

Structural Model of the Effect of Spiritual Health and Social Support on Self-care Behavior of Cardiovascular Patients Concerning the Mediating Role of Psychological Capital

Heidari Sabet F¹, *Mirza Hosseini H², Monirpour N³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran;
2. Assistant Professor in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran;
3. Assistant Professor in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran.

*Corresponding Author E-mail: Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

Received: 2020 May 31; Accepted: 2020 September 29

Abstract

Background & Objectives: Heart disease affects various aspects of quality of life, including physical, emotional, social, and functional health. However, some factors can improve the quality of cardiovascular patients' personal, occupational, and social life by improving their lifestyle, one of which is the adoption of self-care behaviors by patients. Self-care is not meant to replace professional and organizational care but should be seen as a complement. It plays a crucial role in determining the extent and manner in which it is utilized. The present study aimed to test the structural relationship between spiritual health and social support with self-care behaviors by studying the mediating role of psychological capital.

Methods: The present study was correlational using a path analysis model. The study's statistical population consisted of all cardiovascular patients referred to medical centers in Qom City, Iran. Of whom 200 people were selected by convenience sampling. In determining the sample size, in modeling research, 10 to 15 people are needed for each obvious variable, and based on the available variables, 200 people were selected by purposive sampling. After randomly determining the target centers (through lottery) and obtaining the necessary permits from the university, the researchers attended the medical centers and explained the research objectives. Then, they obtained the informed consent of the sample members to participate in the research. Finally, the samples were selected, and after explaining the objectives of the study and the method of answering the questions, they were asked to answer the Psychological Capital Questionnaire (Lutans and Jensen, 2007), the Multidimensional Perceived Social Support Scale (Zimet et al., 1988), the Spiritual Health Questionnaire (Ellison, 1983), and the European Questionnaire to complete self-care behavior in patients with heart failure (Jarasma et al., 2003). Data analysis was performed using the Pearson correlation method and path analysis model in AMOS.22 and SPSS.22 software. The significance level of the tests in this study was considered 0.05.

Results: The results showed that social support ($\beta=0.17$, $p=0.013$) and spiritual health ($\beta=0.21$ and $p=0.002$) had a direct effect on psychological capital. Social support ($\beta=0.19$, $p=0.006$) and spiritual health ($\beta=0.15$ and $p=0.025$) had a direct effect on caring behavior. Psychological capital ($\beta=0.17$ and $p=0.013$) had a direct effect on caring behavior. The calculated goodness of fit indicators of the relationship between social support, mental capital, spiritual health, and self-care behaviors showed that mental capital mediated the relationship between spiritual health and social support with self-care behaviors (RMSEA=0.067, AGFI=0.98).

Conclusion: The results showed that perceived social support, while having a direct and significant relationship with caring behavior in cardiovascular patients, indirectly improves their caring behavior by increasing the psychological capital of these patients.

Keywords: Spiritual health, Mental capital, Social support, Self-care behavior.

الگوی ساختاری تأثیر سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بر رفتار خودمراقبتی بیماران قلبی - عروقی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانی

فاطمه حیدری ثابت^۱، *حسن میرزا حسینی^۲، نادر منیرپور^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران؛
 ۲. استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران؛
 ۳. استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۱ خرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۸ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هدف پژوهش حاضر، تعیین الگوی ساختاری تأثیر سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بر رفتار خودمراقبتی بیماران قلبی عروقی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدل تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان قم تشکیل دادند که از بین آن‌ها دویست نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و جنسن، ۲۰۰۷)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبُعدی (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسش‌نامه سلامت معنوی (الیسون، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر و نرم‌افزارهای AMOS نسخه ۲۲ و SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مشخص کرد، حمایت اجتماعی ($p=0/013, \beta=0/17$) و سلامت معنوی ($p=0/002, \beta=0/21$) دارای اثر مستقیم بر سرمایه روانی است؛ همچنین حمایت اجتماعی ($p=0/006, \beta=0/19$) و سلامت معنوی ($p=0/025, \beta=0/15$) اثر مستقیم بر رفتار مراقبتی دارد و سرمایه روانی ($p=0/013, \beta=0/17$) دارای اثر مستقیم بر رفتار مراقبتی است. شاخص‌های نکوپی برازش محاسبه‌شده $RMSEA=0/067$ و $AGFI=0/98$ روابط بین حمایت اجتماعی، سرمایه روانی، سلامت معنوی و رفتارهای خودمراقبتی نشان داد، سرمایه روانی نقش میانجی در رابطه بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با رفتارهای خودمراقبتی دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ضمن داشتن رابطه مستقیم و معنادار با رفتار مراقبتی در بیماران قلبی عروقی، به صورت غیرمستقیم نیز با افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی این بیماران سبب بهبود رفتار مراقبتی آن‌ها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سرمایه روانی، حمایت اجتماعی، رفتار خودمراقبتی.

