مقاله پژوهشی اصیل

مدل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی بر اساس سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سرمایه روانی

فاطمه حیدری ثابت[۱]، دکترای روان‌شناسی عمومی
*** حسن میرزا حسینی[۲]، دکترای روان‌شناسی بالینی**
نادر منیرپور[۳]، دکترای روان‌شناسی سلامت

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی بر اساس سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سرمایه روانی انجام شد.

زمینه. بیماری قلبی‌عروقی جنبه های مختلف زندگی از جمله سلامت جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکردی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد که در این میان، یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت است.

روش کار. پژوهش حاضر از نوع همبستگی و با استفاده از مدل تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران قلبی‌عروقی شهر قم در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آنها، ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش شامل پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، و پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت والکر، سچریست و پندر (۱۹۸۷) بودند. داده‌ها در نرم‌افزارهای AMOS.22 و SPSS.22 با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر تحلیل شدند.

یافته‌ها. بر اساس نتایج این پژوهش، سلامت معنوی (β=۰/۲۱، P=۰/۰۰۲) و حمایت اجتماعی (β=۰/۱۷، P=۰/۰۱۳) بر سرمایه روانی تاثیر داشتند. همچنین، سرمایه روانی در رابطه بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، نقش میانجی داشت (RMSEA=۰/۰۶۷، AGFI=۰/۹۸).

نتیجه‌گیری. سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی نقش مهمی در افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد دچار قلبی‌عروقی بازی می‌کنند. بنابراین، در تدوین برنامه‌های درمانی برای این بیماران بهتر است عوامل چندگانه خانوادگی، روان‌شناختی، مذهبی، اجتماعی و بهداشتی‌درمانی به صورت یک مجموعه مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی‌عروقی، سلامت معنوی، سرمایه روانی، حمایت اجتماعی، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت

۱ دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: mirzahoseini.hasan@yahoo.com
۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

تا اوایل قرن گذشته، بیماری‌های عفونی و واگیر عامل اصلی مرگ بودند، اما اکنون با پیشرفت‌های بهداشتی و پزشکی، این بیماری‌ها تا حد زیادی کنترل شده و بیماری‌های مزمن به مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ تبدیل شده‌اند. بیماری عروق کرونری قلب به عنوان یکی از علل اصلی مرگ در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود و هرساله جان میلیون‌ها نفر را به خطر می‌اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و از کارافتادگی را رقم می‌زند (سارافینو، ۲۰۰۲).

بیماری قلبی‌عروقی و عوارض ناشی از آن تغییراتی در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر رضایت و کیفیت زندگی وی تاثیر می‌گذارد و محدودیت‌هایی در زمینه ایفای مناسب وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیماران ایجاد می‌کند که سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می‌گردد (شجاعی، ۱۳۸۷). توجه به سواد سلامت به علت پایین بودن سطح آن در مردم و نقش آن در پیش‌بینی پیامدهای نامطلوب بهداشتی در بسیاری از بیماری‌های مزمن بسیار بیشتر از پیش شده است (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۹). بااین حال، عواملی وجود دارند که با بهبود شیوه زندگی بیماران قلبی‌عروقی می‌توانند کیفیت زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی آنها را ارتقاء بخشند. یکی از این عوامل، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از سوی بیماران است که می‌تواند نقش مهمی در زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون بیماران قلبی‌عروقی بازی کند. رفتار بهداشتی یکی از معیارهای اساسی تعیین‌کننده سلامت است که به عنوان عامل زمینه‌ای مهم در مبتلا نشدن به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است؛ به‌طورکلی، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به طور مستقیم با این رفتارها ارتباط دارد (مو و همکاران، ۲۰۱۰). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شامل انجام کارهایی است که منجر به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خود و جامعه می‌شوند. این رفتارها به علت داشتن توانایی بالقوه برای پیشگیری از ایجاد و پیشرفت بیماری مزمن، کاهش بیماری‌زایی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه، از اهمیت خاصی برخوردار هستند (عبدالکریمی و همکاران، ۱۳۹۶).

یکی از مفاهیم مهم مورد توجه روان‌شناسان و از جمله ویژگی‌های روانی که برای دستیابی به زندگی مطلوب برای همه افراد، به ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون بیماری قلبی‌عروقی مورد توجه است، سرمایه روان‌شناختی است که جنبه مثبت زندگی انسان‌ها محسوب می‌شود و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت، و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود. تا کنون، چهار مولفه اصلی یعنی خودکارآمدی، با تاکید بر تعهد و تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش‌برانگیز؛ خوش‌بینی، یا مثبت‌نگری مبتنی بر اسناد خوش‌بینانه درباره موفقیت‌های حال و آینده؛ امیدواری، یعنی مقاومت در مسیر اهداف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت؛ و تاب‌آوری، یعنی انعطاف‌پذیری و مقاومت در زمان مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت، برای این پدیده معرفی شده است (آوی و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی، با طیف متنوعی از متغیرها، نظیر عملکرد در موقعیت‌های کاری و اجتماعی، تعهد و رضایت، اضطراب، فشار ادراک‌شده، توانایی مقابله با فشارها و مشکلات، رفتارهای جست‌وجوگرانه، شادکامی و بهزیستی ارتباط دارد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۷). صالحی و همکاران (۱۳۹۶) در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که سرمایه‌های روان‌شناختی، ۳۴ درصد از واریانس سلامت‌روان سالمندان را تبیین کرد، و از چهار مولفه آن، به ترتیب، امید، خوش بینی و تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده سلامت‌روان بودند که در مجموع، ۳۳ درصد از واریانس سلامت‌روان را تبیین می‌کنند. بنابراین، می‌توان گفت برنامه‌ریزی جهت افزایش سرمایه‌های روانی چون امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی در دوران جوانی و میان‌سالی می‌تواند به کاهش ابتلا به انواع اختلالات روانی و در نتیجه افزایش سلامت روان انسان در دوران سالمندی کمک نماید. دوبایز و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که در بیماران قلبی، به نظر می‌رسد سازه‌های روانی مثبت در بیشتر مطالعات با پیامدهای سلامتی همراه است.

