Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.1 .2025
Page: 161-175

The mediating role of illness beliefs in the relationship between experiential avoidance and adaptation to illness among cardiovascular patients

Bayne Abdollah Zadeh[1], Alireza Moradi[2], Jafar Hassani[3], Mahmoud Borjali[4]

1. Assistant Professor, Department of psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran
2. full Profesor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3.Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
4.Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran Orcid:

Received: 01/11/2023 **Accepted:** 01/01/2025

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is a severe medical condition associated with a range of adverse outcomes. Moreover, psychological and mental health factors play a significant role in the progression of the disease, the extent of recovery, and mortality rates.

Aim: The aim of the present study was to predict adaptation to the disease based on experiential avoidance with the mediating role of disease beliefs in cardiovascular patients.

Methods: This descriptive and correlational study employed structural equation modeling to examine the relationships among key variables. The statistical population consisted of individuals with cardiovascular disease who visited medical centers in Bukan in 2018. A total of 300 participants were selected using purposive sampling. Data were collected using the Acceptance and Action Questionnaire, the Psychosocial Adjustment to Illness Scale, and the Health Beliefs Questionnaire. Data analysis was conducted using correlation coefficient methods and structural equation modeling with AMOS and SPSS software.

Results: The results indicated that experiential avoidance had a significant negative relationship with adaptation to illness, while illness beliefs demonstrated a significant positive relationship ($p < 0.01$). Structural equation modeling revealed that the proposed model—examining the mediating role of illness beliefs in the relationship between experiential avoidance and adaptation to illness among cardiovascular patients—exhibited a good fit. Furthermore, the indirect effect of experiential avoidance on adaptation to illness, mediated by illness beliefs, was statistically significant at the 0.01 level.

Conclusion: Experiential avoidance can influence adaptation to illness in cardiovascular patients through its impact on illness beliefs. Therefore, addressing both experiential avoidance and illness beliefs may enhance patients' psychological adjustment to the disease.

Keywords: Cardiovascular disease, Disease beliefs, Adaptation, Experiential avoidance

Abdollah Zadeh B, Moradi M, Hassani J, Borjali M. The mediating role of illness beliefs in the relationship between experiential avoidance and adaptation to illness among cardiovascular patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (1) 163-177
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2069-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۱ ، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۷۵ - ۱۶۱

نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی

بیانه عبدالله زاده*[1]، علیرضا مرادی[2]، جعفر حسنی[3]، محمود برجعلی[4]

۱.استادیار، روانشناسی بالینی و سلامت، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، بوکان، ایران (مولف مسئول). ایمیل: bayanabdollazade1979@gmail.com

۲.استاد تمام روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دانشیار روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴.استادیار روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی عروقی وضعیتی جسمانی وخیمی است که با تبعات متعدد همراه است. از طرفی وضعیت های ذهنی و روانشناختی تأثیر قابل توجهی بر روند بیماری آن‌ها، بهبودی نسبی و میزان مرگ و میرشان دارد.

هدف: هدف پژوهش حاضر پیش بینی سازگاری با بیماری بر اساس اجتناب تجربی با نقش میانجی باورهای بیماری در بیماران قلبی عروقی بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و با استفاده از معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۷ بود که ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش نامه پذیرش و عمل، مقیاس سازگاری روانی با بیماری و پرسشنامه باورهای سلامتی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی و مدل معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزار AMOS و SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: طبق نتایج اجتناب تجربی و باورهای بیماری به ترتیب دارای رابطه معنادار منفی و مثبت با سازگاری با بیماری بودند ($P<۰/۰۱$). نتایج معادلات ساختاری نشان داد که مدل نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی از برازش مناسبی برخوردار بود و اثر غیرمستقیم اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت اجتناب تجربی از طریق باورهای بیماری می‌تواند سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی را بهبود بخشد؛ بنابراین توجه به اجتناب تجربی به همراه باورهای بیماری می‌تواند سطح سازگاری با بیماری را در بیماران قلبی عروقی متأثر سازد.

کلیدواژه‌ها: باورهای بیماری، اجتناب تجربی، بیماری قلبی عروقی، سازگاری با بیماری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

