹ نفر مرد و ۱۱۱ نفر زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان مرد ۴۷/۶۵ با انحراف معیار ۸/۳۵ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان زن، ۴۴/۵۳ با انحراف معیار ۷/۶۹ بود. ۶۲٪ افراد دارای تحصیلات سیکل و یا زیر دیپلم، ۲۴٪ دیپلم و ۱۴٪ دارای تحصیلات کارشناسی و یا کارشناسی‌ارشد بودند. همچنین ۷۳٪ متأهل، ۵٪ مطلقه یا بیوه و ۱۲٪ مجرد بودند. جدول شماره ۱، گزارش توصیفی متغیرهای سلامت روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی و باورهای سلامت را نشان می‌دهد.



جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
باورهای سلامت	آسیب	۲۹۷	۳/۴۹	۱۲/۲۴
	شدت	۲۹۷	۳/۲۳	۱۰/۴۸
	کل	۲۹۷	۶/۳۵	۴۰/۳۴
	اجتناب تجربی	۲۹۷	۶/۱۸	۳۸/۲۲
	آمیختگی شناختی	۲۹۷	۶/۱۰	۳۷/۳۱
سلامت روان‌شناختی	پذیرش خود	۲۹۷	۲/۹۱	۸/۴۷
	روابط مثبت	۲۹۷	۲/۴۸	۶/۱۵
	استقلال	۲۹۷	۲/۱۳	۴/۵۴
	زندگی هدفمند	۲۹۷	۲/۱۳	۴/۵۵
	رشد شخصی	۲۹۷	۲/۵۳	۶/۴۲
	تسلط بر محیط	۲۹۷	۱/۴۷	۲/۱۶
	نمره کل	۲۹۷	۶۷/۹۷	۸۴/۸۹

برای بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین با ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. طبق جدول شماره ۲، باورهای سلامتی، اجتناب تجربی و آمیختگی شناختی با ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی به‌صورت معناداری همبسته است ( $P < 0/01$ ).

جدول ۲. همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	شدت (باور سلامتی)	آسیب (باور سلامتی)	باورهای سلامتی	اجتناب تجربی	آمیختگی شناختی
پذیرش خود	-۰/۵۵**	-۰/۵۷**	-۰/۵۹**	-۰/۶۴**	-۰/۵۲**
روابط مثبت	-۰/۴۸**	-۰/۵۰**	-۰/۵۲**	-۰/۵۴**	-۰/۵۳**
استقلال	-۰/۳۰**	-۰/۲۴**	-۰/۲۹**	-۰/۲۵**	-۰/۲۰**
زندگی هدفمند	-۰/۱۸**	۰/۲۱**	-۰/۲۰**	-۰/۲۳**	-۰/۲۵**
رشد شخصی	-۰/۵۶**	-۰/۶۴**	-۰/۶۳**	-۰/۵۶**	-۰/۵۱**

متغیر	شدت (باور سلامتی)	آسیب (باور سلامتی)	باورهای سلامتی	اجتناب تجربی	آمیختگی شناختی
تسلط بر محیط	-۰/۵۲**	-۰/۵۷**	-۰/۵۸**	-۰/۵۸**	-۰/۴۸**
بهزیستی کل	-۰/۶۵**	-۰/۶۸**	-۰/۷۱**	-۰/۷۱**	-۰/۶۷**

\*\* سطح معناداری  $p < ۰/۰۱$ ؛ \* سطح معناداری  $p < ۰/۰۵$

برای تعیین نقش باورهای سلامتی، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره هم‌زمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. قبل از گزارش نتایج رگرسیون پیش‌فرض‌های استقلال خطاها و هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد با توجه به اینکه شاخص دوربین-واتسون تحلیل رگرسیون در محدوده مطلوب قرار دارد (بین ۱/۵ تا ۲/۵)، فرض استقلال خطاها از همدیگر رعایت شده و با توجه به اینکه شاخص VIF هر یک از متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۵ قرار دارد، پس بین این متغیرها هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون مؤلفه‌ها بر اساس اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی