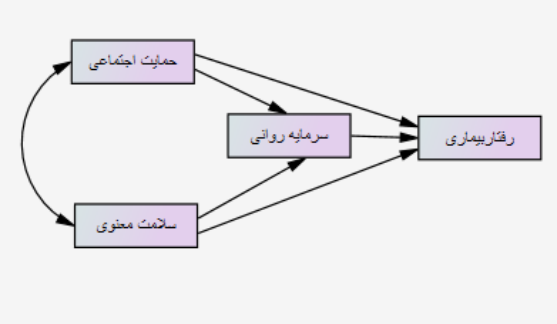
یکی دیگر از ابعاد مهم سلامت، سلامت معنوی است. سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود که به هماهنگ ساختن ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کمک می‌کند (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۳). صاحب‌نظران بر این باورند که معنویت از عواملی است که می‌تواند به عنوان یک منبع حمایت‌گر و درعین‌حال، عاملی به منظور ارزیابی و مقابله با مسائلی که انسان‌ها با آن مواجه می‌شوند تلقی شود (بل و همکاران، ۲۰۱۲). معنویت از جمله فضائل انسانی است که به زندگی انسان معنا و هدف غایی می‌بخشد و موجب شیوه‌ای خاص از زندگی در دنیا و باعث پیوند میان فرد با خود، دیگران و کل جهان هستی می‌شود (سیمور، ۲۰۰۹).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

در این زمینه، میرزایی و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیقی نشان دادند که بین دین‌داری و سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. قاسمی جوبنه و همکاران (۱۳۹۴) نیز در تحقیقی درباره نقش سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی در سرمایه روان‌شناختی دانشجویان، دریافتند که بین سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی با سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امید) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. اسماعیل بیگی ماهانی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی، با مرور بر پیشینه مطالعاتی موجود اشاره کرده‌اند که روش‌های مقابله‌ای مذهبی، پیامدهای روحی مثبت مانند پذیرش، امید، رضایت از زندگی، خوش‌بینی، رشد معنوی و کاهش استرس را به دنبال دارد.

از عوامل دیگر سلامتی می‌توان به حمایت اجتماعی اشاره کرد که عبارت از یک شبکه اجتماعی است که برای افراد، منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است (کوهن، ۲۰۰۴). محققان بر این عقیده‌اند که یکی از ویژگی‌های افراد نسبتا مقاوم در برابر رویدادهای تنش‌زا، برخورداری از حمایت اجتماعی است؛ سیستم‌های حمایت اجتماعی می‌توانند اثرات منفی تنش بر وضعیت بهداشت و سلامت روان را تعدیل نمایند (بیرامی و همکارن، ۱۳۹۳). در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، محققان نشان داده‌اند که افراد برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب، تشویق و توصیه‌های بیشتری را درباره رفتارهای بهداشتی خوب و مناسب دریافت می‌کنند، احساس قوی‌تری از کنترل شخصی دارند و در مقابل، از اثرات زیان‌آور استرس محافظت می‌شوند (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱). برای مثال، چناری و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی، به ویژه حمایت دوستان، و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت ارتباط وجود دارد. در تحقیق دیگری در این زمینه، مالاتوم (۲۰۰۱) نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی ارتقای سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت تاثیر حمایت خانواده و دوستان قرار دارند.

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی‌عروقی در ایران و همچنین، به دلیل عوارض و پیامدهای منفی این بیماری بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران و افراد مرتبط با آنها، بررسی چندگانه عوامل تاثیرگذار بر زندگی این بیماران جهت اخذ تدابیر پیشگیرانه و مداخله‌ای مناسب ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، مرور پیشینه پژوهشی موجود در خصوص عوامل مختلف روانی، فردی و اجتماعی و معنوی موثر بر زندگی بیماران قلبی‌عروقی، نشانگر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با سرمایه روان شناختی (میرزایی و فتحی، ۱۳۹۷؛ دیل و همکاران، ۲۰۰۹) است، و با توجه به پیشینه‌های پژوهشی موجود، سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های آن با رفتار مرتبط با سلامت بیماران قلبی‌عروقی ارتباط دارند (نگار پور و همکاران، ۱۳۹۰)؛ شاید بخشی از اثرگذاری حمایت اجتماعی و سلامت معنوی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بیماران، به وسیله سرمایه روان‌شناختی قابل تبیین باشد، به طوری که از سویی، پیشینه تجربی و نظری موجود نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران رابطه معناداری وجود دارد (چناری، نوروزی و طهماسبی، ۱۳۹۲؛ مالاتوم، ۲۰۰۱)؛ و از سویی دیگر، پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی و سلامت معنوی نقش مهمی در افزایش رفتار ارتقاءدهنده سلامتی بیماران بازی می‌کند (ساموئل هاج و همکاران، ۲۰۰۰). هدف پژوهش حاضر، آزمون این تبیین احتمالی است که آیا حمایت اجتماعی و سلامت معنوی به طور مستقیم با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران رابطه دارد یا از طریق اثرگذاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی‌عروقی چنین رابطه‌ای شکل می‌گیرد؟ بنابراین، با توجه به پیشینه‌های موجود، مدل مفهومی زیر برای آزمون فرضیه‌ها ارائه می‌شود:



شکل شماره ۱: مدل مفهومی رفتار بیماری (رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت) در بیماران قلبی‌عروقی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و با استفاده از مدل تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران قلبی‌عروقی شهر قم در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آنها، ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور اجرای پژوهش حاضر، بعد از تعیین مراکز هدف و برآورد حجم نمونه مورد نیاز و اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه، پژوهشگر به‌صورت میدانی با حضور در مراکز درمانی مشخص‌شده و توضیح اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی، همچون محرمانه ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان و اختیاری بودن شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در تحقیق را اخذ نمود. در گام بعدی، از شرکت‌کنندگان خواسته شد پرسشنامه را تکمیل نمایند.

ابزار اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش شامل پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، و پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت والکر، سچریست و پندر (۱۹۸۷) بودند. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است که از مقادیر استانداردشده استفاده می‌کند که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده‌مقیاس شامل شش گویه است. شش سئوال اول مربوط به خودکارآمدی (از سئوال شماره ۱ تا ۶)، شش سئوال دوم مربوط به امیدواری (از سئوال شماره ۷ تا ۱۲)، شش سئوال سوم مربوط به تاب‌آوری (از سئوال شماره ۱۳ تا ۱۸)، و شش سئوال چهارم مربوط به خوش‌بینی (از سئوال شماره ۱۹ تا ۲۴) است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت ("کاملا مخالفم" با نمره ۱، "مخالفم" با نمره ۲، "تا حدودی مخالفم" با نمره ۱، "تا حدودی موافقم" با نمره ۴، "موافقم" با نمره ۵، و "کاملا موافقم" با نمره ۶) پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی، ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه محاسبه و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نتایج تحلیل عاملی تاییدی حاکی از این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت، نتایج تحلیل عاملی، روایی سازه آزمون را تایید کردند. مدل شش عاملی برازش بهتری با داده‌ها دارد و با مدل نظری نیز هماهنگی بیشتری دارد. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل، به ترتیب، ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱)، اعتبار این ابزار براساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ گزارش شد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی، یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملا مخالفم تا کاملا موافقم می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها با هم جمع می‌شود و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می‌گردد. نمره هر زیرمقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن، تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیرمقیاس (۴) به دست می‌آید. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده اند (نقل از تمنائی‌فر و همکاران، ۱۳۹۲). سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۸۶، و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (نقل از تمنائی‌فر و همکاران ، ۱۳۹۲).

پرسشنامه ۲۰ سئوالی استاندارد سلامت معنوی پالوتزیان و همکاران (۱۹۸۳) شامل دو بخش است؛ بخش اول شامل ۱۰ سئوال درباره سلامت مذهبی، و بخش دوم دارای ۱۰ سئوال در مورد سلامت وجودی است. پاسخ سئوالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای ("کاملا مخالفم" با نمره ۱، "مخالفم" با نمره ۲، "تا حدودی مخالفم" با نمره ۱، "تا حدودی موافقم" با نمره ۴، "موافقم" با نمره ۵، و "کاملا موافقم" با نمره ۶) است. در سئوالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌گیرد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیر گروه است که بین ۲۰ تا ۱۲۰ متغیر است. ضریب آلفای این پرسشنامه، ۰/۸۲ گزارش شده است (توانایی و همکاران، ۱۳۹۷).

برای بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی از پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت والکر، سچریست و پندر استفاده شد. این ابزار توسط والکر و همکاران (۱۹۸۷) ارائه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۵۲ سئوال با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (با نمره ۱) تا همیشه (با نمره ۴) است. این پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در شش بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سئوال)، فعالیت

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

جسمی (۸ سئوال)، تغذیه (۹ سئوال)، رشد معنوی (۹ سئوال)، روابط بین‌فردی (۹ سئوال) و مدیریت استرس (۸ سئوال) اندازه‌گیری می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت است. والکر و همکاران (۱۹۸۷) شاخص آلفای کرونباخ را برای این مقیاس، ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (نقل از چناری و همکاران، ۱۳۹۲).
داده‌ها در نرم‌افزارهای AMOS.22 و SPSS.22 با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد نمونه مورد مطالعه ۲۰۰ نفر شامل ۱۱۲ نفر زن و ۸۸ نفر مرد بود. بیشتر شرکت‌کننده‌ها در گستره سنی ۵۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد نمونه ها بی‌سواد بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و کمینه و بیشینه آنها در این جدول شماره ۱ ارائه شده است. میانگین نمره حمایت اجتماعی، ۴۱/۳۷ با انحراف معیار ۱۶/۵۴ و میانگین متغیرهای سلامت معنوی، سرمایه روانی، و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، به ترتیب، ۷۵/۰۳ با انحراف معیار ۶/۳۷، ۳۹/۰۵ با انحراف معیار ۸/۳۴، ۱۲۸/۹۱ با انحراف معیار ۲۰/۷۴ بود.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و کمینه و بیشینه آنها

