

نقش در آمیختگی افکار و اجتناب تجربی در پیش‌بینی روان‌رنجوری بیماران قلبی - عروقی بیمارستان شهید چمران اصفهان در سال 1395

مریم تات^{1*}، هما آزادی مهرجردی²

1- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

Tat_maryam113@yahoo.com

2- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شرایط پراسترس جوامع کنونی سبب شده است که بیماری قلبی - عروقی در صدر علل مرگ و میر زودرس هر سال جان افراد زیادی را در کشورهای صنعتی و در حال توسعه به خطر اندازد، لذا با توجه به اهمیت بیماری‌های قلبی، مطالعه‌ی حاضر برای بررسی نقش در آمیختگی افکار و اجتناب تجربی در پیش‌بینی روان‌رنجوری بیماران قلبی - عروقی بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال 1395 صورت گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال 1395 بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس بود که تعداد 100 نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های روان‌رنجوری آیزنک و پذیرش و عمل بوند و در آمیختگی افکار گیلاندرز پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها SPSS نسخه 19 بود. سطح اطمینان 95٪ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روان‌رنجوری با اجتناب تجربی و در آمیختگی افکار رابطه مثبت معناداری داشت ($P < 0.05$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان نیز نشان داد که متغیرهای اجتناب تجربی و در آمیختگی افکار با هم 11/8 درصد واریانس روان‌رنجوری را پیش‌بینی کردند ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله، می‌توان برنامه‌ها و اقدامات مناسبی برای کاهش اجتناب تجربی و در آمیختگی افکار تدارک دید که به تبع آن میزان روان‌رنجوری نیز در بین مبتلایان کاهش یابد.

واژه‌های کلیدی: بیماری قلبی - عروقی، اجتناب تجربی، روان‌رنجوری، در آمیختگی افکار

مقدمه

شرایط پراسترس و تنش‌زای جوامع کنونی سبب شده است که بیماری قلبی - عروقی در صدر علل مرگ و میر زودرس هر سال جان میلیون‌ها نفر را در کشورهای صنعتی و در حال توسعه به خطر اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کار افتادگی را رقم زند. پیش‌بینی می‌شود از سال 2020 نزدیک به 25 میلیون مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی - عروقی در هر سال رخ دهد و این بیماری در رده‌ی اولین ضایعه کشنده و ناتوان کننده به شمار رود (1). بیماری‌های قلبی که در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شوند، یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به شمار می‌رود. این بیماری نه تنها به صورت منفی راحتی و سلامتی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد وی را متأثر می‌سازد (2).

عوامل خطر متفاوتی برای بیماری‌ها مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روان‌شناختی، نقش مهمی در ایجاد، تشدید و استمرار این اختلالات دارند. نظام روان‌شناختی بر تأثیر عوامل روان‌پویایی انگیزش و شخصیت بر تجربه‌ی واکنش به بیماری تأکید می‌ورزد (3). به نظر می‌رسد تفاوت‌های شخصیتی عامل مهمی در بروز واکنش‌های متفاوت در برابر استرس‌هایی همچون اضطراب، افسردگی و خشم بوده و نقش تعیین‌کننده داشته باشند (4). روان‌رنجوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی یک فاکتور احتمالی افزایش دهنده‌ی بیماری‌های قلبی مطرح شده است (5). بُعد نوروزگرایی (روان‌رنجوری) به خصوصیات مثل اضطراب، بیقراری، بدبینی، تکانشی بودن، تغییرپذیری و تهییج‌پذیری اشاره دارد (6).

یکی از ابعاد مطرح شده در رابطه با روان‌رنجوری، در آمیختگی افکار یا هم‌آمیزی شناختی است که مرز میان افکار، رویدادها، فکر و عمل را از میان می‌برد (7). می‌توان این اصطلاح را برای توصیف باورهایی به کار برد که بر اساس آن بیماران می‌ترسند از راه افکارشان به دیگران آسیب برسانند (8).

