نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سیزدهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۳
Cardiovascular Nursing Journal، 13(1)، 2024

مقاله پژوهشی اصیل

نقش تعدیل کننده باورهای سلامت در رابطه بین بهزیستی روانی و سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی

علیرضا مرادی[۱]، دکترای روان‌شناسی بالینی
جعفر حسنی[۲]، دکترای روان‌شناسی بالینی
محمود برجعلی[۳]، دکترای روان‌شناسی بالینی
*** بیانه عبدالله‌زاده[۴]، دکترای روان‌شناسی بالینی و سلامت**

خلاصه

مقدمه. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی بر اساس بهزیستی روان‌شناختی با نقش تعدیل‌کنندگی باورهای سلامت بود.

زمینه. باورهای بیماری به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد و نتیجه این سازگاری، بر ادراک بیمار از ناتوانی و کیفیت زندگی تاثیر دارد. ارزیابی و درک موثر بیماری، درک توانایی فرد برای نشان دادن رفتارهای سازگاری و برآورد موفقیت‌هایش در تنظیم علایم بیماری و به دنبال آن، جستجوی بهزیستی روانی را به‌همراه دارد.

روش کار. پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی بود. تعداد ۳۰۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی شهید دکتر قلی پور شهر بوکان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی، داشتن سواد حداقل در سطح سیکل، عدم ابتلا به بیماری حاد جسمی دیگری غیر از بیماری قلبی‌عروقی، عدم ابتلا بیماری حاد روانی، و تمایل به شرکت در مطالعه بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای سلامت، مقیاس سازگاری روانی با بیماری و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد.

یافته‌ها. در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی، سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی دارای رابطه مثبت معنادار بود ($P\leq ۰/۰۱$). بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی قابلیت پیش‌بینی سازگاری با بیماری را داشتند و باورهای سلامتی در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری با بیماری دارای نقش تعدیل‌کننده بود.

نتیجه‌گیری. در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی، بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی پیش‌بین سازگاری با بیماری هستند و باورهای سلامتی می‌تواند رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری با بیماری را تعدیل کند.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی‌عروقی، سازگاری با بیماری، باورهای سلامت، بهزیستی روان‌شناختی

۱ استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲ دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳ استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۴ استادیار روان‌شناسی بالینی و سلامت، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، بوکان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
bayanabdollazade1979@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی عمده‌ترین مشکل سلامتی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه هستند (کیم و همکاران، ۲۰۲۱). در سرتاسر دنیا بیش از ۲۳ میلیون نفر از این بیماری رنج می‌برند (یو و همکاران، ۲۰۲۲) و در ایران نیز شیوع بیماری‌های قلبی، ۳/۵ درصد جمعیت عمومی است (میرجلیلی و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری قلبی‌عروقی یک وضعیت مزمن است که اغلب رعایت یک رژیم پزشکی را می‌طلبد که شامل کنترل فرآیند درمانی پیچیده است، و این نوع تبعیت، لازمه سازگاری موفق با بیماری است (گاربر و همکاران، ۲۰۲۲). سازگاری به عنوان پاسخ به یک تغییر در محرک، اجازه می‌دهد ارگانیسم به طور مناسب با آن تغییر سازش یابد تا در نهایت منجر به کیفیت بهتر زندگی و بهزیستی شود (پلیسیا، ۲۰۲۰).

سازگاری را می‌توان به صورت پیوستاری در نظر گرفت که در یک انتهای آن، سازگاری با مفهوم مثبت به‌عنوان واکنش بهینه به عوامل تنش‌زا و در انتهای دیگر پیوستار، سازگاری به صورت منفی به معنای تسلیم شدن در برابر عوامل تنش‌زا قرار دارد (فرانکلین و همکاران، ۲۰۲۰). در فرآیند سازگاری، فرد با راهبردهای مقابله‌ای عادی خود چالش می‌کند و در نتیجه، باید به دنبال راه‌های مقابله‌ای دیگری برای سازگاری با چنین موقعیتی باشد (وربیک، ۲۰۲۴). بر این اساس، سازگاری با بیماری روشی برای مدارا با بیماری است که فرد بیمار را قادر می‌سازد به نحو سنجیده‌ای با وضعیت بیماری خود سازش نماید و بتواند به حالت مطلوب یا نقطه نهایی دست یابد (رخشان و همکاران،۲۰۲۲). فردی از سازگاری روانی برخوردار است که در پاسخ به محرک‌های استرس‌زا همچون بیماری، بهترین تعامل را نشان دهد و در نتیجه، قادر باشد با مدیریت اضطراب و تعارضات و اقدام به‌هنگام و موثر از زندگی خود لذت ببرد (تیلن، جارسما، اینگادوتیر، ۲۰۲۲). اختلال در سازگاری روانی در بیماران مزمن منجر به بروز مشکلاتی چون اختلال خواب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبی بودن، خستگی، اضطراب، از دست دادن تمرکز، عدم کنترل بر عواطف و منزوی شدن خواهد شد (وربیک، ۲۰۲۴). بر اساس یافته مطالعات، در بیماران دچار نارسایی قلبی وضعیت سازگاری با بیماری در سطح نسبتا ضعیفی قرار دارد (ریس و همکاران، ۲۰۱۹). در پی شناسایی و بررسی عوامل موثر بر سازگاری با بیماری به نظر می‌رسد دو متغیر بهزیستی روانی و باورهای سلامت می‌توانند موثر باشند.