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندار
حمایت اجتماعی	۱۷	۵۸	۴۱/۳۷	۱۶/۵۴
سلامت معنوی	۴۵	۹۷	۷۵/۰۳	۶/۳۷
سرمایه روانی	۲۴	۷۰	۳۹/۰۵	۸/۳۴
رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	۷۳	۱۸۹	۱۲۸/۹۱	۲۰/۷۴

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با سرمایه‌های روانی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین، بین سرمایه روانی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. در این پژوهش، برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با واسطه‌گری سرمایه روانی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، مدل فرضی بر اساس پیشینه نظری و تجربی طراحی شد. برای ارزیابی مدل فرضی این پژوهش، ابتدا با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی به برآورد پارامترها پرداخته شد. پارامترهای برآورد شده شامل ضرایب اثر مستقیم، ضرایب اثر غیر مستقیم و ضرایب اثر کل هستند که برای هر کدام از این پارامترها جدول جداگانه‌ای حاوی ضرایب برآورد استانداردشده، خطای استاندارد برآورد و ارزش t مربوط به آزمون معنی‌داری این پارامترها ارائه شده است. در نهایت نیز مشخصه‌های برازندگی مدل و نمودار مدل برازش‌شده پیش‌بینی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر اساس حمایت اجتماعی و سلامت معنوی و نقش واسطه‌ای سرمایه روانی ارائه می‌شود.

جدول شماره ۲: برآورد ضرایب اثر مستقیم متغیرهای برون‌زا، حمایت اجتماعی و سلامت معنوی بر سرمایه روانی (وابسته میانی) و متغیر رفتار

مسیر	مقدار برآورد	مقدار استاندارد	S.E	C.R/ T	P
سلامت معنوی بر سرمایه روانی	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۰۸	۳/۰۴	۰/۰۰۲
حمایت اجتماعی بر سرمایه روانی	۰/۲۴	۰/۱۷	۰/۰۹	۲/۴۹	۰/۰۱۳
سرمایه روانی بر رفتار بیماری	۱/۶۵	۰/۶۶	۰/۱۱	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی بر رفتار بیماری	۰/۹۴	۰/۲۷	۰/۱۶	۵/۹۷	۰/۰۰۱
سلامت معنوی بر رفتار بیماری	۰/۲۸	۰/۰۹	۰/۱۴	۲/۰۳	۰/۰۴۳

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، حمایت اجتماعی (β=۰/۱۷) و سلامت معنوی (β=۰/۲۱) دارای اثر مثبت و مستقیم بر سرمایه روانی هستند. اثر مثبت مستقیم حمایت اجتماعی (β=۰/۲۷) و سلامت معنوی (β=۰/۰۹) بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز مشاهده شد. همچنین، سرمایه روانی دارای اثر مثبت و مستقیم بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (β=۰/۶۶) بود. به‌منظور بررسی سهم واسطه‌گری سرمایه روانی در رابطه حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، از دستور بوت‌استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۳: برآورد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل

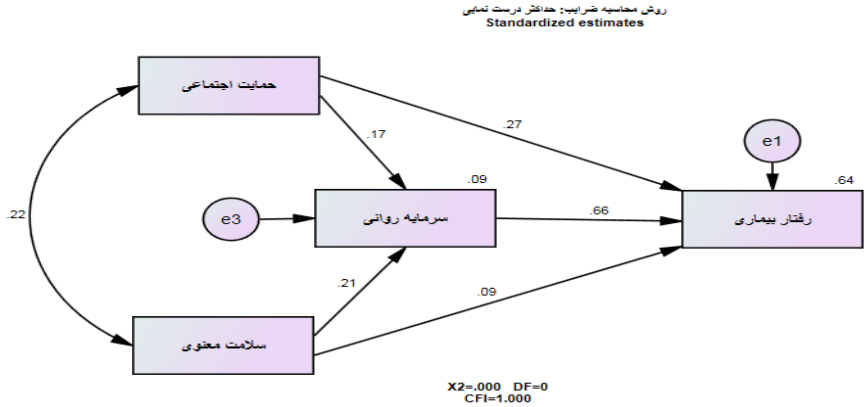
متغیر پیش‌بین	متغیر واسطه	متغیر ملاک	مقدار برآورد	استاندارد	حد بالا	حد پایین	معناداری
حمایت اجتماعی	سرمایه روانی	رفتار بیماری	۰/۴۰۲	۰/۱۱۴	۰/۱۹۷	۰/۰۵۲	۰/۰۰۹
سلامت معنوی	سرمایه روانی	رفتار بیماری	۰/۴۳۰	۰/۱۴۰	۰/۰۹۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱۲

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت برابر با ۰/۱۱ و معنادار است. همچنین، اثر غیر مستقیم سلامت معنوی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت برابر با ۰/۱۴ و معنادار است.