ملاک	تحلیل واریانس و ضریب تبیین	دوربین-واتسون	پیش‌بین‌ها	$\beta$	t	P
پذیرش خود	$(۲۹۲,۴) = ۷۱/۷۸$ $R^2 = ۰/۴۹, R = ۰/۷۰, F$	۱/۹۲	شدت	-۰/۲۸	۴/۲۳	۰/۰۱
			اجتناب	-۰/۵۷	۶/۲۷	۰/۰۱
			آسیب	-۰/۲۶	۳/۵۴	۰/۰۱
روابط مثبت	$(۲۹۲,۴) = ۴۳/۷۵$ $R^2 = ۰/۶۱, R = ۰/۳۷, F$	۱/۲۹	اجتناب	-۰/۱۹	۱/۹۲	۰/۰۵
			آمیختگی	-۰/۲۰	۲/۱۰	۰/۰۳
استقلال	$(۲۹۲,۴) = ۸/۱۳$ $R^2 = ۰/۳۱, R = ۰/۱۰, F$	۱/۶۸	آسیب	-۰/۲۲	۲/۳۸	۰/۰۵
زندگی هدفمند	$(۲۹۲,۴) = ۵/۸۱$ $R^2 = ۰/۲۷, R = ۰/۰۷, F$	۱/۲۸	شدت	-۰/۱۸	۰/۹۴	۰/۰۹
			اجتناب	-۰/۱۶	۰/۸۸	۰/۱۱
رشد شخصی	$(۲۹۲,۴) = ۶۹/۰۴$	۱/۶۲	شدت	-۰/۴۶	۶/۸۶	۰/۰۱

ملاک	تحلیل واریانس و ضریب تبیین	دوربین - واتسون	پیش‌بین‌ها	$\beta$	t	P
	$R^2=0/69, R=0/48, F$		اجتناب	-0/25	2/77	0/01
تسلط محیط	$(292,4) = 59/17$ $R^2=0/67, R=0/45, F$	2/05	شدت	-0/37	5/31	0/01
			اجتناب	-0/53	5/55	0/01
سلامت روان کل	$(292,4) = 135/00$ $R^2=0/80, R=0/65, F$	1/83	شدت	-0/38	6/87	0/01
			اجتناب	-0/44	5/80	0/01

$p < 0.01$

مطابق سطر اول جدول شماره ۳، متغیرهای پیش‌بین حدود ۰/۴۹ مؤلفه پذیرش خود را پیش‌بینی می‌کنند ( $F(4, 292) = 71.78; p < 0.01$ ) که بدین معناست که باورهای سلامتی، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی ۴۹ درصد تغییرات پذیرش خود را تبیین می‌کنند. از بین متغیرهای پیش‌بین، باورهای مربوط به شدت آسیب و اجتناب تجربی نقش معناداری در این پیش‌بینی دارند که ضریب تأثیر استاندارد آن‌ها به ترتیب  $(\beta = -0/28)$  و  $(\beta = -0/57)$  است. همچنین، متغیرهای پیش‌بین ۰/۳۷ مؤلفه روابط مثبت با دیگران را پیش‌بینی می‌کنند ( $F(4, 292) = 43.75; p < 0.01$ ) که نشانگر سهم ۳۷ درصدی آن‌ها در تبیین این مؤلفه از بهزیستی روان‌شناختی است و متغیر باورهای مربوط به آسیب‌پذیری، اجتناب تجربی و آمیختگی شناختی نقش معناداری در این پیش‌بینی دارند که ضریب تأثیر آن‌ها به ترتیب  $(\beta = -0/26)$ ،  $(\beta = -0/19)$  و  $(\beta = -0/20)$  است. در زمینه مؤلفه سوم بهزیستی روان‌شناختی، استقلال، متغیرهای پیش‌بین ۰/۱۰ این مؤلفه را پیش‌بینی می‌کنند ( $F(4, 292) = 8.13; p < 0.01$ ) که باور به آسیب‌پذیری ده درصد تغییرات استقلال را به صورت معناداری تبیین می‌کند. در مورد مؤلفه زندگی هدفمند، ضریب تأثیر هیچ کدام از متغیرهای پیش‌بین معنادار نبود. جدول فوق نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین حدود ۰/۴۸ مؤلفه رشد شخصی را پیش‌بینی می‌کنند ( $F(4, 292) = 69.04; p < 0.01$ ) و از بین این چهار متغیر پیش‌بین، باور به شدت آسیب و اجتناب تجربی نقش معناداری دارند که ضریب تأثیر استاندارد آن‌ها به ترتیب  $(\beta = -0/46)$  و  $(\beta = -0/25)$  است. یافته‌های مربوط به آخرین مؤلفه بهزیستی، تسلط