بهزیستی عبارت از رضایت فرد از زندگی، داشتن اهداف و شرایط فرهنگی و فکری مناسب و انتظارات و دغدغه‌هایی معقول و متعادل است که فرد بر اساس آنها زندگی می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی به معنای پرورش تمام استعدادهای فرد است و شش مولفه را در برمی‌گیرد که شامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود است (نوردین و گلیملیوس، ۱۹۹۸). این در حالی است که افسردگی، اضطراب، دلیریوم و اختلالات شناختی از مشکلات شایع در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی است و می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی آنها را مختل سازد (ناگیووا و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع، بیماری جسمی درد فراوانی را بر این بیماران تحمیل می‌کند و وجود هر کدام از عوارض روانی، پیش‌بین وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی فرد است (مائور و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، تبعات مشکلات و اختلالات روانی به همه ابعاد زیستی‌روانی و اجتماعی گسترش می‌یابد و اثرات شدیدی بر سلامتی، سیر بهبودی علایم بالینی بیماران و کیفیت زندگی آنان دارد (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۷). بهزیستی روان‌شناختی با بیشتر شدن سازش‌یافتگی جسمی و روانی با وقایع تنش‌زای زندگی و سطوح بالاتری از عملکرد و رضایت از زندگی رابطه دارد و در بیماران قلبی اهمیتی ویژه پیدا می‌کند (جوشن‌لو، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهای همسو با سازگاری با بیماری، باورهای مرتبط با بیماری و سلامتی است. باور فرد تعدیل‌کننده بحرانی است که برایش به وجود آمده و باور بیماری بازنمایی شناختی فرد از بیماری خود است (کولوتک، آوسی، و سویگ، ۲۰۱۴). فرد رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس کنترل‌پذیری، ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، و مدت زمان بیماری تنظیم می‌کند (فابیان، آنوآر، و ممون، ۲۰۱۹). ارزیابی فرد از میزان خطر یک مشکل سلامتی است که تحت تاثیر درک شدت مشکل سلامتی و آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به آن بیماری قرار دارد (گرین، مورفی، و گریبوسکی، ۲۰۲۰). دو جنبه در رابطه با باور بیماری وجود دارد، اول اینکه باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر دراین باره می‌اندیشد تفاوت دارد، و دوم اینکه این باور و ادراک از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است آنوآر و همکاران، ۲۰۲۰). حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند ممکن است دیدگاه‌های متفاوتی از بیماری خود داشته باشند. باورهای بیماری به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد و نتیجه این سازگاری، بر ادراک بیمار از ناتوانی و کیفیت زندگی تاثیر دارد (لوکوئیس و کنسینگر، ۲۰۱۹). ارزیابی و ادراک مؤثر بیماری،

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

ادارک توانایی فرد برای نشان دادن رفتارهای سازگاری و برآورد موفقیت‌هایش در تنظیم علایم بیماری و به دنبال آن، جستجوی بهزیستی روانی را در بردارد (حشمتی و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، ادراک موثر بیماری می‌تواند یک راهبرد مراقبت اولیه در اصول تسهیل‌کننده رفتار سلامتی و افزایش کیفیت زندگی باشد. تحقیقات نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد نسبت به بیماری قلبی دارند که این، فرآیند درمان و بهبودی آنها را دچار اختلال می‌سازد (لوکوئیس و کنسینگر، ۲۰۱۹).