جدول شماره ۴: شاخص‌های برازش مدل آزمون‌شده پژوهش

شاخص‌های مربوط به برازش مدل	مقدار به‌دست آمده	دامنه مورد قبول	نتیجه برازش
مجذور خی	۱/۹۰۳	≤۳	تایید مدل
مقدار P	۰/۰۲۷	(معنی‌دار نبودن از لحاظ آماری)	
خی دو بر درجه آزادی	۱/۹۰۳	$\chi^2/df<3$	تأیید مدل
نیکویی برازش	۰/۹۸	GFI>0.90	تایید مدل
شاخص نیکویی برازش انطباقی	۰/۹۸	AGFI>0.90	تأیید مدل
شاخص برازش مقایسه‌ای	۰/۹۵	CFI>0.90	تأیید مدل
شاخص برازش هنجارشده (بنتلر-بونت)	۰/۹۴	NFI>0.90	تأیید مدل
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب	۰/۰۶۷	RMSEA≤0.10	تأیید مدل

با توجه به مشخصه‌های نکویی برازش که در جدول شماره ۴ گزارش شده است، برازش مدل پیش‌بینی حمایت اجتماعی و سلامت معنوی در سطح نسبتا مطلوب است. شکل زیر ضرایب اثر کل پیش‌بینی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر اساس حمایت اجتماعی و سلامت معنوی و نقش واسطه‌ای سرمایه روانی را نشان می‌دهد.



[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون مدلی از پیشایندها و پیامدهای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران قلبی‌عروقی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای برون‌زا رابطه مثبت و معناداری با سرمایه روانی بیماران قلبی‌عروقی دارند که این یافته در خصوص رابطه مثبت حمایت اجتماعی با سرمایه روانی با برخی مطالعات مشابه در این زمینه، همچون پژوهش رشیدی و همکاران (۱۳۹۴)، دیل و همکاران (۲۰۰۸) و سیمونز و همکاران (۲۰۱۰) همسو است، مبنی بر اینکه حمایت اطرافیان و دوستان با خودکارآمدی، خوش‌بینی و امیدواری که از مولفه‌های سرمایه روانی هستند رابطه مثبت و معناداری دارد. این در حالی است که قربانی و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیق خود به نتیجه متفاوت با نتیجهی تحقیق حاضر دست یافتند. آنها گزارش کردند که حمایت اجتماعی نتوانسته است در ارتباط سرمایه روان‌شناختی و سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی نقش میانجی بازی کند. با این حال، توجه به این امر مهم است که در تحقیق حاضر سرمایه روان‌شناختی به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است و جامعه‌ی آماری دو پژوهش نیز با هم متفاوت هستند. در تبیین این یافته می‌توان از نظریه انسجام و شبکه اجتماعی دورکیم استفاده کرد. بر اساس نظریه دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به‌خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می‌نماید، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می‌نماید؛ تا زمانی که فرد با جمع بزرگتر و اهداف آنان متصل نشده است، خودگرا و خودمحور است، به نحوی تخریب‌کننده بهداشت روانی است. دورکیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می‌دهد. چون فرد در فقدان پیوندهای استوار، هدف اخلاقی‌اش را گم می‌کند و اسیر ملال و انزوای مالیخولیایی مرگ‌آور می‌شود (همتی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین، یافته دیگر پژوهش حاضر در خصوص ارتباط مثبت و معنادار سلامت معنوی با سرمایه روانی بیماران قلبی‌عروقی با نتایج پژوهش گاپتا (۲۰۱۲)، قاسمی جوبنه و همکاران (۱۳۹۴) و میرزایی و همکاران (۱۳۹۷) همخوان است که نشان دادند هوش معنوی و سلامت معنوی می‌توانند در افزایش سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امید) نمونه‌های پژوهشی مختلف نقش مهمی داشته باشد. در تبیین این مورد اشاره به نظریه یونگ در باب اهمیت دین‌داری در بهزیستی روان‌شناختی دارای اهمیت است که معتقد بود "مذهب، بسیاری از نیازهای انسان را برآورده و خلاءهای وجودی او را پر می‌کند. همچنین اطمینان، امید و قدرت را در شخص قوت بخشیده، خصوصیات اخلاقی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام می‌دهد و برای انسان پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات و مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند" (عابدی و همکاران، ۱۳۸۴).

علاوه بر وجود رابطه مثبت بین متغیرهای برون‌زا با سرمایه روان‌شناختی، نتایج حاصل از آزمون داده‌های تحقیق حاضر نشان داد که این متغیرها (سلامت معنوی و حمایت اجتماعی) با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی نیز رابطه مثبت و معناداری دارند. یاسته مربوط به ارتباط مثبت سلامت معنوی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه، همچون پژوهش ساموئل هاج و همکاران (۲۰۰۰) و ناگیل و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است که گزارش دادند افراد با سطح معنویت بالاتر، از نظر اعتقاد به سلامت با دیگران تفاوت دارند، به‌طوری که این افراد، برای بهبود وضعیت جسمی خویش فعالیت و تلاش بیشتری نشان می‌دهند(راشل و همکاران، ۲۰۱۴). در تبیین یافته مربوط به فرضیه حاضر می‌توان به مدل ارتقای سلامت اشاره کرد که تصریح می‌کند عوامل شخصی، مانند معنویت، ممکن است تصمیمات شخص را در مورد رفتارهای بهداشتی مانند فعالیت بدنی برانگیزاند (پندر و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، یافته مربوط به ارتباط مثبت حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی با نتایج پژوهش مالاتوم (۲۰۰۱) و چناری و همکاران (۱۳۹۲) همسو است، مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی نقش مهمی در ارتقای رفتارهای بهبود سلامتی بیماران بازی می‌کند. در تبیین رابطه حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌توان از الگوی استرس–ضربه‌گیر استفاده کرد که بیان می‌کند حمایت اجتماعی اثری غیرمستقیم بر بهبود سطح سلامت افراد دارد و استرس حاصل از بیماری را کاهش می‌دهد، و این امر با جلوگیری از پیامدهای منفی حادثه استرس‌زا انجام می‌شود. طبق این الگو، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای عمل می‌کند، بدین‌صورت که هنگام مواجهه با حوادث استرس‌زا، ادراک حمایت، انتخاب واقعی یک راهبرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اثرات ناشی از استرس را اغلب به‌وسیله سبک‌های مقابله‌ای تعدیل می‌کند (بشرپور، نریمانی و عیسی‌زادگان، ۱۳۹۲).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