در سال‌های اخیر بیماری‌های مزمن معمول‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان بوده‌اند. بیماری‌های مزمن اختلالاتی هستند که برای دوره طولانی ادامه می‌یابند و توانایی فرد را در حفظ عملکرد طبیعی تحت تأثیر قرار می‌دهند (اندرسون و دورستین[۱]، ۲۰۱۹). بیماری قلبی عروقی[۲]، در سال ۲۰۱۵ موجب مرگ تقریبا ۱۷ میلیون نفر در جهان شده است که این برابر با ۰/۳۰ کل آمار مرگ میرها است و بار اقتصادی آن بیش از بیماری‌های دیگر است (پادکوینیسکا و فورمانویسک[۳]، ۲۰۲۰). بروز بیماری‌های مزمن اغلب رعایت یک رژیم پزشکی را می‌طلبد که شامل کنترل کردن منظم و فرایند درمانی پیچیده است و اساسا این نوع تبعیت لازمه سازگاری موفق با بیماری است (اندرسون و دورستین، ۲۰۱۹). با تشخیص بیماری قلبی، لازم است تا فرد دامنه‌ای از تغییرات جزئی تا بزرگ را در زندگی خود به وجود آورد تا در نهایت منجر به کیفیت بهتر زندگی و بهزیستی شود (صراف زادگان و محمدی فرد، ۲۰۱۹). این بیماری اغلب فعالیت‌های روزمره فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و سازگاری[۴] با آن به منزله یک انتقال مهم در دوره زندگی انسان تلقی می‌شود. سازگاری با بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی به فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علیرغم داشتن مشکلات جسمی اشاره دارد (بولارد، جی، ان، ترین، مانکزی و مولن[۵]، ۲۰۱۹). در فرایند سازگاری، فرد با راهبردهای مقابله‌ای عادی خود چالش می‌کند و در نتیجه باید به دنبال راه‌های مقابله‌ای دیگری برای سازگاری با چنین موقعیتی باشد (باتنی، سازگارو، چیناتالپودی و امنتا[۶]، ۲۰۲۰). بر این اساس، سازگاری با بیماری[۷] روشی جهت مدارا کردن با بیماری است که فرد بیمار را قادر می‌سازد تا به نحو سنجیده‌ای با وضعیت بیماری خود سازش نماید و بتواند به حالت مطلوب یا نقطه نهایی دست یابد و این موضوع فرد بیمار را قادر می‌سازد تا علیرغم وجود مشکل جسمانی، نگرش مثبتی را نسبت به خود و زندگی اتخاذ نماید (صراف زادگان و محمدی فرد، ۲۰۱۹). سازگار شدن با بیماری، به عنوان یک ظرفیت مثبت روانشناختی باعث ایجاد آرامش گردیده و موجب تعدیل شرایط سخت بیماری می‌گردد (بولارد و همکاران، ۲۰۱۹). در پی شناسایی و بررسی عوامل مؤثر در سازگاری با بیماری، باورهای بیماری و بهداشتی[۸] که نقش مهمی در نحوه تفسیر و واکنش افراد نسبت به موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی و سلامتی دارند، می‌توانند در این رابطه دخیل باشند. (ابراهیم، امیت، شاهر و سافین[۹]، ۲۰۱۹).

از الگوی باور بهداشتی به طور گسترده‌ای برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامتی در بسیاری از نقاط جهان استفاده شده است تا سرنخ‌هایی را برای اقدامات بیماران در طول بیماری خود ارائه دهد و رفتارهای مربوط به سلامتی آن‌ها بر اساس اعتقادات خود تبیین و پیش‌بینی

[1] Anderson, E., & Durstine
[2] cardiovascular disease
[3] Podkowińska, A., & Formanowicz
[4] adaptation
[5] Bullard, T., Ji, An, R., Trinh, L., Mackenzie, & Mullen
[6] Battineni, G., Sagaro, Chinatalapudi, & Amenta
[7] adaptation to the disease
[8] health belief
[9] Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, Wee, & Safien

شود (بروکس، ویندفار، لاول و بین[1]، ۲۰۲۲). این الگو توسط برخی از محققان بر اساس تئوری‌های روانشناختی انگیزش، شناخت و انتظار ارزش ساخته شد و بر نقش فرایند ذهنی فرد در رفتارها تأکید دارد (النومانی، وو، بارکسدال، شرود، الخاسوان و نافی[2]، ۲۰۱۹). بر اساس این الگو، تغییر باورهای بهداشتی قادر است رفتارهای سلامتی را به طور مؤثر تغییر دهد (مگنان، گیبسون و بریان، ۲۰۲۱). باورهای بهداشتی، بیان کننده باورهای فردی و عمل به رفتار آگاهانه است (هاگر[3]، ۲۰۲۵) و شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، تهدید درک شده، موانع درک شده، مزایای درک شده و خودکارآمدی درک شده است (کاستا[4]، ۲۰۲۲). الگوی باورهای بهداشتی در ابتدا جهت کمک به منظور پیش‌بینی واکنش‌های رفتاری افراد به بیماری ارائه شد و ده‌ها سال است که در مطالعات حیطه واکسیناسیون، خود مراقبتی و سایر رفتارهای اصلاحی بیمار در جهت کاهش تهدید برای سلامتی، بهبودی و ارتقای سطح سلامتی به کار می‌رود (رایان[5]، ۲۰۲۲). مطالعه‌ای بر روی زنان در معرض سرطان نشان داد که افزایش باورهای سلامتی و بیماری میان این افراد، می‌تواند رفتارهای پیشگیرانه را در آن‌ها افزایش داده و تمایل آن‌ها را برای پیگیری وضعیت سلامتی خود به همراه داشته باشد (دورازو و کامرون[6]، ۲۰۲۲).