درک ارتباط بین باورهای سلامت و بهزیستی روانی با سازگاری با بیماری در بیماران قلبی مهم است. به نظر می‌رسد بهزیستی روانی و باورهای سلامت می‌توانند پیش‌بینی‌کننده سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی باشند. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش تعدیل‌کننده باورهای سلامت در رابطه بین بهزیستی روان و سازگاری با بیماران در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی شهید دکتر قلی‌پور شهر بوکان تشکیل دادند که از بین آنها، تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، به مرکز درمانی شهید دکتر قلی‌پور شهر بوکان مراجعه شد و پس از کسب رضایت از افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی از آنها درخواست شد در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری قلبی‌عروقی، داشتن سواد حداقل در سطح سیکل، عدم ابتلا به بیماری حاد جسمی دیگری غیر از بیماری قلبی‌عروقی، عدم ابتلا به بیماری روانی حاد و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه بود. ابزارهای پژوهش در یک جلسه انفرادی در اختیار بیماران قرار گرفت و با ارائه توضیحاتی در زمینه اهداف پژوهش و ارائه دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها، بیماران ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس، این پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری شدند و داده‌ها جهت تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS شد.

یکی از ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه باورهای سلامتی بود که بر مبنای مدل باورهای سلامتی توسط حشمتی و همکاران (۲۰۱۶) ساخته شده است و شامل دو مولفه آسیب‌پذیری و شدت است. مولفه باور به آسیب‌پذیری، باورهای فرد در مورد ابتلای مجدد به بیماری قلبی و مشکلات همراه با آن را می‌سنجد؛ به عنوان مثال، یکی از گویه‌های این مولفه به این شکل است که "من بر این باورم که دیگر بیماری قلبی در من رخ نخواهد داد". این مولفه شامل ۶ گویه است که هر گویه به صورت لیکرت از "کاملا مخالفم" (نمره یک) تا "کاملا موافقم" (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود. مولفه شدت، باورهای بیمار را درباره شدت یا وخامت بیماری قلبی خود می‌سنجد و شامل ۵ گویه است که به صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی باورهای سلامتی برابر ۰/۷۳، برای زیرمقیاس آسیب‌پذیری، ۰/۶۸، و برای زیرمقیاس شدت بیماری، برابر ۰/۷۱ است، و بنابراین، می‌توان گفت که این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین، ساختار دو عاملی این ابزار با روش تحلیل عاملی بررسی و روایی سازه آن با شاخص‌های برازش مطلوب مورد تایید قرار گرفت.

ابزار دیگر که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت مقیاس سازگاری روانی با بیماری بود که شامل ۴۰ سئوال است و توسط دروگاتیس (۱۹۸۶) طراحی شده است. این ابزار شامل ۷ حوزه جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی است. نمره‌گذاری این ابزار در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه انجام می‌شود، که حداقل نمره در این مقیاس، صفر و حداکثر آن، ۱۲۰ است. نمرات بالاتر بیانگر سازگاری بیشتر در فرد است. در مطالعه اصلی، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۶۲، ۰/۸۳، ۰/۸۰، و ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین، روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخشی واریماکس حاکی از آن بود که این ۷ مولفه 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 حسن‌نیا و همکاران (۲۰۲۰)، روایی صوری و محتوای مقیاس سازگاری روانی با بیماری تایید شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای نمره کل مقیاس به دست آمد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی که در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی شد، در فرم اصلی دارای ۱۲۰ گویه بود، ولی امروزه دو فرم کوتاه ۸۴ و ۱۸ سئوالی نیز دارد که در پژوهش حاضر نسخه ۱۸ سئوالی آن مورد استفاده قرار گرفت. این فرم نیز همانند نسخه‌های دیگر آن دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود (گویه‌های ۲، ۸ و ۱۰)، رابطه مثبت با دیگران (گویه‌های ۳، ۱۱ و ۱۳)، خودمختاری (گویه‌های ۹، ۱۲ و ۱۸)، زندگی هدفمند (گویه‌های ۵، ۱۴ و ۱۶)، رشد شخصی (گویه‌های ۷، ۱۵ و ۱۷)، و تسلط بر محیط (گویه‌های ۱، ۴ و ۶) است. نمره‌گذاری هر یک از گویه‌ها بر حسب لیکرت شش درجه‌ای از "کاملا مخالفم" (نمره یک) تا "کاملا" موافقم (نمره ۶) انجام می‌گیرد (وان دیرندونک، ۲۰۰۴). طبق گزارش ریف و همکاران (۲۰۰۲)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ بود و با بررسی ساختار عاملی، سازه شش مولفه‌ای آن تایید شده است. همچنین، همبستگی فرم کوتاه این مقیاس با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ متغیر است. در پژوهشی در ایران نیز ساختار ۶ عاملی این ابزار بررسی و روایی سازه آن تایید شد و پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۷، مطلوب گزارش شد (جوشن‌لو، ۲۰۱۲). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با بهره‌گیری از نرم‌افزار 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 سال با انحراف معیار ۸/۳۵ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان زن، ۴۴/۵۳ سال با انحراف معیار ۷/۶۹ بود. همچنین، ۶۲ درصد افراد دارای تحصیلات سیکل یا زیر دیپلم، ۲۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم، و ۱۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند. علاوه بر این، ۷۳ درصد متاهل، ۵۱ درصد مطلقه یا بیوه، و ۱۲ درصد مجرد بودند. جدول ۱، گزارش توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: برخی شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر و ابعاد آن	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
سازگاری با بیماری			
مراقبت بهداشتی	۸	۱۹	۱۷/۶۰ (۲/۸۴)
محیط شغلی	۴	۱۵	۱۵/۳۰ (۳/۱۳)
محیط خانه	۳	۱۷	۱۸/۱۵ (۲/۲۶)
روابط جنسی	۷	۱۶	۱۵/۰۸ (۱/۳۳)
روابط خانوادگی	۶	۱۶	۱۲/۱۷ (۲/۶۵)
محیط اجتماعی	۵	۱۴	۱۲/۱۷ (۲/۶۵)
درماندگی روانشناختی	۵	۱۶	۱۳/۶۴ (۱/۶۶)
نمره کل سازگاری با بیماری	۳۸	۱۱۳	۱۰۴/۱۱ (۱۲/۲۴)
باورهای سلامتی			
آسیب‌پذیری	۷	۳۳	۲۰/۸۰ (۳/۴۹)
شدت	۵	۲۷	۱۹/۲۱ (۳/۲۳)
نمره کل باورهای سلامتی	۱۲	۶۰	۴۰/۰۱ (۶/۳۷)