طبق یافته دیگر این پژوهش، مسیر سرمایه روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز معنادار بود. این یافته با نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۶) و عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۶) همخوان است، مبنی بر این که سرمایه روان‌شناختی بالا در بیماران قلبی‌عروقی سبب ارتقاء و بهبود کیفیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در این بیماران می‌شود. در تبیین رابطه این مولفه‌ها با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران قلبی‌عروقی می‌توان گفت که سطح بالای هر یک از این مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی می‌تواند با افزایش امید به زندگی در این بیماران به افزایش هدفمندی آنها در زندگی کمک نمایند؛ به‌عبارتی دیگر، سطح بالای امیدواری و خوش‌بینی و خودکارآمدی از شاخص‌های مهم سلامت هستند که باعث می‌شوند افراد برخوردار از این مولفه‌ها به صورت هدفمند در زندگی رفتار کنند. این هدفمندی می‌تواند به بیماران قلبی‌عروقی کمک کند تا طول درمان بهتری داشته باشند و با رعایت دستورالعمل‌های درمانی به بهبود بهزیستی کلی خود و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی‌شان کمک نمایند (په و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع، هدفمندی در زندگی باعث معنادهی به زندگی این بیماران می‌شود و باعث می‌شود تا این بیماران مشکل پیش‌آمده درباره سلامتی‌شان را به عنوان فرصتی برای هوشیاری بیشتر تعبیر نمایند که به عنوان هشداردهنده، آنها را متوجه محدود بودن فرصت برای زندگی می‌نماید و باعث می‌شود تا مسئولانه و هدفمندانه زندگی کنند و با مشخص کردن اولویت‌های زندگی خویش تلاش بیشتری برای رسیدن به این اولویت‌ها داشته باشند که این مهم تنها در سایه برخورداری از وضعیت جسمی و روانی مطلوب امکان‌پذیر است (برجعلی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که حمایت اجتماعی و سلامت معنوی ضمن داشتن رابطه مثبت و معنادار با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی نیز با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی رابطه دارد. این نتیجه با نتایج مطالعاتی که به صورت پراکنده به بررسی رابطه هر یک از این متغیرها پرداخته‌اند همسو است. برای مثال چناری و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی ارتقای سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت تاثیر حمایت خانواده و دوستان قرار دارد. یکی از موارد مهمی که در رفتارهای مرتبط با سلامت نقش محوری ایفا می‌کند، به اعتقاد به ارزشمندی و هدفمندی زندگی است که واکنش مراقبان بیماران در القای این مهم نقش اساسی بازی می‌کند، به طوری که طبق نظر صاحبنظران حوزه نظریه اگزیستانسیال (وجودی)، افرادی که در شرایط بغرنج و سخت زندگی، زندگی خود را معنادار می‌دانند، حتی در شرایط دشواری همچون بیماری یا بحران‌های دیگر نیز به دنبال خلق لحظات لذت‌بخش و شاد برای خود و اطرافیانشان هستند، لذا در زمینه بهبود کیفیت زندگی خود و اتخاذ راهبردهای مرتبط با سلامتی مسئولانه عمل می‌کنند (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه صالحیان، ۱۳۹۸).

در خصوص نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین سلامت معنوی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در نیز یافته‌های همخوان، همچون یافته‌های پژوهش خالدیان و همکاران (۱۳۹۵) و راشل و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که بین ابعاد معنویت در محیط کار با ابعاد سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) و بین رهبری اخلاقی با ابعاد سرمایه روان‌شناختی رابطه معنادار وجود دارد، و این در حالی است که معنویت بالا با رفتار ارتقای سلامت مرتبط است. در تبیین این یافته، باید گفت که سلامت معنوی به دلیل اینکه شامل دو مولفه افکار مثبت و سخت‌رویی است (اکستین و همکاران، ۲۰۰۲)، در صورتی که بیماران قلبی‌عروقی از سلامت معنوی بالایی برخوردار باشند، ممکن است افکار مثبت آنها بر امیدواری، خوش‌بینی و احساس کارآمدی این بیماران تاثیر بگذارد که هر یک از این مولفه‌ها نقش مهمی در رفتارهای مرتبط با سلامت این بیماران بازی می‌کنند. از طرفی، بعد سخت‌رویی سلامت معنوی با افزایش تاب‌آوری بیماران قلبی‌عروقی می‌تواند به آنها کمک کند تا با آشنایی از نقاط قوت خویش و راهبردهای مطلوب حل مسئله در برخورد با مسائل مرتبط با بیماری‌شان، همچون ضعف در عملکردهای شغلی یا اجتماعی، به صورت منعطف رفتار کنند که همین عامل با بهبود راهبردها و رفتارهای مرتبط با سلامت این بیماران سبب تقویت سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی آنها می‌شود.