بیماری‌های قلبی^۱ جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی^۲ از جمله سلامت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و عملکردی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱)؛ باین‌حال، برخی عوامل هستند که با بهبود شیوه زندگی بیماران قلبی عروقی می‌توانند کیفیت زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی آن‌ها را ارتقا بخشند. یکی از این عوامل اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی از سوی بیماران است (۲). تخمین زده شده است، ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی توسط خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت متخصصان اعمال می‌شود که در آن روش‌های سنتی و غیرطبی یا طب رایج به‌کار می‌رود. مطالعات متعدد روی تعداد زیادی از دفاتر تقویم روزانه سلامتی که برای مطالعه رفتارهای مراقبت از سلامت افراد تنظیم شد و شرکت‌کنندگان علائم بیماری و چگونگی پاسخ به آن‌ها را یادداشت کردند، نشان داد که تنها قسمت کوچکی از بیماری توسط متخصصان مراقبت و درمان می‌شود و مراقبت قسمت اصلی‌تر آن به دست خود شخص و خانواده وی است (۳). خودمراقبتی^۳ جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست؛ بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. خودمراقبتی بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی (۴).

بررسی‌ها نشان می‌دهد، معنویت^۴ از عواملی است که می‌توان به‌عنوان منبعی حمایتگر و درعین‌حال عاملی به‌منظور ارزیابی و مقابله با مسائلی که افراد با آن مواجه می‌شوند، تلقی کرد (۵). معنویت از جمله فضایل 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 (۶). شرکت در مراسم دینی و مذهبی و انجام مناسک عبادی حتی اگر برای مقاصد عمیق مذهبی نیز نباشد می‌تواند با افزایش امید و روحیه بیماران بر ارتقای خودمراقبتی آن‌ها تأثیر بگذارد (۷).

از نقش حمایت اجتماعی می‌توان به‌عنوان عاملی دیگر در سلامتی و داشتن رفتار خودمراقبتی نام برد. حمایت اجتماعی^۵، کمک یا مراقبت ارائه‌شده توسط دیگران تعریف می‌شود که در آن فرد احساس می‌کند مورد توجه و محبت قرار گرفته و شامل نگرانی عاطفی، اطمینان‌دادن و ارائه انگیزه و اطلاعات است (۸). در تحقیقی منصوریه و همکاران به بررسی همبستگی حمایت اجتماعی و خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با نقش میانجی درک از بیماری پرداختند و مشخص شد، بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی همبستگی معناداری مشاهده می‌شود (۹).

سایرز و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سطح نسبتاً بیشتری از مراقبت از خود، همبستگی مهمی با حمایت اجتماعی دارد (۱۰). طهماسبی‌پور و همکاران دریافتند، هوش معنوی و امید به زندگی می‌تواند نقش مهمی در تبیین تنظیم هیجان دانشجویان داشته