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

ادامه جدول ۱: برخی شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر و ابعاد آن	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
بهزیستی روان‌شناختی			
پذیرش خود	۵	۱۷	۱۱/۳۳ (۲/۹۱)
روابط مثبت	۶	۱۷	۹/۳۷ (۲/۴۸)
خومختاری	۸	۱۷	۱۲/۸۴ (۲/۱۳)
زندگی هدفمند	۶	۱۶	۱۱/۲۳ (۲/۱۳)
رشد شخصی	۶	۱۸	۱۲/۰۸ (۲/۵۳)
تسلط بر محیط	۸	۱۴	۱۱/۱۱ (۱/۴۷)
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	۳۹	۹۹	۹۶/۶۷ (۹/۴۳)

در بررسی ارتباط متغیرهای پیش‌بین با سازگاری با بیماری، ضریب همبستگی پیرسون نشان داد در افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی، ارتباط "سازگاری با بیماری" با "بهزیستی روان‌شناختی" و "باورهای سلامتی" مثبت و معنادار است ($P\leq ۰/۰۱$).

جدول ۲: همبستگی متغیرهای سازگاری با بیماری، باورهای سلامتی، و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	سازگاری با بیماری	باورهای سلامتی	بهزیستی روان‌شناختی
سازگاری با بیماری	۱		
باورهای سلامتی	۰/۳۲**	۱	
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۷**	۰/۷۱**	۱

به منظور بررسی سهم بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی در پیش‌بینی سازگاری با بیماری و همچنین، بررسی نقش تعدیل-کنندگی باورهای سلامتی در این رابطه، از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی استفاده شد. در این روش، ابتدا بهزیستی روان‌شناختی به عنوان پیش‌بین در تحلیل قرار گرفت. در مرتبه بعد، باورهای سلامتی وارد معادله رگرسیون می‌شد و در نهایت، در مرتبه سوم، نمرات تعاملی بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی وارد معادله می‌شد. خلاصه نتایج رگرسیون سلسله مراتبی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون سازگاری با بیماری بر پایه بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی و تعامل بهزیستی روان‌شناختی × باورهای سلامتی

گام	پیش بین	R	R^2	F	B	β	T
گام اول	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۱	۰/۱۶	۱۹/۸۴**	-۰/۴۹	-۰/۳۵	-۵/۲۸**
گام دوم	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۰	۰/۲۵	۲۵/۷۲**	-۰/۵۲	-۰/۴۸	-۶/۷۵**
	باورهای سلامتی				-۰/۳۸	-۰/۳۱	-۴/۸۹**
گام سوم	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۷	۰/۳۲	۳۱/۱۹**	-۰/۳۳	-۰/۲۴	-۴/۵۱*
	باورهای سلامتی				-۰/۲۹	-۰/۱۷	-۳/۹۰**
	بهزیستی روان‌شناختی * باورهای سلامتی				-۰/۲۴	-۰/۱۴	-۳/۰۲**