بر محیط، نیز نشانگر این است که متغیرهای پیش‌بین ۰/۴۷ این مؤلفه را پیش‌بینی می‌کنند (F (4, 292)=59.17; p<0.01) که باورهای مربوط به شدت آسیب و اجتناب تجربی نقش معناداری در این پیش‌بینی داشته و ضریب تأثیر استاندارد آن‌ها به ترتیب  $(\beta=-0.37)$  و  $(\beta=-0.53)$  است. نتایج رگرسیون نمره کل بهزیستی روان‌شناختی نشان داد متغیرهای پیش‌بین ۶۵ درصد تغییرات نمره کل بهزیستی هستند (F (4, 292)=135.00 p<0.01) که فقط ضریب تأثیر باور به شدت آسیب و اجتناب تجربی  $(\beta=-0.38)$  و  $(\beta=-0.44)$  معنادار بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش باورهای سلامتی، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در سلامت روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بود. یافته‌ها نشان دادند از بین متغیرهای پیش‌بین، به‌خصوص و بعد شدت آسیب باورهای سلامتی و اجتناب تجربه‌ای نقش برجسته‌ای در پیش‌بینی اکثر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و نیز نمره کل بهزیستی روان‌شناختی دارند.

یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه رابطه اجتناب با سلامتی همسو با مطالعات پیشین در این زمینه است. کیلی و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه به ارزیابی نقش میانجی اجتناب تجربی در ارتباط بین علائم اختلال استرس پس از سانحه و درک حمایت اجتماعی در جانبازان پرداختند و نشان دادند، حمایت اجتماعی ضعیف از طریق افزایش اجتناب تجربی به تشدید علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند. فاستینو و اسکو (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که آمیختگی شناختی پیش‌بین طرح‌واره‌های ناساز اولیه از جمله حوزه‌های گسست و طرد و مراقبت بیش‌ازحد و بازداری است. بودنلاس و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان نشان دادند پس از کنترل متغیرهای روانی-اجتماعی، آمیختگی شناختی پیش‌بینی کننده معنادار سلامت در شش بعد عاطفی، فیزیکی، اجتماعی، سلامت عمومی، انرژی، درد و محدودیت‌های عملکرد فیزیکی و عاطفی بود. بشرپور، مولایی و سرافرازی (۲۰۲۱) در شرکت کنندگان با تجربه کودک‌آزاری نتایج

نشان دادند که بین تحمل پریشانی، شفقت به خود و رشد پس از سانحه رابطه مثبت و بین آمیختگی شناختی و رشد پس از سانحه رابطه منفی وجود دارد. همچنین آمیختگی شناختی رابطه بین تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه را میانجی‌گری می‌کند. اسیجا و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان دادند که آمیختگی شناختی در این بیماران با فاجعه‌سازی درد، محدودیت عملکردی و علائم فیبرومیالژیا همچون خستگی، شدت درد و افسردگی رابطه مستقیم دارد. در زمینه متغیر باورهای بیماری، یافته‌ها نشان دادند در بین بیماران قلبی عروقی افرادی که باورهای سلامتی پایین‌تری دارند، سلامتی روانی پایین‌تری نشان می‌دهند که این یافته با نتایج مطالعه حشمتی (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. می‌توان گفت باورهای مربوط به سلامت و بیماری، به لحاظ اینکه در زمره متغیرهای شناختی می‌باشند و از آنجایی که نقشی غیرکارکردی و منفی در زندگی فرد بازی می‌کنند، می‌توان آن‌ها را به دلیل همسویی با تعریف آمیختگی، زیرمجموعه آمیختگی شناختی در نظر گرفت.

تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌تواند این باشد که همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجربه‌های درونی ناخواسته به‌طور معکوس باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانات منفی می‌شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که تجارب هیجانی ناخواسته در آینده دوباره و با شدت بیشتری رخ دهد (هارت، ویلیام و جاب-شیلدز، ۲۰۲۲). اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره دارد که گرچه پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی در طولانی‌مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود. اجتناب از واقعیت موجود مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک شناختی و هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود (دیویس و همکاران، ۲۰۲۰) بنابراین گرچه راهبردهای اجتناب شناختی در ظاهر ممکن است برای کاهش اضطراب مؤثر باشند، ولی در درازمدت موجب شدت یافتن اضطراب می‌شوند و سلامت روان را مختل می‌سازند (تورسی و همکاران، ۲۰۲۲). در انواع مختلف راهبردهای اجتناب شناختی،

عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به سوی موضوعاتی است که اغلب موضوعاتی نگران‌کننده‌تر از موضوع از اولیه هستند و موجب تشدید اضطراب می‌شوند (واتز و لوما، ۲۰۲۰)؛ بنابراین فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدیدکننده نه تنها کمکی به کاهش افکار نگران‌کننده نمی‌کند بلکه زمینه نشخوار فکری آزاردهنده را ایجاد می‌کند. بنابراین، ممکن است استفاده همیشگی از اجتناب تجربی باهدف کنترل و یا به حداقل رساندن تجارب درونی منفی به‌عنوان یک راه‌حل، خود تبدیل به مشکل شود و بهزیستی روان‌شناختی را کاهش دهد (هارت و همکاران، ۲۰۲۲). در همین رابطه، یافته مطالعات نیز گویای این است که اجتناب شناختی در بروز اختلالات روانی همچون اضطراب و افسردگی نقش دارد. همچنین در حالت آمیختگی شناختی، فرد تجارب درونی گذرا را با واقعیت یکسان می‌پندارد و بنابراین تحت تأثیر افکار پریشان‌کننده خود قرار می‌گیرد و بر اساس آن عمل می‌کند. این می‌تواند موجب آشفتگی هیجانی در فرد شود و فرد درصدد اجتناب از آن افکار تلاش نماید یا سبک زندگی خود را در جهت تأیید افکارش تنظیم و هدایت کند که در هر دو صورت نتیجه‌ای جز افت عملکرد و سلامتی نخواهد داشت (زیفمن و همکاران، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر، آمیختگی و اجتناب شناختی موجب کاهش انعطاف‌پذیری فرد می‌شود که به‌صورت ناتوانی در آگاهی از تجربیات درونی همچون افکار و احساسات در زمان حال بدون نیاز به اجتناب یا فرار از آن‌ها و تغییر یا ادامه رفتار مطابق با موقعیت به صورتی که در راستای دنبال کردن ارزش‌های فرد باشد، ظاهر می‌شود (واتز و لوما، ۲۰۲۰). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و درگیر شدن با اجتناب و آمیختگی، می‌تواند مانعی بر سر راه ارزش‌ها، بخصوص ارزش‌های حوزه سلامتی قلمداد شود، به‌طوری‌که فرد نتواند اهداف مربوط به سلامتی روانی و جسمی را شناخته و فعالیت‌هایی در راستای دستیابی به سلامتی انجام دهد. چنین تبیینی با مبانی نظری رویکرد پذیرش و تعهد نیز همسو است که بدین اشاره دارد که عناصر انعطاف‌ناپذیری می‌توانند به‌واسطه تداخل با توانایی فرد در داشتن یک زندگی هدفمند مبتنی بر ارزش‌ها منجر کاهش سلامت روان گردد (هیز و