باشند (۱۱). ساموئل-هاج و همکاران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در زنان دیابتی آفریقایی‌آمریکایی را می‌توان به بهترین وجه از بستری فرهنگی اجتماعی و خانوادگی درک کرد. این یافته‌ها نشان داد، رویکردهای خانواده و کلیسامحور در زمینه مداخلات مراقبت از دیابت مناسب است (۱۲). پژوهش ناگیل و اسگوتاز ایچ مشخص کرد، افراد دارای نمرات معنویت بیشتر، درمقایسه با افراد دارای نمره کمتر در گروه معنویت، فعال‌تر هستند و از نظر اعتقاد به سلامت تفاوت دارند (۱۳). نشان داده شده، عوامل شخصی مانند معنویت، ممکن است تصمیمات شخص را درباره رفتارهای بهداشتی مثل فعالیت بدنی برانگیزاند (۱۴). محققین در پژوهشی دریافتند، خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی و عوامل خطر ساز تغییرپذیر، در کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری عروق کرونر نقش مهمی دارند (۱۵).

باتوجه به مطالب مذکور، لزوم پژوهشی که بیمار را به استقلال نزدیک کند تا صلاحیت مراقبت مستمر از خود را بیابد، به‌وضوح مشخص است؛ لذا نظر به آمار پیش‌رونده بیماران قلبی و عروقی در ایران و اهمیت توجه ویژه به این گونه بیماران و از آنجاکه خودمراقبتی از راهبردهای مهم‌تر کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان در بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی به‌شمار می‌رود و هرگونه پیشرفت در نتایج درمان، بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خود دارد؛ درصورت انجام مناسب، بیش از ۵۰ درصد از بستری‌های مجدد بیماران، پیشگیری‌شدنی خواهد بود (۱۶). این پژوهش با هدف الگوی ساختاری تأثیر سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بر رفتار خودمراقبتی بیماران قلبی عروقی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدل تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان قم تشکیل دادند که از بین آن‌ها دویست نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. در انتخاب حجم نمونه به‌دلیل اینکه در پژوهش مدل‌یابی به‌ازای هر متغیر آشکار ۱۰ تا ۱۵ نفر نیاز است (۱۶) و براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی شکل ۱، انتخاب دویست نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. بعد از تعیین مراکز هدف به‌طور تصادفی (از طریق قرعه‌کشی) و اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه، به‌صورت میدانی و با حضور در مراکز درمانی مشخص شده و توضیح اهداف تحقیق و کسب رضایت آگاهانه اعضای نمونه برای شرکت در تحقیق، به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بعد از توضیح اهداف پژوهش و شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات، از آزمودنی‌ها خواسته شد پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی^۶ (لوتانز و جنسن، ۲۰۰۷)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۷ (چندبُعدی^۸ (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسش‌نامه سلامت معنوی^۸ (الیسون، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در

5. Social support

6. Psychological Capital Questionnaire

7. Multiple Scale of Social Support

8. Spiritual well-being

1. Heart disease

2. Quality of life

3. Self-care

4. Spirituality

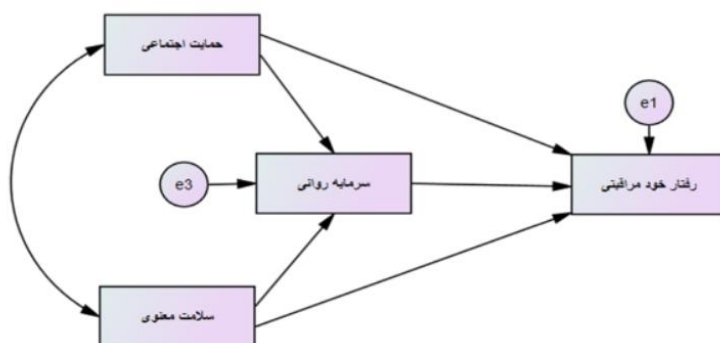
و در نمونه ایرانی سعادت و همکاران همسانی درونی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد (۱۸).

– مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبُعدی (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸): زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را طراحی کردند که ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی انجام می‌دهد. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبُعدی، ابزاری دوازده‌گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شد (۱۹). این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هریک از سه حیطه مذکور در طیف هفت‌گویه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها باهم جمع شده و بر تعداد آن‌ها (عدد ۱۲) تقسیم می‌شود. نمره هر زیرمقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیرمقیاس به دست می‌آید. ضریب پایایی بازآزمایی و همسانی درونی (به روش آلفای کرونباخ) نسخه اصلی سرارودی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۰).