در فرایند بیماری‌های مرتبط با استرس، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عامل استرس‌زا علاوه بر این که از پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند، خصوصیات و ویژگی‌های موقعیت به ویژه قابلیت کنترل‌پذیری استرس‌زها، پاسخ مقابله‌ای متفاوتی را برمی‌انگیزد که به کارگیری انواع شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد (9). یک بعد از کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس‌های ناراحت‌کننده عمل می‌کند (10).

عوارض روان‌شناختی و جسمانی بیماری قلبی سبب می‌شود این بیماران از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نباشند و همان‌گونه که نتایج سایر تحقیقات نشان داده است این اختلال تمام ابعاد کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این مسأله در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است (11 و 12). بیماری‌های قلبی - عروقی درصد زیادی از مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند، لذا توجه ویژه‌ای را می‌طلبد تا با شناسایی عواملی که با این بیماری مرتبط است در جهت کاهش آن اقدام کرد و با افزایش دانش و اطلاعات در خصوص این بیماری زمینه را برای اقدامات مناسب جهت پیشگیری فراهم ساخت. در خصوص متغیرهای پژوهش مطالعاتی در جامعه‌ی ایران صورت نگرفته است و این پژوهش نخستین مطالعه در راستای افزایش دانش و اطلاعات در خصوص رابطه

مواد و روش کار

مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به این عارضه در سطح شهر اصفهان بود که در سال 1395 به بیمارستان قلب شهید چمران مراجعه کرده بودند. حجم نمونه آماری شامل 100 نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. علت انتخاب این تعداد از حجم نمونه این است که با پیشنهاد لیندمن و همکاران حجم گروه نمونه در مطالعات رگرسیون و همبستگی حداقل باید 100 نفر باشد که در این پژوهش نیز همین تعداد افراد در نظر گرفته شد (20). از ملاک‌های ورود به پژوهش می‌توان دامنه‌ی سنی بین 20 تا 70 سال، داشتن حداقل سطح سواد برای تکمیل پرسشنامه‌ها و اعلام رضایت از پاسخدهی به سوالات و همکاری در پژوهش، تشخیص بیماری قلبی توسط پزشک و گذشت یک‌سال از بیماری را نام برد و از ملاک‌های خروج از پژوهش می‌توان به داشتن هر گونه سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی مثل سایکوزها، مصرف داروهایی غیر از داروی مرتبط با بیماری قلبی و عدم رضایت از همکاری در پژوهش را ذکر کرد. اصول اخلاقی داوطلب بودن برای پژوهش، رعایت حقوق فردی و آزادی شرکت-کنندگان برای عدم تمایل به پرکردن پرسشنامه‌ها رعایت شد و همچنین این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که اطلاعات آنان به صورت گروهی گزارش می‌شود. از ابزارهای زیر برای گردآوری اطلاعات پژوهش استفاده شد.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل - نسخه‌ی دوم که برای سنجش اجتناب تجربی توسط بوند و همکاران طراحی شده است و شامل 7 سوال است که در یک طیف 7 درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است، میانگین ضریب آلفا؛

روان‌رنجوری، درآمیختگی افکار و اجتناب تجربی در بین مبتلایان به بیماری قلبی - عروقی است، اما به پژوهش‌هایی که تا حدودی در برگیرنده‌ی متغیرهای پژوهش هستند اشاره می‌شود: نتایج برخی پژوهش‌ها از جمله مطالعه‌ی سارافینو و پژوهش استریکلند و همکاران نشان داده که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی و تنش گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی - عروقی در بیماران می‌گردد (9 و 13). حیدری پهلویان و همکاران در پژوهشی به مقایسه میزان استرس تجربه شده و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران قلبی پرداختند و نتایج مطالعه‌ی آنان نشان داد که بیماران قلبی در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری از راهبردهای ناکارآمدتر مقابله با استرس استفاده می‌نمودند (14). میکایل و همکاران در پژوهش خود اشاره کردند که افسردگی و اضطراب از عوامل خطر مستقل برای بروز بیماری‌های قلبی عروقی هستند و یک رابطه‌ی مثبت و قوی بین اجتناب تجربی و عاطفه‌ی منفی با بیماری قلبی وجود دارد (15).