همچنین اجتناب تجربی[7] نیز به عنوان عدم تمایل برای تجربه رویدادهای دردناک و آزارنده همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای ناراحت کننده و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند (دیکاستلا، پلاتو، تامیر و گراس[8]، ۲۰۱۸) نیز می‌تواند نقش معناداری در فرایند سازگاری با بیماری قلبی عروقی داشته باشد. اجتناب تجربی شامل عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و فراخواندن این تجارب به صورت عدم حساسیت یا فرار از وقایع، خاطرات و شرایطی است که موجب واکنش بدنی، هیجانی، فکری و رفتاری می‌شوند (پالمریا، کانا و پینتو گاویا[9]، ۲۰۱۹). این سازه نقطه مقابل پذیرش است که به معنای تمایل فرد به پذیرفتن افکار، هیجانات و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است (راگفرت، بالدوین و کملوسکی[10]، ۲۰۱۸). عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده می‌شود و آرامش کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند و در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود (تیندال، وادیک، پانکانی، ولان، راک و داوسون[11]، ۲۰۱۹). این اجتناب، زمانی مشکل‌ساز می‌شود که موجب تداخل در عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص شود و در چنین وضعیتی می‌تواند باعث اشکال متفاوت بسیاری از آسیب‌شناسی روانی شود (دیکاستلا و همکاران، ۲۰۱۸).

[1] Brooks, Windfuhr, Lovell, & Bee
[2] Al-Noumani, Wu, J. R., Barksdale, Sherwood, Alkhasawneh, & Knafl
[3] Hagger
[4] Costa
[5] Rayan
[6] Durazo, A., & Cameron
[7] experiential avoidance
[8] De Castella, K., Platow, M. J., Tamir, M., & Gross
[9] Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia
[10] Rochefort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski
[11] Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson

اجتناب تجربی با نشخوار فکری، الگوهای رفتاری ناسازگارانه و غیر انطباقی، مشکلات هیجانی همچون افسردگی و اضطراب و استرس مرتبط است (پالمریا و همکاران، ۲۰۱۹).

بیماری قلبی عروقی به عنوان یک وضعیت پیشرونده و مزمن با عوارض متعدد جسمی و روانی، بستری شدن مکرر، افت کیفیت زندگی و مرگ و میر همراه است و طبق آمارهای موجود این بیماری یکی از علل شایع مرگ و میر و بخش مهمی از ناتوانی و مرگ زودرس را به خود اختصاص می‌دهد (جاب و استپتوی[1]، ۲۰۱۹). همچنین به دلیل ایجاد عوارض متعدد و ناتوانی هزینه-های بهداشتی بالایی نیز به دنبال دارد (اجای و والدز[2]، ۲۰۲۲). بر همین اساس سازگاری با بیماری برای مدارا کردن با بیماری و سازش بهینه با آن و عوارض ناشی از آن به بیمار کمک می‌کند تا بتواند به حالت مطلوب دست یابد و نگرش مثبتی را نسبت به خود و زندگی اتخاذ نماید. به نظر می‌رسد که اجتناب تجربی از عواملی است که در یک فرد با بیماری مزمن می‌تواند در سیر انطباق وی با وضعیت پیش رو اختلال ایجاد کرده و مانع فرایند سازگاری، تبعیت از درمان، بهبودی و سلامتی شود. در واقع به نظر می‌رسد که در یک بیمار قلبی عروقی که با شرایطی مزمن مواجهه است، اجتناب تجربی از طریق اثرگذاری بر باورهای سلامتی و بیماری می‌تواند قادر به پیش بینی فرایند سازگاری با بیماری در آن‌ها باشد. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و با استفاده از معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. با توجه به حجم جامعه و طرح تحقیق، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. طبق نظر کلاین[3] (۲۰۲۳) حداقل حجم نمونه برای معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شده است، هر چند اعتقاد بر این است که در مطالعات مدل‌سازی هر چه میزان نمونه بیشتر باشد بهتر است. برای جمع‌آوری داده‌ها، به مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر بوکان مراجعه شد و افراد واجد تشخیص بیماری‌های قلبی-عروقی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، داشتن سواد حداقل در سطح سیکل، عدم ابتلا به بیماری حاد جسمی دیگری غیر از بیماری قلبی عروقی، عدم ابتلا بیماری حاد روانی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه بود. ملاحظات اخلاقی مربوط به پژوهش شامل این موارد بود: حضور داوطلبانه شرکت-کنندگان و کسب رضایت از آن‌ها برای تکمیل

[1] Iob, E., & Steptoe
[2] Vijay, A., & Valdes
[3] Kline

پرسشنامه‌ها، توجیه شرکت‌کنندگان در مورد اهداف و روند پژوهش و نقش ایشان و پژوهشگر در مطالعه، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و اسرار افراد در پژوهش، آزاد بودن شرکت‌کنندگان برای انصراف از شرکت در پژوهش و درخواست نتایج پرسشنامه‌های خود از پژوهشگر. 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. بازه زمانی نمونه گیری حدودا هشت ماه بود. سپس این پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری و داده‌ها جهت تحلیل، وارد نرم افزار اس پی اس اس شد.