تحقیق حاضر همچون سایر مطالعات، در فرایند اجرا با برخی محدودیت‌ها همراه بود که از آن جمله می‌توان به مختص بودن نمونه به بیماران قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان قم اشاره کرد که ممکن است تعمیم نتایج را به جوامع دیگر با مشکل مواجه سازد. همچنین، با توجه به اینکه داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه گردآوری شدند، امکان ارائه پاسخ‌های سوگیرانه و جامعه‌پسند و ابهام در پاسخ‌دهی به پرسشنامه وجود دارد که می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق حاضر قلمداد شود.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت معنوی ضمن داشتن رابطه مستقیم و معنی‌دار با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد با بیماری قلبی‌عروقی، به صورت غیرمستقیم نیز با افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی این بیماران سبب بهبود رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت آنها می‌شوند. بنابراین، با توجه به ادبیات پژوهشی موجود در این زمینه و نتایج حاصل از تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی نقش مهمی در ارتقای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت افراد با بیماری قلبی‌عروقی بازی می‌کنند. لذا، برنامه‌های درمانی و توانمندسازی برای این بیماران نیازمند در نظر گرفتن یک برنامه سیستمی است، به این معنا که باید در تدارک برنامه‌های درمانی برای این بیماران عوامل چندگانه خانوادگی، روان‌شناختی، مذهبی، اجتماعی و بهداشتی‌درمانی به صورت ترکیبی مورد تاکید و توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

ابوالقاسمی، ع. تقی پور، م. نریمانی، م (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود- دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱(۱)، ۱-۱۲.

اسماعیل بیگی، م. اعیادی، ن. نبی اللهی نجف آبادی، ع و رضایی، س.(۱۳۹۸). نقش سبکهای ابراز هیجان و سبکهای مقابلهی مذهبی در گرایش به اعتیاد دانشجویان. مجلهی پژوهش در دین و سلامت، ۴(۵): ۳۴-۴۷.

برجعلی، م. عباسی، م. اسدیان، آ. و اعیادی، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۵(۶): ۴۶۴-۶۳۵.

بشرپور، س. نریمانی، م و عیسی زادگان، ع. (۱۳۹۲). ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با استرس ادراک شده. مطالعات روانشناختی، ۹(۲): ۲۹-۴۸.

بهادری خسروشاهی جعفر، هاشمی نصرت آباد تورج (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش‌بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۳ (۲) :۱۲۲-۱۱۵

بیرامی، م. موحدی، ی. عزیزی، ا و محمدزادگان، ر.(۱۳۹۳). نقش مؤلفه¬های حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی فرسودگی شغلی پرستاران. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۳(۱)، ۲۷-۳۴.

تمنائی‌فر، م. لیث، ح و منصوری نیک، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی در دانش آموزان. مجله روانشناسی اجتماعی، ۸(۲۸)، ۳۱-۳۹.

توانایی ، ا. رجبی ، م و بیطرفان، م. (۱۳۹۷). بررسی رابطه تاب آوری و سلامت معنوی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی. مجله مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۲(۱): ۹۷-۱۰۶.

چناری، ر. نوروزی، آ و طهماسبی، ر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام. مجله طب جانباز، ۶(۲۱):۱-۱۰.

خالدیان، م. کرمی، ز. (۱۳۹۵). بررسی کارآمدی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه های اسلامی بر ارتقای سرمایهٔ روان شناختی و مؤلفه های آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب آ وری، و خوش بینی) در دانشجویان. روانشناسی و دین، ۹(۴): ۷۱-۸۶.

رشیدی، ک. صفوی، م. یحییوی، س و فراهانی، ح. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۳(۳): ۱۵-۲۶.

شجاعی، ف. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)،۱۴(۲): ۵-۱۳.

شفیعی، ح و نصیری، ش.(۱۳۹۹) نقش سواد سلامت، بهزیستی روان شناختی و خودکارآمدی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲،نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۹(۱): ۷-۲۲.

صالحی، ر و محمدی، م.(۱۳۹۶). رابطه سرمایه‌های روانشناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی سالمندان، فصلنامه روانشناسی پیری، ۳(۱): ۶۹-۸۳.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

عابدی، ح. عسگری، م. کاظمی، ز. صفاری‌فرد، ف و نصیری، م.(۱۳۸۴). مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری و موانع آن. مجله طب و تزکیه، ۱۴(۲): ۱۶-۲۳.

عاشوری، ج. صفاریان، م و یوسفی، ن.(۱۳۹۳). رابطه جهت گیری مذهبی، خوشبینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مربیان قرآن. روانشناسی و دین، ۷(۲): ۱۸-۱۳۹.

عبالکریمی، م. زارعی پور، م. محمودی، ح. دشتی، س. فاریابی، ر. و موحد، ا. (۱۳۹۶). رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ارتباط آن با خودکارآمدی در بهورزان، نشریه پرستاری ایران، ۳۰(۱۰۵): ۶۸-۷۹.

فرانکل، و. (۱۹۶۳). انسان در جستجوی معنا. ترجمه‌ی نهضت صالحیان(۱۳۹۸). تهران، انتشارات درسا.

قاسمی جوبنه، ر. زهراکار، ک. همدمی، م. و کریمی، ک. (۱۳۹۴). نقش سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی در سرمایه روانشناختی دانشجویان. مجله پژوهش در آموزش علوم پزشکی، ۸(۲): ۲۷-۳۷.