**: ($P\leq ۰/۰۱$) *: ($P\leq ۰/۰۵$)

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

بر اساس نتایج جدول ۳، بهزیستی روان‌شناختی به طور مستقل توانست ۱۶ درصد از واریانس سازگاری با بیماری را تبیین کند. در گام دوم، باورهای سلامتی به معادله رگرسیون اضافه شد، و واریانس تبیین شده به ۲۵ درصد افزایش یافت. در مدل پایانی، با ورود اثر تعاملی بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی، میزان واریانس تبیین شده به ۳۲ درصد افزایش یافت. بر این اساس، باورهای سلامتی توانست در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری با بیماری نقش تعدیل‌کننده داشته باشد.

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین پیش‌بینی "سازگاری با بیماری" در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی بر اساس "بهزیستی روان‌شناختی" با نقش تعدیل‌کنندگی "باورهای سلامت" بود. یافته‌ها نشان داد که در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی، سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی دارای رابطه مستقیم است، و با افزایش نمرات بیماران در بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی، سازگاری با بیماری نیز در آنها زیاد می‌شود. همچنین، نشان داده شد که باورهای سلامتی در رابطه بین بهزیستی روان-شناختی و سازگاری با بیماری دارای نقش تعدیل‌کننده است؛ به عبارت دیگر، در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی، افزایش سطح باورهای سلامتی با افزایش همبستگی نمرات سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی همراه است.

در تبیین این یافته در خصوص نقش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌بینی سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی باید بیان داشت که سازگاری با بیماری گویای نوعی انگیزش فرد در راستای حرکت برای اصلاح و تغییر بخش‌هایی از زندگی است که در مواجهه با بیماری کنونی دچار محدودیت شده است (ریس و همکاران، ۲۰۱۹). این فرآیند، نشان‌دهنده پاسخ سالم فرد به تغییرات روانی و اجتماعی است که در زمان شروع بیماری، در طی مقابله با بیماری مزمن یا ناشی از درمان اتفاق می‌افتد و بیانگر نوعی واکنش مثبت به عوامل تنش‌زا است.

در فرآیند سازگاری با بیماری، فرد با به‌کارگیری الگوهای رفتاری و هیجانی و انجام اقدامات لازم برای پیشگیری از پیشرفت بیماری و نیز مشارکت در فعالیت‌های توانبخشی، به‌طور آگاهانه و فعالانه در جهت کاهش عوارض ناشی از بیماری و تسهیل سیر درمان و حفظ و ارتقای سطح سلامت خود تلاش می‌کند (نوردین و گلیملیوس، ۱۹۹۸). نوردین و گلیملیوس (۱۹۹۸) در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند که بیماران با سطوح بالاتر سلامت روان قادر به سازگاری بهتر با محدودیت‌های ناشی از بیماری‌شان هستند و از پیش‌آگهی و پاسخ درمانی بهتر خبر می‌دهند. ناگیووا و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی خود بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید دریافتند که درد ناشی از بیماری موجب کاهش "بهزیستی روانی" در این افراد و در نتیجه، دشواری در سازگاری با بیماری می‌شود. ابعاد مختلف بهزیستی روانی به طرق مختلف می‌توانند به بهبود سازگاری با بیماری کمک کنند.

مولفه تسلط بر محیط یعنی حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری موثر از فرصت‌های پیرامون با ایجاد حس قابل پیش‌بینی بودن و کنترل‌پذیری شرایط استرس‌زا و باور به عامل بودن در مواجهه با شرایط بیماری در فرد بیمار می‌تواند باعث فعال ماندن منابع مقابله‌ای فرد در مواجهه با استرس گردد. داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته معنادار است، گویای یک چشم‌انداز برنامه‌ریزی‌شده بلندمدت نسبت به اتفاقات آینده است که می‌تواند دربردارنده خودتنظیمی شناختی و هیجانی در فرد بیمار باشد و سازگاری وی را بهبود بخشد (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین، در حالت بهزیستی روانی، برخورداری از سازگاری با محیط درونی و بیرونی در حال تغییر می‌تواند با افزایش سطح سازگاری روانی با بیماری همراه گردد. رشد فردی و احساس رشد مداوم و دستیابی به تجارب نو به عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه به یادگیری بیشتر و افزایش سازگاری کمک می‌کند (جوشن‌لو، ۲۰۱۹). همسو با یافته مطالعه حاضر، مائور و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی خود بر روی افراد مبتلا به دیابت نشان دادند که سلامت و بهزیستی روان از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روانی می‌تواند به تقویت سازگاری با بیماری در این افراد کمک کند. اوکانر و همکاران (۲۰۰۷) نیز در بررسی خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند که بهزیستی روانی با افزایش نمرات سازگاری با بیماری و کیفیت زندگی همراه است.