همکاران، ۲۰۱۲). برخی پژوهش‌ها نشانگر این هستند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نه فقط در سلامتی روانی، بلکه در ابتلا به خود بیماری قلبی عروقی نیز دخیل است (کیرک و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین نشان داده شده است که اجتناب تجربه‌ای با احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی همبسته است. می‌توان چنین استدلال کرد که سلامتی روان‌شناختی می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی داشته باشد، چراکه مطابق برخی از ادبیات پژوهش، از یک سو مشکلات مربوط به سلامتی روانی از جمله اضطراب و افسردگی جزو عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی هستند و از سوی دیگر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منجر به مشکلات سلامتی روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی می‌گردد (اسجا و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش این است که پژوهش‌های جدید نشانگر ابعاد مختلف اجتناب تجربه‌ای است، به طوری که برخی پژوهشگران اجتناب تجربه‌ای صفتی و حالتی را طرح کرده (ماچل، گودمن و کاشدان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵) و نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای صفتی، پیش‌بین سلامتی افراد است، بنابراین لازم است پژوهش‌های آتی در زمینه نقش انواع این متغیرها در سلامتی پردازند. پژوهشگران دیگری نیز اجتناب را به دو نوع عمومی و اختصاصی تقسیم کرده‌اند (گودوین و امری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶)، در حالی که پژوهش حاضر فقط بر اجتناب تجربی عمومی متمرکز بوده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از ابزارهای سنجش اجتناب تجربه‌ای خاص نیز در مطالعات آتی بهره گرفته شود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به بیماری‌های قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان بود و بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران باید احتیاط کرد. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر این است که داده‌ها از طریق ابزارهای خود گزارشی و پرسشنامه به دست آمده است که امکان سوگیری در یافته‌ها را محتمل می‌سازد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه

---

1. Machell, K. A., Goodman, F. R., & Kashdan  
2. Goodwin, C. L., & Emery

آماري بزرگ‌تر و همچنين استفاده از روش‌هاي غير از خود گزارشي در گردآوري داده‌ها تحقيق خود را انجام دهند. يافته‌هاي اين مطالعه از نظر کاربردي بر نقش تلويحي مداخلات مبتني بر کاهش اجتناب تجربه‌اي و باورهاي ناکارآمد و آميختگي فکري تأکيد مي‌کنند که از جمله اين مداخلات درمان پذيرش و تعهد است. مطابق درمان پذيرش و تعهد اگر بيماران قلبي عروقي ياد بگيرند به جاي اجتناب و آميختگي شناختي، فعاليت‌هاي خود را بر اساس بر ارزش‌ها و اهداف خود تنظيم کنند، زندگي سالم، غني و معناداري خواهند داشت که در نهايت به بهبود سلامت روان آن‌ها کمک مي‌کند.

### سپاسگزارى

در پايان از شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام پژوهش همکاري داشتند، تقدير و تشکر مي‌شود.

### ORCID

Alireza Moradi  
Jafar Hassani  
Mahmoud Borjali  
Bayane Abdollah Zadeh

 <https://orcid.org/0000-0001-5351-6017>  
 <https://orcid.org/0000-0002-7061-9330>  
 <https://orcid.org/0000-0003-3148-096x>  
 <https://orcid.org/0000-0001-8584-8964>



## منابع

- حشمتی، رسول. (۱۳۹۷). بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی باورهای سلامتی و خوداثربخشی قلبی در مصرف سیگار بیماران عروق کرونری (CAD). *مجله سلامت و بهداشت*، ۹(۳)، ۲۶۷-۲۷۸.
- حیدری ثابت، فاطمه؛ میرزاحسینی، حسن؛ منیریور، نادر. (۱۳۹۹). مدل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی عروقی بر اساس سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سرمایه روانی. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۹(۱)، ۳۵-۲۴.
- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی؛ شکری، امید (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در بین دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار*، شماره ۳۲: ۳۶-۲۷.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، سال دوم، ۱۰، ۶۵-۸۰.
- عطارد، نسترن؛ نریمانی، محمد؛ صادقی، گودرز؛ محمود علیلو، مجید؛ عطادخت، اکبر. (۱۳۹۸). مقایسه مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸ (۲)، ۱۳۲-۱۲۱.
- ملکی جاماسبی، مهرداد؛ اعظمی، هیوا؛ ثمری، بنفشه؛ یوسف وند، وحید؛ شورجه، احسان. (۱۳۹۸). بررسی اپیدمیولوژیک مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در ارتباط با بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر همدان سال ۱۳۹۶. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۵، ۳۸-۲۷.

## References

- Almeida, V., Leite, Â., Constante, D., Correia, R., Almeida, I. F., Teixeira, M., Teixeira, A. (2020). The mediator role of body image-related cognitive fusion in the relationship between disease severity perception, acceptance and psoriasis disability. *Behavioral*

*Sciences*, 10(9), 142.