– پرسش‌نامه سلامت معنوی (الیسون، ۱۹۸۳): پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط الیسون در سال ۱۹۸۳ طراحی شد (۲۱). پرسش‌نامه بیست‌سؤالی استاندارد سلامت معنوی الیسون دارای دو بخش است: بخش اول شامل ده سؤال درباره سلامت مذهبی؛ بخش دوم شامل ده سؤال درباره سلامت وجودی. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) است که به گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده می‌شود. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌گیرد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیرگروه است که بین ۲۰ تا ۱۲۰ قرار دارد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر و نمرات کمتر نشان‌دهنده سلامت معنوی کمتر است. ضریب آلفای پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش شد (۲۱). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش احمدی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد (۲۲).

بیماران نارسایی قلبی^۱ (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳) را تکمیل کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص ابتلا به بیماری قلبی عروقی براساس پرونده پزشکی، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلالات شخصیت و روان‌پریشی و سوء مصرف مواد و وابستگی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش، رعایت نکردن قوانین گروه بیان شده در اولین جلسه و غیبت در بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. ابزارهای زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و جنسن، ۲۰۰۷): این پرسش‌نامه توسط لوتانز و جنسن در سال ۲۰۰۷ ساخته شد. از مقادیر استاندارد شده به طور وسیعی برای ساختارهایی استفاده می‌شود که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد (۱۷). این پرسش‌نامه ۲۴ سؤال دارد و هر خرده‌مقیاس شامل شش گویه است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تاحدودی مخالفم نمره ۳، تاحدودی موافقم نمره ۴، موافقم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۶ می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه محاسبه می‌شود. سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نمرات بیشتر نشان‌دهنده سرمایه روان‌شناختی بیشتر و نمرات کمتر نشان‌دهنده سرمایه روان‌شناختی کمتر است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از آن بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مدنظر سازندگان آزمون است. درحقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تأیید کرد. مدل شش‌عاملی برازش بهتری با داده‌ها داشت و با مدل نظری نیز دارای هماهنگی بیشتری بود. نسبت خن‌ی دو این آزمون برابر با ۶/۲۴ و آماره‌های RMSEA و CFI در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۸۰ به دست آمد (۱۷). این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی داخلی بود



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

¹ European heart failure self-care behavior

براساس شاخص مجذور خی دو^۱، شاخص برازندگی تطبیقی^۲ (CFI)، شاخص نکویی برازش^۳ (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل شده^۴ (AGFI)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ (RMSEA) و باقی مانده ریشه مجذور میانگین (SRMR) استفاده شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استرپ به کار رفت. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۱۰۹ مرد (۵۴/۵ درصد) و ۹۱ زن (۴۵/۵ درصد) بود. میانگین \pm انحراف معیار سن مردان ۴۶/۲۱ \pm ۵/۶۱ و میانگین \pm انحراف معیار سن زنان ۴۴/۲۱ \pm ۴/۳۹ سال به دست آمد. دو گروه از نظر میانگین سنی تفاوت معناداری باهم نداشت ($p=0/063$). در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش ارائه شده است.

- پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳): پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی توسط جاراسما و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۲۳). این پرسش‌نامه حاوی دوازده سؤال است که پاسخ هر سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای با امتیاز ۱ (کاملاً این طور است) تا امتیاز ۵ (اصلاً این طور نیست) به منظور مشخص کردن انجام مناسب رفتار نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات حاصل از پرسش‌نامه بین ۱۲ تا ۶۰ امتیاز است که نمره کمتر، رفتار خودمراقبتی بهتر را بیان می‌کند. در این پرسش‌نامه مجموع امتیازات بین ۱۲ تا ۲۸ خودمراقبتی خوب، ۲۹ تا ۴۴ خودمراقبتی متوسط و ۴۵ تا ۶۰ خودمراقبتی ضعیف را نشان می‌دهد. ضریب پایایی بازآزمایی و همسانی درونی (به روش آلفای کرونباخ) نسخه اصلی پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۵ به دست آمد (۲۳). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش نجفی قزلبچه و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود (۲۴).