در تبیین این یافته درباره نقش معنادار باورهای سلامتی در پیش‌بینی سازگاری با بیماری در بیماران قلبی‌عروقی باید بیان داشت که ادراکات بیماری به عنوان بازنمایی و باورهای سازمان‌یافته شناختی فرد درباره بیماری‌اش است که فرد برای مدیریت خود و وضعیت جسمی خود استفاده می‌کند (کولوتک، آوسی، و سویگ، ۲۰۱۴). ادراک بیماری می‌تواند بر مهارت‌های خودکارآمدی در بیماری‌های مزمن تاثیرگذار باشد. افرادی که از نظر باورهای سلامتی در سطح ضعیفی قرار دارند، به وضعیت سلامتی خود بی‌اعتنا هستند و نمی-

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

توانند پیامدهای منفی بلندمدت رفتارهای ناسالم خود را پیش‌بینی کنند. بنابراین، این افراد برای انجام سبک رفتاری همسو با ارتقای سلامتی انگیزه کافی ندارند. ولی افراد با سطح بالای باورهای سلامتی به دلیل برآورد دقیق‌تر پیامدهای منفی ناشی از بیماری خود، انگیزه بیشتری برای مقابله با بروز یا پیشرفت بیماری دارد و برای انجام رفتارها و سبک‌های ارتقاء دهنده سلامتی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده اقدام می‌کنند (آنوآر و همکاران، ۲۰۲۰). فابیان و همکاران (۲۰۲۱) در بررسی خود بر روی سالمندان مالزیایی نشان دادند که سالمندان دارای باورهای بیماری قوی‌تر نسبت به سایرین، از سلامت جسمی و روانی بیشتری خبر می‌دهند و در صورت ابتلا به بیماری، راهبردهای سازگارانه‌تری به‌کار می‌گیرند. کولوتک، آوسی، و سویگ (۲۰۱۴) در بررسی خود نشان دادند که تمایل یک فرد به خودمراقبتی، تحت تاثیر ادراک فرد از آسیب‌پذیر بودن خود، شدت پیامدهای ایجادشده از سوی بیماری یا حالت بیماری در خود است. نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان که احساس آسیب‌پذیری و استعداد بیشتری در خود برای ابتلا به بیماری یا داشتن پیامدهای منفی ادراک می‌کنند و شدت پیامدهای ایجادشده از سوی آن را بیشتر می‌دانند و در کنار آن اعتقاد بیشتری به مزایای درمان پزشکی دارند، پاسخ درمانی بهتر خواهند داشت و با عوارض منفی کمتری مواجه می‌شوند (گرین، مورفی، و گریبوسکی، ۲۰۲۰). ادراک بیماری در واقع باور و انتظار فرد مبنی بر ظرفیت تاثیرگذاری آن بر پیامد مطلوب از طریق تلاش فردی است؛ به بیان دیگر، ادراک بیماری بر انگیزش تاثیر می‌گذارد و هرچه اعتقاد و باور قوی‌تر باشد، فرد فعال‌تر است و تلاشش برای حفظ سلامتی بیشتر می‌شود (آنوآر و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته در خصوص نقش تعدیل‌کننده باورهای سلامتی در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری با بیماری باید بیان داشت که در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی افزایش سطح باورهای سلامتی با افزایش همبستگی سطح سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی همراه است. باور فرد بیمار به میزان خطر یک بیماری برای سلامتی وی تحت تاثیر درک وی از شدت آن مشکل و آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به آن بیماری قرار دارد. همچنین، رفتار و واکنش فرد نسبت به بیماری‌اش به باور وی به میزان کنترل‌پذیری، ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، و مدت زمان بیماری بستگی دارد. بنابراین، در یک فرد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی، باورهای بیماری، ارزیابی و ادراک موثر بیماری و توانایی فرد در بروز رفتارهای سازگارانه به تقویت ارتباط سطح سازگاری با بیماری با بهزیستی روان‌شناختی منجر خواهد شد. به عبارت دیگر، در این بیماران، نمرات بالاتر در باورهای بیماری با نمرات بالاتر در سازگاری با بیماری و از سوی دیگر، بهزیستی روان‌شناختی همراه است.