ابزار

پرسشنامه باورهای سلامتی[1]**:** این پرسشنامه بر مبنای مدل باورهای سلامتی توسط حشمتی (۲۰۱۶) ساخته شده و شامل دو مؤلفه آسیب‌پذیری و شدت در نظر گرفته شد. مؤلفه باور به آسیب‌پذیری سعی بر این دارد که باورهای فرد در مورد ابتلای مجدد نسبت به بیماری قلبی و مشکلات همراه با آن را بسنجد، به عنوان مثال یکی از گویه‌های این مؤلفه به این شکل است «من بر این باورم که دیگر بیماری قلبی در من رخ نخواهد داد» و شامل۶ گویه است که هر گویه به صورت لیکرت از کاملا مخالفم (کمترین نمره یعنی نمره یک) تا کاملا موافقم (بالاترین نمره یعنی نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. مؤلفه شدت، سعی بر آن دارد تا باورهای بیمار را در خصوص شدت و یا وخامت بیماری قلبی خود بسنجد و شامل ۵ گویه است که آن نیز به صورت لیکرت نمره گذاری می‌شود (حشمتی، ۲۰۱۶). ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی باورهای سلامتی برابر ۰/۷۳، برای زیر مقیاس آسیب پذیری برابر ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس شدت بیماری برابر با ۰/۷۱ است ؛ بنابراین می‌توان گفت که این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است که بیانگر همسانی درونی قابل قبول است (حشمتی، ۲۰۱۶).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم[2] ***(AAQ-II):*** این پرسش‌نامه به وسیله بوند، هایز، بیر، کارپنتر و زتلن[3] (۲۰۱۱) برای سنجش اجتناب تجربی/ انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساسات ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ پرسش است. پرسش‌های این پرسشنامه تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته (از احساس‌هایم می‌ترسم)، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت ارزش‌های درونی (خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت بخش محروم می‌کند) را می‌سنجد. پرسش‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریبا همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس اجتناب تجربی بالاتر

[1] Health Beliefs Questionnaire

[2] Acceptance and Action Questionnaire
[3] Bond, Hayes, Baer, Carpenter, & Zettle

است (ایمانی، ۱۳۹۵). پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱)، ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. بررسی نسخه فارسی این پرسشنامه در داخل ایران نشان دهنده مناسب بودن روایی سازه و همزمان این ابزار است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پریشانی روانشناختی بالای ۰/۵۰ و پایایی آن با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (قاسمی و همکاران، ۲۰۱۴).

مقیاس سازگاری روانی با بیماری[1]: مقیاس سازگاری روانی با بیماری شامل ۴۰ سؤال است که توسط دروگتیس[2] (۱۹۸۶) طراحی شده است. این مقیاس ۷ حوزه جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این ابزار در یک مقیاس ۴ درجه‌ای یک تا سه انجام می‌شود، حداقل نمره در این مقیاس ۴۰ و حداکثر آن ۱۲۰ است و نمرات بالاتر بیانگر سازگاری بیشتر در فرد است. دروگتیس (۱۹۸۶) در مطالعه اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۶۲، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۵ گزارش کرده است. همچنین روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخشی واریماکس حاکی از آن بود که این ۷ مؤلفه در مجموع ۶۳ درصد و هر یک از مقیاس‌ها به ترتیب ۱۸، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۷ و ۵ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. در مطالعه صحرانورد و همکاران (۱۳۹۶) روایی صوری و محتوای مقیاس سازگاری روانی با بیماری تائید شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای نمره کل مقیاس به دست آمد.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS و SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

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 کارشناسی ارشد بودند. همچنین ۷۳٪ متأهل، ۵٪ مطلقه یا بیوه و ۱۲٪ مجرد بودند.

جدول شماره ۱، گزارش توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد را نشان می‌دهد.

برای بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین با بهزیستی روانشناختی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

طبق نتایج جدول ۲، در بیماران قلبی عروقی سازگاری با بیماری با باورهای بیماری دارای رابطه مثبت معنادار و با اجتناب تجربی دارای رابطه منفی معنادار است

[1] Psychosocial Adjustment to Illness Scale
[2] Derogatis

(P<۰/۰۱). جهت آزمودن الگوی پیشنهادی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. در الگوی پیشنهادی اجتناب تجربی به عنوان متغیر پیش‌بین (مستقل)، باورهای بیماری به عنوان متغیر میانجی و سازگاری با بیماری به عنوان متغیر ملاک هستند. جدول ۳ و شکل ۱ ضرایب مسیرهای مربوط به مدل فرضی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری را نشان می‌دهد.

جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری با بیماری	مراقبت بهداشتی	۱۱	۲۵	۱۷/۶۰	**۲/۸۴**
	محیط شغلی	۶	۲۰	۱۵/۳۰	**۳/۱۳**
	محیط خانه	۱۲	۲۳	۱۸/۱۵	**۲/۲۶**
	روابط جنسی	۱۰	۱۸	۱۵/۰۸	**۱/۳۳**
	روابط خانوادگی	۶	۲۰	۱۲/۱۷	**۲/۶۵**
	روابط اجتماعی	۶	۲۰	۱۲/۱۷	**۲/۶۵**
	درماندگی روانشناختی	۷	۱۹	۱۳/۶۴	**۱/۶۶**
	نمره کل سازگاری با بیماری	۴۷	۱۰۲	۷۹/۶۳	**۱۰/۲۲**
باورهای بیماری	آسیب	۱۰	۲۶	۲۰/۷۹	**۳/۴۹**
	شدت	۱۰	۲۵	۱۹/۲۱	**۳/۲۳**
اجتناب تجربی	اجتناب تجربی	۱۲	۴۲	۲۷/۰۶	**۶/۱۸**

پس از بررسی و تأیید الگو برای آزمون معناداری فرضیه-ها از دو شاخص جزئی نسبت بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵ مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ یا کمتر از ۱/۹۶- باشد و مقدار پارامتر غیر از این در الگو مهم شمرده نمی‌شود. همچنین مقادیر کوچکتر از ۰/۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده برای وزن‌های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح ۹۵ درصد است. بر اساس شاخص‌های ذکر شده، همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند، وزن‌های رگرسیونی مربوط به نتایج این جدول همگی در سطح حداقل ۰/۰۵ معنادار بودند.

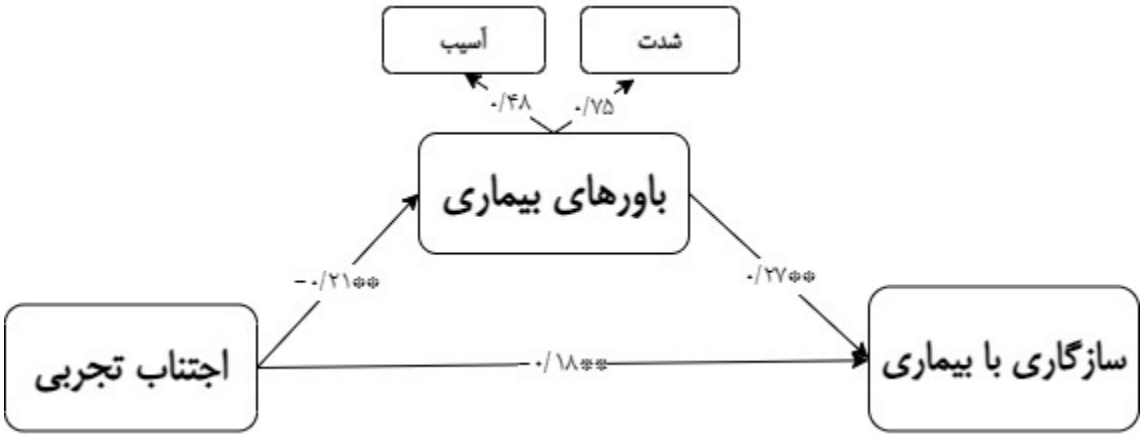
جدول ۲ نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش

	متغیر	۱	۲	۳
۱.	**سازگاری با بیماری**	۱		
۲.	**باورهای بیماری**	۰/۳۲**	۱	
۳.	**اجتناب تجربی**	-۰/۲۱**	-۰/۲۸**	۱

** سطح معناداری ۰/۰۱ >p

جدول ۳ ضرایب مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری

مسیرها	B	β	خطای معیار	نسبت بحرانی	P
اثر مستقیم اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری	-۰/۴۲	-۰/۱۸**	۰/۰۱۷	-۲/۶۹	۰/۰۱۲
اثر مستقیم اجتناب تجربی بر باورهای بیماری	-۰/۶۹	-۰/۲۱**	۰/۰۱۱	-۳/۴۶	۰/۰۰۸
اثر مستقیم باورهای بیماری بر سازگاری با بیماری	۰/۵۷	۰/۲۷**	۰/۰۲۴	۴/۵۳	۰/۰۰۱



شکل ۱ ضرایب استاندارد مدل مدل فرضی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری

جدول ۴ به ضرایب مسیرهای غیرمستقیم مربوط به مدل فرضی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری را نشان می‌دهد. همانطور که می‌توان در جدول ۴ مشاهده کرد، اثر غیرمستقیم اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین ارزیابی اثر غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استراپ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری، با توجه به اینکه حد بالا و حد پایین در آن‌ها صفر را در برنمی-گیرند، به واسطه باورهای بیماری میانجی‌گری می‌شود. ضریب مسیر کل بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است (P≤۰/۰۱، ۰/۱۹ =β). ضریب تعیین این مسیر برابر با ۰/۲۴ بود که به بیان دیگر اجتناب تجربی و باورهای بیماری مجموعا ۲۴ درصد از واریانس متغیر سازگاری با بیماری را در بیماران قلبی عروقی تبیین می‌کنند.