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در راستای تحلیل استنباطی از روش مدل تحلیل مسیر و برازندگی الگوی پیشنهادی

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	K-S	مقدار احتمال
حمایت اجتماعی	۵۵/۱۵	۱۱/۲۹	۱۹	۷۳	۰/۴۹	۰/۷۵۴
سلامت معنوی	۸۹/۸۶	۲۳/۵۵	۳۳	۹۷	۰/۸۱	۰/۵۱۲
سرمایه روانی	۷۲/۱۱	۱۸/۹۷	۳۰	۱۲۲	۰/۵۷	۰/۶۳۷
رفتارهای خودمراقبتی	۳۹/۴۴	۹/۴۶	۱۸	۵۴	۰/۹۴	۰/۳۱۸

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (K-S) نشان داد، تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار

	۱	۲	۳	۴
۱ حمایت اجتماعی	۱			
۲ سلامت معنوی	۰/۵۷۳**	۱		
۳ سرمایه روانی	۰/۶۴۳**	۰/۴۴۸**	۱	
۴ رفتارهای خودمراقبتی	۰/۶۰۱**	۰/۳۹۶**	۰/۴۱۵**	۱

** $p < 0/05$

براساس مندرجات جدول ۲، همبستگی پیرسون بین تمامی متغیرهای پژوهش از نظر آماری معنادار بود. در جدول ۳، شاخص‌های نکویی

جدول ۳. شاخص‌های نکویی برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجه آزادی ^۱	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تعدیل شده	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی مسیر	۱/۹۰	۰/۰۶۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۵

^۱. Root mean square error of approximation

^۲. χ^2/df

^۱. χ^2

^۲. Comparative fit index

^۳. Goodness of fit index

^۴. Adjusted goodness of fit index

جدول ۳ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است.

جدول ۴. برآورد ضرایب اثر مستقیم متغیرهای برونزای حمایت اجتماعی و سلامت معنوی بر سرمایه روانی (وابسته میانی) و متغیر رفتار مراقبتی (وابسته اصلی)

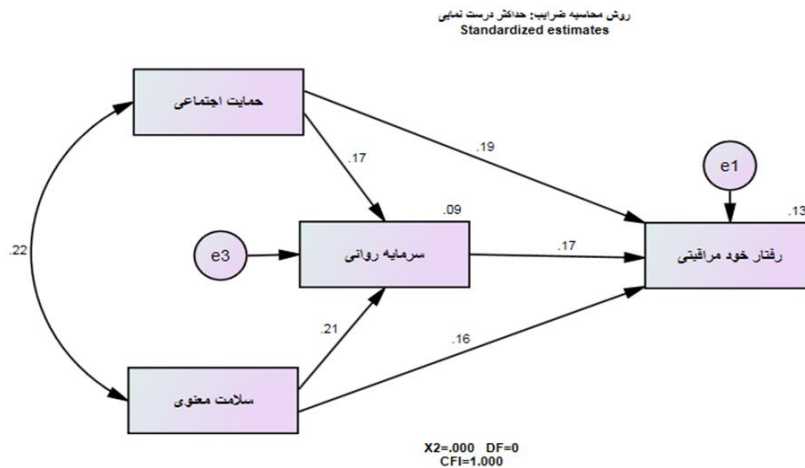
مسیر	مقدار برآورد	مقدار استاندارد	خطای معیار	فاصله اطمینان	مقدار احتمال
سلامت معنوی بر سرمایه روانی	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۰۸	۳/۰۴	۰/۰۰۲
حمایت اجتماعی بر سرمایه روانی	۰/۲۴	۰/۱۷	۰/۰۹	۲/۴۹	۰/۰۱۳
سرمایه روانی بر رفتار مراقبتی	۰/۲۳	۰/۱۷	۰/۰۹	۲/۴۷	۰/۰۱۳
حمایت اجتماعی بر رفتار مراقبتی	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۱۳	۲/۷۴	۰/۰۰۶
سلامت معنوی بر رفتار مراقبتی	۰/۲۶	۰/۱۵	۰/۱۲	۲/۲۴	۰/۰۲۵