نتیجه‌گیری

سازگاری با بیماری از طریق بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی قابل پیش‌بینی است. همچنین، باورهای سلامتی در رابطه بین سازگاری با بیماری و بهزیستی روان‌شناختی دارای نقش تعدیل‌کننده بود، به‌طوری‌که در بیماران دارای باورهای سلامتی قوی‌تر، رابطه سازگاری با بیماری و بهزیستی روان‌شناختی نیز قوی‌تر است. بنابراین، آگاهی دادن به افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی درباره اهمیت سازگاری با بیماری و نقش کلیدی آن در بهبود وضعیت سلامتی و طراحی مداخلاتی که در تقویت بهزیستی روان‌شناختی و باورهای سلامتی موثر است، می‌تواند تا حد زیادی از پیامدهای آسیب‌زای این بیماری بکاهد. با توجه به محدود بودن جامعه آماری افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به یک مراکز درمانی شهر بوکا ، در تعمیم یافته‌های این تحقیق باید محتاط بود. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر این است که داده‌ها از طریق ابزارهای خودگزارشی و پرسشنامه به دست آمده است که امکان سوگیری در یافته‌ها را محتمل می‌سازد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود محققان بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری بزرگتر و همچنین، استفاده از روش‌هایی غیر از خودگزارشی در گردآوری داده‌ها تحقیق خود را انجام دهند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مربوط به رساله دکتری روان‌شناسی سلامت با کد ۲۳۵۸۰ و شماره ۱۵۱ ثبت‌شده در دانشگاه خوارزمی است. از شرکت‌کنندگان پژوهش که در انجام پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

References

Kim HK, Tantry US, Smith Jr SC, Jeong MH, Park SJ, Kim MH, Lim DS, Shin ES, Park DW, Huo Y, Chen SL. The East Asian paradox: an updated position statement on the challenges to the current antithrombotic strategy in patients with cardiovascular disease. Thrombosis and haemostasis. 2021 Apr;121 (04):422-32.

Yue T, Wang Y, Liu H, Kong Z, Qi F. Effects of high-intensity interval vs. moderate-intensity continuous training on cardiac rehabilitation in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2022 Feb 23;9:845225.

Mirjalili H, Dastgheib SA, Shaker SH, Bahrami R, Mazaheri M, Sadr-Bafghi SM, Sadeghizadeh-Yazdi J, Neamatzadeh H. Proportion and mortality of Iranian diabetes mellitus, chronic kidney disease, hypertension and cardiovascular disease patients with COVID-19: a meta-analysis. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2021 Jun;20:905-17.

Garber L, Khodaei S, Keshavarz-Motamed Z. The critical role of lumped parameter models in patient-specific cardiovascular simulations. Archives of Computational Methods in Engineering. 2022 Aug;29 (5):2977-3000.

Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, Collet JP, Corrado D, Drezner JA, Halle M, Hansen D. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease: The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal. 2021 Jan 1;42(1):17-96.

Franklin BA, Thompson PD, Al-Zaiti SS, Albert CM, Hivert MF, Levine BD, Lobelo F, Madan K, Sharrief AZ, Eijsvogels TM, American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Stroke Council. Exercise-related acute cardiovascular events and potential deleterious adaptations following long-term exercise training: placing the risks into perspective–an update: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020 Mar 31;141(13):e705-36.

Verbeeck J. Enhancing robustness in acute cardiovascular observational studies: evaluating covariate adjustment. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2024 Jul;13(7):583-4.

Rakhshan M, Khoshnood Z, Ansari L, Aslani A. Body Image and Adjustment among Patients with Heart Rhythm Management Devices following Cardiac Rehabilitation Program: A Randomized, Controlled Clinical Trial. Clinical Medicine & Research. 2022 Mar 1;20(1):1-8.

Thylén I, Jaarsma T, Ingadottir B. Device Adjustment and Recovery in Patients With Heart Failure Undergoing a Cardiac Resynchronization Therapy Implantation: A Longitudinal Study. Journal of Cardiovascular Nursing. 2022 May 1;37(3):221-30.

Riise HK, Sulo G, Tell GS, Igland J, Egeland G, Nygard O, Selmer R, Iversen AC, Daltveit AK. Hypertensive pregnancy disorders increase the risk of maternal cardiovascular disease after adjustment for cardiovascular risk factors. International journal of Cardiology. 2019 May 1;282:81-7.

Nordin K, Glimelius B. Reactions to gastrointestinal cancer—variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 1998 Sep;7(5):413-23.

Nagyova I, Stewart RE, Macejova Z, van Dijk JP, van den Heuvel WJ. The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. Patient education and counseling. 2005 Jul 1;58(1):55-62.