مطالعات کلی و همکاران (16) و فینی و همکاران (17) نشان داده که روان‌رنجوری در روابط بین‌فردی، عامل پیش‌بینی‌کننده بهتری برای بیماری قلب به حساب می‌آید. در پژوهش‌های استاماتاکیس و همکاران (18) و شیپلی و همکاران (19) به رابطه‌ی بین روان‌رنجورخویی و بیماری قلبی - عروقی اشاره شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش درآمیختگی افکار و اجتناب تجربی در پیش‌بینی روان‌رنجوری بیماران قلبی - عروقی بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان صورت گرفته است.

پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجهه شدند از محقق بخواهند که توضیحات تکمیلی را ارائه دهد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از شاخص‌های آمار استنباطی مثل ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده نیز برای تحلیل داده‌ها SPSS نسخه 19 بود. برای پژوهش حاضر سطح اطمینان 95٪ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

با توجه به نتایج حاصله، 47٪ شرکت‌کننده زن و 53٪ مرد، 31٪ افراد مجرد، 67٪ متأهل و 2٪ هم مطلقه یا بیوه بودند. میانگین و انحراف معیار سن در بیماران $40/26 \pm 13/63$ بود. میانگین و انحراف معیار نمرات در متغیرهای اجتناب تجربی؛ $19/56 \pm 7/22$ ، درآمیختگی افکار؛ $19/80 \pm 8/39$ و روان‌رنجوری؛ $22/88 \pm 2/97$ بود.

0/84 و پایایی بازآزمایی 0/81 و 0/79 گزارش شده است (21).

برای سنجش درآمیختگی افکار از پرسشنامه گیلاندرز و همکاران استفاده شد که دارای 7 سوال و در یک طیف 7 درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسش نامه 0/86 و همسانی درونی آن 0/91 به دست آمده است (22).

برای ارزیابی روان‌رنجوری نیز از نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی کوتاه پرسشنامه شخصیتی آیزنگ استفاده شد که شامل 24 گویه است و به صورت بلی/ خیر تنظیم شده است و میزان پایایی آن نیز 0/74 و از نظر روایی نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفته است (23).

ابتدا بعد از هماهنگی لازم و اخذ مجوزهای ضروری از بیمارستان، بیماران با اهداف پژوهش به صورت کلی آشنا شده و پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و از آنان خواسته شد اگر در تکمیل

جدول 1: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	روان‌رنجوری	همبستگی	سطح معناداری
اجتناب تجربی	0/341		*0/001
درآمیختگی افکار	0/226		*0/02

*P<0.05

درآمیختگی افکار ($r=0.226$) رابطه مثبت معناداری در سطح $P < 0.05$ داشت (جدول 1).

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که روان-رنجوری با متغیرهای اجتناب تجربی ($r=0.341$) و

جدول 2: نتیجه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی روان‌رنجوری بر اساس اجتناب تجربی و درآمیختگی افکار

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig	B	T	Sig
اجتناب تجربی	0/343	0/118	6/46	0/002	0/158	2/70	0/008
درآمیختگی افکار					0/02	0/40	0/6

ایجاد می‌کنند که ممکن است در جهت بی‌توجهی به دیگران، تکانشگری، عصبانیت و ... باشد، وجود چنین الگوهای رفتاری ناسالم موجب سوگیری در تفسیر وقایع و توجه به محرک‌های درونی و بیرونی شده و باعث شکل‌گیری قضاوت‌ها و برداشت‌های نامناسب می‌شود و چنین نگرش‌های سوگیرانه‌ای چرخه‌ی نامناسبی از اجتناب و فرار (اجتناب تجربی) و تحریک‌پذیری و عدم اطمینان (روان‌رنجوری) را موجب می‌شود.