جدول ۴ ضرایب مسیرهای غیرمستقیم مدل فرضی نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری

مسیرها	b	β	حد پایین	حد بالا
اثر غیرمستقیم اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری	-۰/۲۵	-۰/۱۱	-۰/۲۰۴	-۰/۱۱۶
اثر کل اجتناب تجربی بر سازگاری با بیماری	**b**	**β**	**P**	**R^2**
	-۰/۳۹	-۰/۱۹	۰/۰۱	۰/۲۴

برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنجه-های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. با توجه به اطلاعات مربوط به جدول ۵ و ارزش شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل نقش میانجی باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری

شاخص‌های برازندگی	مقدار مدل اندازه‌گیری	میزان کفایت برازش
مجذور کای	۳۱/۷۳	
درجه آزادی مدل	۱۷	
χ^2/df[1]	۱/۸۶	کمتر از ۳
GFI	۰/۹۲	۰/۹۰ <
AGFI	۰/۹۵	۰/۹۰ <
CFI	۰/۹۰	۰/۹۰ <
NFI	۰/۹۷	۰/۹۰ <
IFI	۰/۹۳	۰/۹۰ <
RMSEA	۰/۰۳۹	۰/۰۸ >

بحث

یافته‌ها نشان داد که باورهای بیماری با سازگاری با بیماری دارای رابطه مستقیم و اجتناب تجربی با سازگاری با بیماری دارای رابطه غیرمستقیم معنادار است؛ بنابراین با افزایش نمرات بیماران در باورهای بیماری و کاهش نمرات آن‌ها در اجتناب تجربی، میزان سازگاری با بیماری افزایش می‌یابد.

از یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از رابطه عکس اجتناب تجربی با سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی بود. این یافته با نتایج پژوهش هرانگزا، حاجیلو، نریمانی و حسن پور (۲۰۲۴) که حاکی از این است که اجتناب تجربه‌ای در رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری با اعتیاد به بازی‌های آنلاین دارای نقش میانجی است، همسو بود. در همین راستا بشارپور، احمدی و حیدری (۲۰۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که سبک‌های والدینی و عدم تحمل ابهام از طریق اجتناب تجربی در اعتیاد به اینترنت اثر می‌گذارد. همچنین نتیجه پژوهش شاه محمدی، محققی و فرهادی (۲۰۲۳) نشان داد گرایش مثبت به عمل‌های جراحی زیبایی، توسط متغیر اجتناب تجربی قابل پیش‌بینی است. در خصوص تبیین رابطه معکوس اجتناب تجربی با سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی باید بیان داشت که سازگاری روانی فرآیند روانشناختی است که در آن، فرد با خواسته‌ها و چالش-های زندگی روزمره، مقابله می‌کند یا آن‌ها را به کنترل خود در می‌آورد. فردی از سازگاری روانی برخوردار است که در پاسخ به محرک‌هایی که بر او وارد می‌شود، بهترین تعامل را نشان دهد و در نتیجه بتواند به میزان کافی فعالیت کند، از اضطراب و تعارض دوری جوید، با مشکلات مواجه شود، درباره آن‌ها بیندیشد، درست تصمیم بگیرد، عمل کند و از زندگی لذت ببرد (پالمریا و همکاران، ۲۰۱۹). این در حالی است که افراد با اجتناب تجربی بالا معمولا در تلاش هستند تا از تجارب درونی خود اجتناب کنند. این در حالی است که اجتناب از این تجارب باعث افزایش این تجربیات می‌شود اجتناب تجربی نقطه مقابل پذیرش است که به تلاش های عمدی فرد برای اجتناب از تجربیات درونی همچون احساسات، افکار، خاطرات و حس‌های بدنی آزارنده اشاره دارد و باعث می‌شود فرد اعمالی بر خلاف اهداف و ارزش-هایش انجام دهد. در سازگاری روانی، فرد با وجود عوامل استرس‌زا و مصیبت‌ها، بهزیستی روانشناختی و عملکرد خود را حفظ می‌کند و حتی با وجود سطح بالای درد، مشکلات هیجانی و اختلال عملکرد پایین-تری دارد و این در حالی است که در وضعیت انعطاف‌پذیری و پذیرش نیز فرد با وجود آگاهی از تجربیات درونی منفی خود همچون درد، اقدام برای اجتناب یا کنترل درد را رها می‌کند و به رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش‌های اوست، می‌پردازد. عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل رفتار ناسازگارانه ظاهر می‌شود و در نهایت می‌تواند با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (تیندال و همکاران، ۲۰۱۹). اجتناب تجربی به عنوان یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، در