همان‌طورکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، حمایت اجتماعی مثبت و مستقیم بر رفتار مراقبتی است. سرمایه روانی ($\beta=0/17$)، $p=0/013$) دارای اثر مثبت و مستقیم و سلامت معنوی ($\beta=0/17$)، $p=0/013$) نیز اثر مثبت و مستقیم بر رفتار مراقبتی دارد. به‌منظور بررسی سهم واسطه‌گری سرمایه‌های روانی در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت معنوی، رفتار بیماری و رفتار مراقبتی از دستور بوت‌استرپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. برآورد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت‌استرپ

مقدار احتمال	حد کمتر	حد بیشتر	مقدار استاندارد	مقدار برآورد	متغیر		
					متغیر ملاک	متغیر واسطه	متغیر پیش‌بین
۰/۰۴۹	۰/۰۰۶	۰/۰۷۸	۰/۰۸۰	۰/۰۹۷	رفتار مراقبتی	سرمایه روانی	حمایت اجتماعی
۰/۰۷۱	۰/۰۵۶	۰/۲۳۹	۰/۰۳۶	۰/۰۶۰	رفتار مراقبتی	رفتار مراقبتی	سلامت معنوی

باتوجه به جدول ۵، اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر رفتار مراقبتی برابر با ۰/۰۸ بود ($p=0/049$). اثر غیرمستقیم سلامت معنوی بر رفتار مراقبتی تأیید نشد. نتایج الگوی مسیر اندازه‌گیری‌شده روابط بین



شکل ۲. الگوی مسیر مدل برازش‌شده روابط بین حمایت اجتماعی، سرمایه روانی، سلامت معنوی و رفتارهای خودمراقبتی با برآورد ضرایب استاندارد

داد، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی پسایند سرمایه روانی است و بر آن اثر معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش سایرین و همکاران (۱۰) همسوست. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که سطح نسبتاً بیشتری از مراقبت از خود، همبستگی مهمی با حمایت اجتماعی دارد. یافته‌های

۴ بحث

این پژوهش با هدف تعیین الگوی ساختاری تأثیر سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بر رفتار خودمراقبتی بیماران قلبی عروقی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان

مطالعه حاضر مشخص کرد، بیماران قلبی عروقی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردار هستند، سرمایه روان‌شناختی بهتری دارند و با تحقیق طهماسبی پور و همکاران (۱۱) همخوان است. آن‌ها دریافته‌اند، هوش معنوی و امید به زندگی می‌تواند نقش مهمی در تبیین تنظیم هیجان دانشجویان داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، بیماران قلبی عروقی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردار هستند، رفتار ارتقادهنده مرتبط با سلامتی بیشتری از خود نشان می‌دهند. یافته حاصل با نتایج مطالعات مشابه صورت گرفته در این زمینه همچون پژوهش ساموئل-هاج و همکاران (۱۲) همخوان است. آن‌ها در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در زنان دیابتی آفریقایی‌آمریکایی را می‌توان به بهترین وجه از بستری فرهنگی اجتماعی و خانوادگی درک کرد. این یافته‌ها نشان داد، رویکردهای خانواده و کلیسامحور در زمینه مداخلات مراقبت از دیابت مناسب است (۱۲). در تحقیق همسوی دیگری با نتیجه پژوهش حاضر بررسی رابطه معنویت، اعتقادات بهداشتی و رفتارهای بهداشتی در دانشجویان توسط ناگیل و اسگوتاز ایمچ (۱۳) صورت گرفت. آن‌ها دریافته‌اند، افراد دارای نمرات معنویت بیشتر، در مقایسه با افراد با نمره کمتر در گروه معنویت، فعال‌تر هستند و از نظر اعتقاد به سلامت تفاوت دارند (۱۳). در تبیین یافته به دست آمده از تجزیه و تحلیل فرضیه حاضر می‌توان به مدل ارتقای سلامت اشاره کرد که دیو و همکاران تصریح کردند، عوامل شخصی مانند معنویت، ممکن است تصمیمات شخص را درباره رفتارهای بهداشتی مثل فعالیت بدنی برانگیزاند (۱۴).