نتایج نشان داد که اجتناب تجربی با روان‌رنجوری همبستگی مثبت معناداری داشت. پژوهشی که در این راستا صورت گرفته باشد مشاهده نگردید، لذا به پژوهش‌هایی که تا حدودی با موضوع مرتبط است اشاره می‌شود، این یافته با پژوهش‌های سارافینو (9)، استریکلند و همکاران (13)، میکایل و همکاران (15) و حیدری پهلویان و همکاران (14) همسویی داشت. در تبیین این موضوع باید اشاره کرد که اجتناب تجربی به عنوان یک پاسخ مقابله‌ای به عنوان کوشش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری است که بیماران قلبی به کار می‌گیرند تا خود را با محیط تطابق دهند و یا برای پیشگیری از پیامدهای منفی شرایط فشارزا استفاده می‌کنند، به همین سبب این مکانیسم و شیوه‌ی مقابله با فشارها در بین افراد مبتلا منجر به افزایش نگرانی، اضطراب و بی‌کفایتی بیشتر شده، موجب کاهش عزت‌نفس در بین مبتلایان می‌شود و در نتیجه روان‌رنجوری بیشتری برای آنان به دنبال دارد.

نتایج نشان داد که بین درآمیختگی افکار و روان‌رنجوری همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که بیماران قلبی-عروقی مدام نگران وقوع حملات قلبی هستند، لذا مدام به این موضوع فکر می‌کنند و گاه‌ا‌ ممکن است حملات قلبی بعد از این گونه تفکرات پیش بیاید، لذا پیوندی

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که اجتناب تجربی و درآمیختگی افکار کلاً 11/8٪ از واریانس متغیر روان‌رنجوری را پیش‌بینی کردند، نتایج ضریب رگرسیونی بتا نشان می‌دهد که اجتناب تجربی ($t=2.70$ و $=0.383$) در سطح ($p<0/05$) توانست پراکندگی متغیر روان‌رنجوری را پیش‌بینی کند، اما درآمیختگی افکار با ضرایب رگرسیونی ($=0.05$) و ($t=0.4$) در سطح معناداری نتوانست واریانس روان‌رنجوری را پیش‌بینی کند (جدول 2).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش برای بررسی نقش درآمیختگی افکار و اجتناب تجربی در پیش‌بینی واریانس روان‌رنجوری در بیماران قلبی - عروقی شهر اصفهان در سال 1395 صورت گرفت. نتایج ضرایب بتا در تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از آن بود که تنها متغیر اجتناب تجربی به طور معناداری در پیش‌بینی واریانس روان‌رنجوری در مبتلایان بیماری قلبی-عروقی نقش داشت. ویژگی روان‌رنجوری که در مبتلایان بیماری قلبی-عروقی بالا است و در پژوهش‌های مختلف (18 و 19) تأیید شده است با خصوصیاتی مثل عصبی بودن، اضطراب و نگرانی، بدخلقی، بی‌کفایتی، عدم اطمینان، ناپایداری، ناراضی بودن، تحریک‌پذیری و حساسیت زیاد مشخص می‌شود، که وجود این علائم و نشانه‌ها منجر به فرار موقعیتی یا اجتناب از موقعیت‌هایی می‌شود که با تجارب روان‌شناختی ناخواسته مرتبط هستند، این دور تسلسل اضطراب و نگرانی و اجتناب منجر به روان‌رنجوری بیشتر و اجتناب تجربی از موقعیت‌های ناخوشایند می‌شود. از دیگر دلایل می‌توان اشاره کرد به اینکه افراد مبتلا به بیماری قلبی به سبب تجربه‌ی انواع دردهای جسمی، تپش قلب، گرفتگی سینه و ... الگوهای ناسالمی از ارتباط با محیط فیزیکی و اجتماعی

قلبی پرداخته شود. در قالب پژوهش‌های طولی به بررسی متغیرهای پژوهش پرداخته شود تا ادبیات منسجمی در خصوص متغیرهای پژوهش حاصل شود و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه گردد. از لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود تا مسئولان از اطلاعات به دست آمده در برنامه‌ریزی‌های خویش جهت کاهش عوارض و وقوع بیماری‌های قلبی - عروقی استفاده کنند.