Maor M, Zukerman G, Amit N, Richard T, Ben-Itzhak S. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. Psychology, Health & Medicine. 2022 Aug 9;27(7):1456-67.

O'Connor M, Guilfoyle A, Breen L, Mukhardt F, Fisher C. Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: An exploratory study. Mental health, religion and culture. 2007 Nov 1;10(6):631-47.

Joshanloo M. Investigating the relationships between subjective well-being and psychological well-being over two decades. Emotion. 2019 Feb;19(1):183.

Kolutek R, Avci IA, Sevig U. The effects of scheduled observation at home on health beliefs related to breast and cervical cancer screening and attitudes of married women European. J Oncology Nurs. 2014;18(1):S25.

Febian FI, Syed Annuar SN, Memon MA. Functional food consumption among older consumers in Malaysia: A Health Belief Model perspective. British Food Journal. 2021 Jul 13;123(8):2880-92.

Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The health belief model. The Wiley encyclopedia of health psychology. 2020 Sep 2:211-4.

Anuar H, Shah SA, Gafor H, Mahmood MI, Ghazi HF. Usage of Health Belief Model (HBM) in health behavior: A systematic review. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences. 2020 Nov;16 (11):2636-9346.

Luquis RR, Kensinger WS. Applying the health belief model to assess prevention services among young

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

adults. International Journal of Health Promotion and Education. 2019 Jan 2;57(1):37-47.
Heshmati H, Behnampour N, Rezaei B, Pirzadeh A. A Study on High-School Students' Knowledge about the AIDS in Ashkhane City, Iran, 2012, Applying Health Belief Model. Journal of Health System Research. 2016 Apr 10;12(1):1-5.
Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). Journal of psychosomatic research. 1986 Jan 1;30(1):77-91.
Hasannia E, Moeinoddin A, Lotfi S, Hamedi F, Habibi M, Noorian S, Rafiei H. Psychosocial adjustment to illness and its relationship with spiritual wellbeing in Iranian cancer patients. International Journal of Chronic Diseases. 2020;2020(1):5742569.
Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. Personality and individual differences. 2004 Feb 1;36(3):629-43.
Joshanloo M. Mental well-being in Iran: The importance of comprehensive well-being in understanding the linkages of personality and values. InMental well-being: International contributions to the study of positive mental health 2012 Oct 3 (pp. 177-207). Dordrecht: Springer Netherlands.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سیزدهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۳
Cardiovascular Nursing Journal، 13(1)، 2024

Original Article

The moderating role of health beliefs in the relationship between psychological well-being and adjustment to illness in patients with cardiovascular disease

Alireza Moradi[1], PhD
Jafar Hassani[2], PhD
Mahmoud Borjali[3], PhD
***Bayane Abdollahzadeh[4], PhD**

Abstract

Aim. The aim of the present study was to predict adjustment to the disease in patients with cardiovascular disease based on psychological well-being with the moderating role of health beliefs.

Introduction. Health beliefs are directly related to an individual's adaptation and behavior, and the outcome of this adaptation affects the patient's perception of disability and quality of life. Effective assessment and understanding of illness involves understanding the individual's ability to demonstrate adaptive behaviors and estimating their success in regulating symptoms of the disease, and subsequently, seeking psychological well-being.

Method. This was a descriptive correlational study. Three hundred patients with cardiovascular disease referring to Martyr Dr. Qolipour Medical Center in Bukan, Iran were recruited by purposive sampling. To collect the data, Health Beliefs Questionnaire, Psychosocial Adjustment to Illness Scale, and Psychological Well-being scale were used. Inclusion criteria included cardiovascular disease, having at least a high school education, no acute physical illness other than cardiovascular disease, no acute mental illness, and willingness to participate in the study.

Findings. According to the results, in patients with cardiovascular disease, adjustment to the disease had a statistically significant positive relationship with psychological well-being and health beliefs ($P \leq 0.01$). Psychological well-being and health beliefs had the ability to predict adaptation to the disease, and health beliefs had a moderating role in the relationship between psychological well-being and adjustment to the disease.

Conclusion. In general, it can be concluded that in patients with cardiovascular disease, psychological well-being and health beliefs predict adjustment to the disease, and health beliefs can moderate the relationship between psychological well-being and adjustment to the disease.

Keywords: Cardiovascular disease, Adjustment to the illness, Health beliefs, Psychological well-being

1 Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
2 Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3 Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
4 Assistant Professor of Clinical Psychology and Health, Department of Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran (*Corresponding Author) email: bayanabdollazade1979@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]