طبق یافته دیگر این پژوهش، مسیر سرمایه روان‌شناختی بر رفتار مراقبتی نیز معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه صورت گرفته در این زمینه همچون آهن و سونگ و چوی (۱۵) همسوست. آن‌ها نشان دادند، خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی و عوامل خطر ساز تغییرپذیر، در کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری عروق کرونر نقش مهمی دارند (۱۵).

در تبیین رابطه این مؤلفه‌ها با رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران قلبی عروقی می‌توان گفت، سطح بیشتر هریک از این مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در بیماران قلبی عروقی با افزایش امید به زندگی در بیماران مذکور به افزایش هدفمندی آن‌ها در زندگی کمک می‌کند. به عبارتی دیگر، سطح زیاد امیدواری و خوش بینی و خودکارآمدی از شاخص‌های مهم سلامت است که باعث می‌شود افراد برخوردار از این مؤلفه‌ها به صورت هدفمند در زندگی رفتار کنند. این هدفمندی می‌تواند بیماران قلبی عروقی را یاری کند تا طول درمان بهتری داشته باشند و با رعایت دستورعمل‌های درمانی به بهبود بهزیستی کلی خود و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی‌شان کمک کنند (۸). در واقع، هدفمندی در زندگی به زندگی این بیماران معنا می‌بخشد و سبب می‌شود این بیماران مشکل

پیش آمده در رابطه با سلامتی‌شان را فرصتی برای هشیاری بیشتر تعبیر کنند که به عنوان هشداردهنده آن‌ها را متوجه محدود بودن فرصت برای زندگی می‌کند؛ همچنین باعث می‌شود مسئولانه و هدفمندانه زندگی کنند و با مشخص کردن اولویت‌های زندگی خویش تلاش بیشتری برای رسیدن به این اولویت‌ها داشته باشند که این مهم جز در سایه برخورداری از وضعیت جسمانی و روانی مطلوب، ممکن نیست؛ از این رو، این افراد برای اینکه به اهداف تعیین شده خود برسند باید توجه بیشتری به سلامتی خود داشته باشند تا از انرژی لازم برای رسیدن به این اهداف برخوردار باشند. به اعتقاد فرانکل انسان در هر موقعیتی حتی در لحظات دشوار زندگی می‌تواند در جست‌وجوی معنا باشد که وجود معنا در زندگی با بهبود کیفیت زندگی مرتبط است (۹).

تدارک برنامه‌های درمانی و توانمندسازی برای این بیماران نیازمند در نظر گرفتن برنامه‌ای سیستمی است؛ به این معنا که باید در تدارک برنامه‌های درمانی برای این بیماران، بر عوامل چندگانه خانوادگی، روان‌شناختی، مذهبی، اجتماعی و بهداشتی درمانی به صورت توأم تأکید و توجه شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک شده ضمن داشتن رابطه مستقیم و معنادار با رفتار مراقبتی در بیماران قلبی عروقی، به‌طور غیرمستقیم نیز با افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی این بیماران سبب بهبود رفتار مراقبتی آن‌ها می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه شده از مراکز درمانی شهرستان قم صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در این پژوهش سهمیه بوده‌اند.