با توجه به شیوع گسترده بیماری‌های قلبی - عروقی و میزان بالای مرگ و میر ناشی از این عارضه توجه به عوامل شخصیتی مثل روان‌رنجوری و فاکتورهای دخیل در آن می‌تواند زمینه را برای کاهش این بیماری و حتی پیشگیری در سطوح جامعه فراهم سازد، لذا با توجه به نتایج حاصله، می‌توان برنامه‌ها و اقدامات مناسبی (مثل آموزش انواع راهبردهای مقابله با استرس، تغییر افکار و باورها و نگرش‌ها و ...) برای کاهش اجتناب تجربی و درآمیختگی افکار تدارک دید که به تبع آن میزان روان‌رنجوری نیز در بین مبتلایان کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمام کسانی که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

بین این افکار و اعمال برای آنان شکل می‌گیرد که آنان را دچار درآمیختگی افکار می‌کند و در این حالت چنان در دام افکار می‌افتند که ارتباط آنان با بسیاری از جنبه‌های اینجا و اکنونی قطع می‌شود و سعی می‌کنند بر اوضاع پیش آمده مسلط شوند، همین امر باعث می‌شود تا آنان نتوانند بین دنیای واقعی و تخیلی تفاوتی قائل شوند و آمیختگی و هم‌آمیزی شناختی بیشتری برایشان بوجود آید و در نتیجه اضطراب و عدم اطمینان بیشتری را تجربه کرده و متعاقب آن روان‌رنجوری فراوانی را احساس کنند.

این پژوهش نیز با محدودیت‌های مواجه بود از جمله این که پرسشنامه‌های مورد استفاده ماهیت خودگزارشی داشتند و همانند سایر ابزارهای خودگزارشی، نگرش‌ها، انگیزش و شرایط محیطی می‌توانست بر دقت افراد در تکمیل پرسشنامه‌ها تأثیرگذار بوده باشد. نبود پژوهش‌ها و مطالعات صورت گرفته در خصوص متغیرهای پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی دیگر ابعاد شخصیت مثل برونگرایی - درونگرایی، مسئولیت‌پذیری و ... با میزان درآمیختگی افکار و اجتناب تجربی در مبتلایان بیماری

References

- 1- Cohns SJ., Genets JY. Prevention of heart disease. Am J Cardiol. 1996, 79 (13): 8-11.
- 2- Sabahi F, Akbarzadeh Tootoonchi MR. Comparative Evaluation of Risk Factors in Coronary Heart Disease Based on Fuzzy Probability-Validity Modeling. J Zanjan Univ Med Sci Health Serv. 2014, 22(91): 73-83 (Persian).
- 3- Csef H, Hefner J. Stress and myocardial infarction. MMW Fortschr Med. 2005; 147(13): 33-5.
- 4- Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. Psychol Rep. 1990, 66: 355-373.
- 5- Chapman BP, Roberts B, Duberstein P. Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. J Aging Res. 2011; 2011.
- 6- Shamloo S. Mental pathology, Tehran: Roshd Publication. 1996 (Persian).
- 7- Wells A. Emotional disorders and meta cognition: Innovative cognitive therapy. Chic ester, UK: Wiely.2000.