بیماران با مشکلات بیماری‌های جسمی مزمن شایع است که این باعث می‌شود از رفتارهای اجتنابی برای کنترل یا حذف تجارب خصوصی ناخواسته مثل اضطراب، نگرانی و ترس استفاده کنند و این به نوعی به معنای پاک کردن صورت مسئله و تمسک به سبک‌های حل مسئله ناکارآمد و برخورد و مدیریت ناسالم هیجانات منفی است. مطالعات نشان داده‌اند که تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجارب درونی ناخواسته به طور معکوس باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانات منفی می-شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که تجارب هیجانی ناخواسته در آینده دوباره و با شدت بیشتری رخ دهد. بر همین اساس به نظر می‌رسد بیماران قلبی عروقی که سطح بالایی از اجتناب تجربی دارند و از انعطاف‌پذیری روانشناختی ضعیف رنج می‌برند، تمایل دارند تا از هیجانات ناخوشایند مثل اضطراب از شروع فرایند درمان یا اضطراب از درمان‌های تکمیلی و یا اضطراب از مواجهه شدن با عوارض بیماری اجتناب کنند. این افراد ممکن است باورهایی را در خود شکل دهند که آن‌ها را از سلامت جسمی و روانشناختی دور ساخته و فرایند سازگاری با بیماری را در آن‌ها دچار اختلال می‌سازد، به طور مثال بدبین شدن به نتایج درمان، نبود انگیزه برای ادامه درمان، عدم باور به وعده‌های درمانی که نهایتا باعث ایجاد و تثبیت چرخه معیوب، بیماری – اجتناب تجربی – عدم موفقیت در سازگاری با بیماری، می‌شود (پالمریا و همکاران، ۲۰۱۹). در نهایت پذیرش در مقابل اجتناب نیز با شناسایی جنبه‌های غیر قابل کنترل عامل استرس‌زا و تفسیر مجدد آن‌ها به صورت سبک تر و تغییر انتظار فرد برای کنترل رویداد بر اساس واقعیت باعث می شود فرد با عامل استرس‌زا سازگاری مثبت پیدا کند (راگفرت و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین یافته دیگر این مطالعه حاکی از رابطه مستقیم باورهای بیماری با سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی بود که این یافته با نتایج مطالعات همسو است. دورازو و کامرون (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای بر روی زنان در معرض سرطان نشان دادند که افزایش باورهای سلامتی می‌تواند به افزایش سطح رفتارهای پیشگیرانه و تمایل آن‌ها برای پیگیری وضعیت سلامتی خود شود. همچنین در مطالعه حشمتی (۲۰۱۶) نشان داده شد که در بیماران قلبی باورهای سلامتی از طریق تأثیر بر خودکارآمدی دارای نقش معناداری در کنترل وزن دارند. در خصوص تبیین باید بیان داشت که ادراک فرد در خصوص بیماری و نیز درباره آسیب‌زا بودن و شدت آن در قضاوت فرد در خصوص کنترل‌پذیر بودن علائم و نشانه‌ها و حفظ وظایف و روشی که بیمار برای مقابله با بیماری خود استفاده می‌کند تأثیر می‌گذارد. به این شکل که این بازنمایی طرح‌های عملی را در خصوص توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های مربوط به بیماری سازماندهی می-کنند. مکانیسم باورهای سلامتی از جمله باور داشتن کنترل بر علائم و نشانه‌های بیماری بر وضعیت عملکردی و سازگاری با بیماری بدین شکل است که ابتدا باور مثبت باعث افزایش توان سیستم‌های بیولوژیکی و ایمنی گشته و این سیستم ها واسطه افزایش سازگاری در بیماران قلبی کرونری می‌گردد و این طرح بر سازگاری بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر می-

گذارد (کاستا، ۲۰۲۲)؛ بنابراین افرادی که باورهای مثبتی در خصوص سلامت و بیماری و نسبت به توانمندی خود در مقابله با بیماری دارند و خود را آسیب‌پذیر نمی‌بینند، سازگاری بالاتری نیز خواهند داشت. بیماران قلبی و عروقی ممکن است به خاطر اجتناب از باورهای یعنی رفتارهای بیمار سالم مثل برنامه‌ریزی برای درمان‌های مکمل، ورزش، تفریح و فعالیت‌های لذت بخش، حضور و استفاده به موقع از امکانات درمانی و غیره علاوه بر اینکه سلامت جسمی خود را در خطر می‌اندازند، ممکن است در سازگاری با بیماری خود نیز با مشکل مواجه شوند. همچنین بیماران قلبی – عروقی که در مورد آسیب‌پذیری خودشان نسبت به بیماری و نیز شدت بیماری‌شان دارای باورهای منفی هستند احتمالا دچار نگرانی و اضطراب و دیگر هیجانات ناخوشایند خواهند شد. در واقع، افرادی که دارای انعطاف‌ناپذیری بالایی هستند سعی خواهند نمود به جای مقابله مناسب با این هیجانات، از آن‌ها اجتناب کنند تا بتوانند میزان ناراحتی آن‌ها را کاهش دهند (رایان، ۲۰۲۲)؛ اما اجتناب کردن از هیجانات نه تنها منجر به کاهش آن‌ها نمی‌شود بلکه میزان و شدت آن‌ها را افزایش داده و آن‌ها را از یک هیجان ناخوشایند اما ضروری تبدیل به هیجانات ناخوشایند که باعث تخریب عملکرد می‌شوند، خواهند نمود که به تبع آن سلامت و سازگاری روانی این افراد نیز در خطر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت باورهای بیماری در رابطه بین اجتناب تجربی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی دارای نقش میانجی است، به طوری که اجتناب تجربی از طریق اثر بر باورهای بیماری قادر به پیش بینی میزان سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی است؛ بنابراین، آگاهی بخشیدن به بیماران قلبی عروقی در خصوص اهمیت اجتناب نکردن از حالات درونی و ذهنی و طراحی مداخلاتی که در تقویت باورهای بیماری مؤثر است، می‌تواند از پیامدهای آسیب‌زای این بیماری بکاهد. با توجه به محدود بودن جامعه آماری به بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان، در تعمیم‌یافته‌های این تحقیق باید محتاط بود. از محدودیت های 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 آماری بزرگتر و همچنین استفاده از روش‌هایی غیر از خودگزارشی در گردآوری داده‌ها تحقیق خود را انجام دهند.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی سلامت با کد پژوهشی ۲۳۵۸۰ مربوط به دانشگاه خوارزمی است. این پژوهش از طرف های فرد و یا موسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننموده است. یافته‌های این پژوهش با منافع فرد یا سازمانی تعارض ندارد. در پایان از شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام پژوهش همکاری داشتند، تقدیر وتشکرمی‌شود.