References

1. Sloan DM, Kring AM. Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007;14(4):307-22. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x>

2. Weiss JA, Thomson K, Burnham Riosa P, Albaum C, Chan V, Maughan A, et al. A randomized waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy to improve emotion regulation in children with autism. *J Child Psychol Psychiatr.* 2018;59(11):1180–91. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12915>
3. Bell A, Rajenan D, Theiler S. Spirituality at work: an employee stress intervention for academics? *International Journal of Business and Social Science.* 2012;3(11):68–82.
4. Seymour B. What do nursing students understand by spirituality and spiritual care? *J Health Care Chaplain.* 2013;12(2):38–46. <https://doi.org/10.1558/hsc.v12i2.38>
5. Huisman S, De Gucht V, Maes S, Schroevers M, Chatrou M, Haak H. Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. *Patient Educ Couns.* 2009;75(1):84–90. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.027>
6. Kirrane M, Lennon M, O'Connor C, Fu N. Linking perceived management support with employees' readiness for change: the mediating role of psychological capital. *Journal of Change Management.* 2017;17(1):47–66. <https://doi.org/10.1080/14697017.2016.1214615>
7. Tzeletopoulou A, Alikari V, Krikelis MI, Zyga S, Tsironi M, Lavdaniti M, et al. Fatigue and perceived social support as predictive factors for aggressive behaviors among mental healthcare professionals. *Archives of Hellenic Medicine.* 2019;36(6):792–9.
8. Bashir H, Bashir L. Investigating the relationship between self-regulation and spiritual intelligence of higher secondary school students. *Indian Journal of Health and Wellbeing.* 2016;7(3):327–38. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x>
9. Peh CX, Kua EH, Mahendran R. Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer.* 2016;24(5):1955–62. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2989-x>
10. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med.* 2008;35(1):70–9. <https://doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x>
11. Tahmasbipour N, Nasri S, Rafieeyazd Z. The relationship between spiritual intelligence, life expectancy, and self-regulation among high school students. *Bali Med J.* 2018;7(2):399. <http://dx.doi.org/10.15562/bmj.v7i2.1086>
12. Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, et al. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-American women: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. *Diabetes Care.* 2000;23(7):928–33. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.928>
13. Nagel E, Sgoutas-Emch S. The relationship between spirituality, health beliefs, and health behaviors in college students. *J Relig Health.* 2007;46(1):141–54. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9088-8>
14. Dev RDO, Kamalden TFT, Geok SK, Abdullah MC, Ayub AFM, Ismail IA. Emotional intelligence, spiritual intelligence, self-efficacy and health behaviors: implications for quality health. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences.* 2018;8(7):794–809. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARBS/v8-i7/4420>
15. Ahn S, Song R, Choi SW. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2016;10(2):158–63. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.03.004>
16. Bagheri-Saweh MI, Lotfi A, Salawati Ghasemi S. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *International Journal of Biomedicine and Public Health.* 2018;1(1):42–7. <https://dx.doi.org/10.22631/ijbmph.2018.56100>
17. Luthans KW, Jensen SM. The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: a study of nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration.* 2005;35(6):304–10.
18. Saadat S, Davarpanah S H, Saeedpour F, Samiee F. The role of psychological capital (i.e., hope, optimism, self-efficacy, resilience) in student's academic commitment. *Educ Strategy Med Sci.* 2019;12(3):1–11 [Persian] <http://edcbmj.ir/article-1-1436-en.html>
19. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
20. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. *Int J Prev Med.* 2013;4(11):1277–81.
21. Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *J Psychol Theol.* 1983;11(4):330–8. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
22. Gharehboghlu Z, Adib-Hajbaghery M, Hajimohammad Hoseini M. The relationship between spiritual well-being and depression in nursing students. *Iran Journal of Nursing.* 2016;29(103):41–50. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.29.103.41>
23. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *Eur J Heart Fail.* 2003;5(3):363–70. [https://doi.org/10.1016/S1388-9842\(02\)00253-2](https://doi.org/10.1016/S1388-9842(02)00253-2)
24. Najafi Ghezalfeh T, Ghasemi A, Rasouli M, Garak Yaraghi M. Evaluation of the relationship between self-care behaviors and anxiety, family support and disease state in patients with heart failure and type II diabetes mellitus admitted to Chamran teaching health center in Isfahan, Iran in 2018. *Iran Journal of Nursing.* 2019;32(119):26–40 [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.32.119.24>