- 8- Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: A test of the meta cognitive model. *Clin Psychol Psychot.* 2004, 11: 137-144.
- 9- Sarafino EP. *Health psychology.* 4th ed. New York: John Wiley and sons. 2002.
- 10- Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(2): 185.
- 11- Seldenrijk A, Avijit P, Brenda W, Steptoe A. Psychological distress, cortical stress response and subclinical coronary calcification. *J Psycho Neuro endocrine.* 2012; 37: 48-55
- 12- Yu DSF, Thompson DR, Yu CM, Pedersen SS, Denollet J. Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res.* 2010; 69: 111-8.
- 13- Strickland OL, Giger JN, Nelson MA, Davis CM. The relationships among stress, coping social support and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *Eur. J Cardiovasc Nurs.* 2007; 22 (4): 272-278.
- 14- Heidari Pahlavian A, Gharakhani M, Mahjub H. Hostility, Type A Personality and Coronary Heart Disease. *J Hamedan Univ Med Sci.* 2008; 15(4): 44-47 (Persian).
- 15- Mikaela J. Steven C. Hayes S. *The Contributing Role of Negative Affectivity and Experiential Avoidance to Increased Cardiovascular Risk.* Nevada Uni, 2012.
- 16- Kelly GB, Timothy WS, Jonathan B, Neuley MJ, Hawkins, MW, Uchino BN. Hostility, anger and marital adjustment: Concurrent and prospective association with psychosocial vulnerability. *J Behavior Med.* 2007; 30 (1): 1-10.
- 17- Finney MI, Stoney CM, Engebreston T. Hostility and anger expression in African American and European American mean is associated with cardiovascular and lipid reactivity. *Psychophysiol.* 2002; 39: 340-349.
- 18- Stamatakis KA, Lynch J, Everson SA, Raghunathan T, Salonen JT, Kaplan GA. Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study. *Ann Epidemiol.* 2004; 14(1): 58-65.
- 19- Shipley BA, Weiss A, Der G, Taylor MD, Deary IJ. Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosoma Med.* 2007; 69 (9): 923-31.
- 20- Homan H. *Analysis multivariate data in behavior research.* (P: 68), Third Edition, Tehran: Pike Farhang (Persian).
- 21- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire– II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther.* 2011; 42(4): 676-688.
- 22- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S, Roach L, Lloyd J, May L, Clarke S, Remington R. The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Ther.* 2014; 45: 83-101.
- 23- Bakhshipour A, Bagheryan Khosroshahi S. Psychometric properties of Personality Questionnaire of Eysenek -Revised Short Form. *Contemp Psychol.* 2006; 1(2): 3-12 (Persian).

Original paper

The Role of Cognitive Incongruity and Experiential Avoidance in Prediction of Neuroticism in Patient with Cardiovascular Disease of Shahid Chamran Hospital, Isfahan (2017)

Maryam Tat^{1*}, Homa Azadi Mehrjerdi²

1-Msc in psychology, Islamic Azad University of Khorasegan, Isfahan, Iran

2-Msc in psychology, Islamic Azad University of Khorasegan, Isfahan, Iran

*Corresponding Author: Tat_maryam113@yahoo.com

Abstract

Backgrounds and Aim: Stressful conditions of society causes cardiovascular disease to be the first reason of premature deaths and the lives of people is threatened by this in industrialized and developing countries, by considering the importance of heart disease, this study was done to survey the role of cognitive incongruity and experiential avoidance in prediction of neuroticism in patients with cardiovascular disease of Shahid Chamran Isfahan hospital in 2017.

Material and Methods: This was a descriptive – co relational study. The statistical population was all patients with cardiovascular disease in Shahid Chamran hospital, Isfahan,(2016). The samples were selected by available method, 100 cardiovascular patients were chosen. The questionnaires of acceptance and action Bond, [Eysenck neuroticism](#), and Gillanders cognitive incongruity was answered by them. For data analysing, Pearson correlation and regression were used. SPSS (V-19) software was used to analyse data. Level confidence of 95% was considered.

Results: Neuroticism has positive correlation with cognitive incongruity and experiential avoidance ($P<0.05$). The results of regression showed that cognitive incongruity and experiential avoidance could predict 11/8 percent variance of neuroticism ($P<0.05$).

Conclusion: Considering the results, we can provide plans and proper actions for reducing cognitive incongruity and experiential avoidance, in order to reduction neuroticism.

Keywords: Coronary heart disease, Experiential avoidance, Neuroticism, Cognitive incongruity