.

References

Al-Noumani H, Wu JR, Barksdale D, Sherwood G, Alkhasawneh, E, Knafl G. (2019). Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: a systematic review of quantitative studies. *Patient education and counseling*, *102*(6), 1045-1056.

Anderson E, Durstine, JL. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, *1*(1), 3-10.

Basharpoor S., Ahmadi S. Heidar, F. (2023). The model of structural relationships of the role of parenting styles and intolerance of uncertainty in internet addiction tendency with the mediation of experiential avoidance in adolescents. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *10*(5), 73-86. (In Persian)

Battineni G, Sagaro GG, Chinatalapudi N, Amenta F. (2020). Applications of machine learning predictive models in the chronic disease diagnosis. *Journal of personalized medicine*, *10*(2), 21.

Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Zettle RD. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, *42*(4), 676-688.

Brooks H, Windfuhr KD, Lovell K, Bee P. (2022). Children and young people's beliefs about mental health and illness in Indonesia: A qualitative study informed by the Common Sense Model of Self-Regulation. *PloS one*, *17*(2), e0263232.

Bullard T, Ji M, An R, Trinh L, Mackenzie M, Mullen SP. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC public health*, *19*(1), 1-11.

Costa MF. (2020). Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Revista de saude publica*, *54*.

De CastellaK, Platow MJ, Tamir M, Gross JJ. (2018). Beliefs about emotion: implications for avoidance-based emotion regulation and psychological health. *Cognition and Emotion*, *32*(4), 773-795.

Derogatis LR. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of psychosomatic research*, *30*(1), 77-91.

Durazo A, Cameron LD. (2019). Representations of cancer recurrence risk, recurrence worry, and health-protective behaviours: an elaborated, systematic review. *Health Psychology Review*, *13*(4), 447-476.

Ghasemi N, Kalantari, M, Asghari, K, Molavi, H. (2014). Factor Structure, Validity and Reliability of the Persian version of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II-7). *International Journal of Education and Research*, *2*(9), 85-96.(In Persian)

Hagger, M. S. (2025). Psychological determinants of health behavior. *Annual Review of Psychology*, *76*.

Herangza M, hajloo N, narimani M, basharpoor, S. (2024). Designing and Testing the Structural Model of Online Games Addiction Based on

Podkowińska A, Formanowicz D. (2020). Chronic kidney disease as oxidative stress-and inflammatory-mediated cardiovascular disease. *Antioxidants*, *9*(8), 752.

Rayan A. (2022). Cultural Misconceptions, Attitudes, Knowledge, and Beliefs About Mental Illness Among Jordanian Nurses Working in Psychiatric Units. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *53*(11), 513-520.

Rochefort C, Baldwin AS, Chmielewski M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior therapy*, *49*(3), 435-449.

Sarrafzadegan N, Mohammmadifard N. (2019). Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. *Archives of Iranian medicine*, *22*(4), 204-210.(In Persian)

Shah Mohamadi J, Mohagheghi H, Farhadi M. (2023). Yarmohamadi vasel M, Zoghipaydar M. The relationship between experimental avoidance with body image concern in predicting positive tendency to cosmetic surgery. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *10*(1), 19-30.(In Persian)

Tyndall I, Waldeck D, Pancani L, Whelan R, Roche B, Dawson L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 278-284.

Vijay A, Valdes AM. (2022). Role of the gut microbiome in chronic diseases: a narrative review. *European journal of clinical nutrition*, *76*(4), 489-501.

Brain-Behavioral Systems: The Mediating Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 11 *(2)*, 46-62.

Heshmati R. (2016). Structural relationships among functional status, health beliefs and BMI in patients with CAD: The mediator role of cardiac self-efficacy. *Journal of Health and Care*, *18*(3), 191-206. (In Persian)

Ibrahim N, Amit N, Shahar S, Wee LH, Safien AM. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC public health*, *19*, 1-8.

Iob E, Steptoe, A. (2019). Cardiovascular disease and hair cortisol: a novel biomarker of chronic stress. *Current cardiology reports*, *21*, 1-11.

Kline RB. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.

Magnan RE, Gibson LP, Bryan AD. (2021). Cognitive and affective risk beliefs and their association with protective health behavior in response to the novel health threat of COVID-19. *Journal of Behavioral Medicine*, *44*, 285-295.

Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. (2019). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of health psychology*, *24*(8), 1056-1069.