- Basharpoor, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L. (2021). The relationships of distress tolerance, self-compassion to posttraumatic growth, the mediating role of cognitive fusion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(1), 70-81.
- Bodenlos, J. S., Hawes, E. S., Burstein, S. M., & Arroyo, K. M. (2020). Association of cognitive fusion with domains of health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 9-15.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of suicide research*, 24(sup1), 1-24.
- Cheng, Q., Shi, C., Yan, C., Ren, Z., Chan, S. H. W., Xiong, S., ... & Zheng, H. (2021). Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*, 1-11.
- Davis, A. K., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2020). Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. *Journal of contextual behavioral science*, 15, 39-45.
- Écija, C., Luque-Reca, O., Suso-Ribera, C., Catala, P., & Peñacoba, C. (2020). Associations of cognitive fusion and pain catastrophizing with fibromyalgia impact through fatigue, pain severity, and depression: An exploratory study using structural equation modeling. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1763.
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Early maladaptive schemas and cognitive fusion on the regulation of psychological needs. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 105-112.
- Gillanders D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., & Remington, R. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.
- Goodwin, C. L., & Emery, C. F. (2016). Lower Experiential Avoidance Is Associated with Psychological Well-being and Improved Cardiopulmonary Endurance Among Patients in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulm Rehabilitation Prevention*, 36(6):438-444.
- Hardt, M. M., Williams, J. L., & Jobe-Shields, L. (2022). The role of

- experiential avoidance in the relationship between traumatic distress and yearning in sudden and unexpected bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 78(4), 559-569.
- Kelly, M. M., DeBeer, B. B., Meyer, E. C., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2019). Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 353.
- Kim, H. W., Kang, S. Y., & Kim, J. (2022). Factors influencing adolescents' healthy pregnancy preparation behavior: a cross-sectional gender comparison applying the health belief model. *Reproductive Health*, 19(1), 1-10.
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of anxiety disorders*, 64, 9-15.
- Kubzansky, L. D., Huffman, J. C., Boehm, J. K., Hernandez, R., Kim, E. S., Koga, H. K., ... & Labarthe, D. R. (2018). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(12), 1382-1396.
- Machell, K. A., Goodman, F. R., & Kashdan, T. B. (2015). Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis. *Cognition and Emotion*, 29 (2): 351-359.
- Ormazabal, V., Nair, S., Elfeky, O., Aguayo, C., Salomon, C., & Zuñiga, F. A. (2018). Association between insulin resistance and the development of cardiovascular disease. *Cardiovascular diabetology*, 17(1), 1-14.
- Reily, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1):163-71.
- Reindl, D., & Catma, S. (2022). A pre-vaccine analysis using the Health Belief Model to explain parents' willingness to vaccinate (WTV) their children in the United States: implications for vaccination programs. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 1-9.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M Shmotkin, D. (2002). Optimal well – Being: Empirical Encounter of Two tradition. *Journal of Personality and Social psychology*, 6: 1007– 1022.
- Scardera, S., Sacco, S., Di Sante, J., & Booi, L. (2021). Body image-related cognitive fusion and disordered eating: The role of self-compassion and sad mood. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 483-490.

- Tursi, M. M., Sellers, C. R., & Marquis, A. (2022). Managing threats: A grounded theory of counseling engagement in clients with experiential avoidance. *Journal of Counseling & Development, 100*(1), 14-26.
- Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International journal of environmental research and public health, 16*(2), 281.
- Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of contextual behavioral science, 15*, 92-102.
- Zeifman, R. J., Wagner, A. C., Watts, R., Kettner, H., Mertens, L. J., & Carhart-Harris, R. L. (2020). Post-psychedelic reductions in experiential avoidance are associated with decreases in depression severity and suicidal ideation. *Frontiers in psychiatry, 11*, 782.
- Zhao, D., Liu, J., Wang, M., Zhang, X., & Zhou, M. (2019). Epidemiology of cardiovascular disease in China: current features and implications. *Nature Reviews Cardiology, 16*(4), 203-212.

**استناد به این مقاله:** مرادی، علیرضا، حسنی، جعفر، برجعلی، محمود، عبداللهزاده، بیانه. (۱۴۰۲). بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و باورهای سلامت در سلامتی روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۳(۵۱)، ۲۸-۱. DOI: 10.22054/jcps.2023.16451



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.