قربانی، س. جهانی‌زاده، م. میربد، م و امیدی، ل.(۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۰(۳۸): ۸۳-۱۰۰.

میرزایی، ح. میرزایی، م و فتحی، ل (۱۳۹۷) بررسی ارتباط بین ابعاد دینداری و سرمایه روانشناختی. مجله پژوهش های جامعه شناسی معاصر، ۷ (۱۲):۱-۲۱.

نگار پور وخشوری، سعیده؛ پاشا، افسانه؛ قنبری، عاطفه و عطرکار روشن، زهرا (۱۳۹۰). ارتباط خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. نشریه پرستاری ایران، ۲۴ (۷۰):۴۸-۳۹.

همتی، ر و رحیمی علی‌آباد. ا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی. مطالعات علوم اجتماعی، ۱۰(۴۲)، ۱۰۵-۱۱۹.

منابع انگلیسی

Avey JM, Luthans F, Jensen SM. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. Human Resource Management. 48(5): 677–93.

Bell A, Rajendran D, Theiler S.(2012). Spirituality at work: An employee stress intervention for Academics? International Journal of Business & Social Science; 3 (11): 68- 82.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. American Psychologist, 59, 676-684.

Dale, J., Caramlau, I. O., Lindenmeyer, A., & Williams, S. M. (2008). Peer support telephone calls for improving health. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006903.pub2

DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: a systematic review. International journal of cardiology, 195, 265-280.

Eckstein, D., & Kren, R. (2002). Life style assessments in the intervention, lifestyle skills. Lowa: Kendall/Hunt, 58(1), 64-78.

Gupta MG.(2012). Spiritual intelligence and emotion intelligence in relation to self efficacy and selfregulation among college student. International journal of social sciences &interdisciplinary research; 1(2): 60-69.

Luthans, F., Youssef, C., Avolio, B. J. (2007). Psychological Capital: Developing the human competitive edge, Oxford University Press.

Malathum P. A. (2001). model of factors contributing to perceived abilities for health promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy (PhD).The University of Texas at Austin.

Mo PK, Winnie WSM. (2010). the influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. Social indicators research. 95(3):503-17.

Nagel, E., & Sgoutas-Emch, S. (2007). The relationship between spirituality, health beliefs, and health behaviors in college students. Journal of Religion and Health, 46(1), 141-154.

Peh, C. X., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2016). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. Supportive Care in Cancer, 24(5), 1955-1962.

Peterson SJ, Byron K. (2007). Exploring the role of hope in job performance: Results from four studies. Journal of Organizational Behavior. 29(6): 785–803.

Rachele, J. N., Cuddihy, T. F., Washington, T. L., & McPhail, S. M. (2014). The association between adolescent self-reported physical activity and wellness: The missing piece for youth wellness programs. Journal of Adolescent Health, 55(2), 281-286.

Samuel-Hodge, C. D., Headen, S. W., Skelly, A. H., Ingram, A. F., Keyserling, T. C., Jackson, E. J., ... & Elasy, T. A. (2000). Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

American women: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. Diabetes care, 23 (7), 928-933.
Sarafino EP. (2002).Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 4nd ed. NewYork: John Wiley & Sons Inc..p.175-86.
Seymour B. (2009). What do nursing students understand by spirituality and spiritual care? cottish Journal of Healthcare Chaplaincy; 12(2): 38-46.
Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.(1987). The Health Promotion Lifestyle Profile: and psychometric characteristics. Nurs Res; 36(2):76-81.
Zimet G, Dahlem N, Zimet S and Farlety G (1988). The multidimensional scale of perceived social support. J Person Asses. 52(1): 30-41.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

Original Article

Health promoting behavior model based on spiritual health, social support and mental capital in people with cardiovascular disease

Fatemeh Heidari Sabet[1], PhD
Hasan Mirza-Hosseini[2], PhD
Nader Monirpour[3], PhD

Abstract

Aim. The purpose of this study was to examine the health promoting behavior model based on spiritual health, social support and mental capital in people with cardiovascular disease.

Background. Cardiovascular disease affects various aspects of life, including physical, emotional, social and functional health, and one of the factors that affect the quality of life of people with cardiovascular disease is the health promoting behaviors.

Method. In this correlational study, path analysis model was used to examine hypotheses. The statistical population of this study consisted of all people with cardiovascular disease referred to medical centers in Qom in year 2020, out of which 200 people were selected by convenience sampling. Research measurement tools included Lutz Psychological Capital Questionnaire (2007), Zimet et al. Multidimensional Perceived Social Support Scale (1998), Palutzian et al. (1983) Spiritual Health Questionnaire and Walker et al. (1987) Health Promoting Behaviors Questionnaire. Data analysis was performed in AMOS.22 and SPSS.22 software using Pearson correlation method and path analysis model with.

Findings. The results showed that spiritual health (β=0.21, P<0.002) and social support (β= 0.17, P<0.013) had an effect on mental capital. Psychological capital also played a mediating role in the relationship between spiritual health and social support with health promoting behavior (RMSEA=0.067, AGFI=0.98).

Conclusion. It could be concluded that spiritual health, social support and psychological capital play an important role in health promoting behavior of people with cardiovascular disease. Therefore, in developing therapeutic programs for these patients, it is better to emphasize and pay attention to familial, psychological, religious, social and health factors.

Keywords: Cardiovascular disease, Spiritual health, Mental capital, Social support, Health promoting behavior

1 PhD in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran
2 Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran (*Corresponding Author) email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com
3 Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]