Comparison of Perceived Social Support, Spiritual Well-Being, and Psychological Capital in People with and without Coronary Artery Disease

Ali Sheykholeslami*: Associate professor of educational psychology, department of counseling, faculty of education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. a_sheikhoslamy@yahoo.com

Seyyed Mohammad Basir Amir: Ph.D. student of counseling, science and research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. basir_amir3@yahoo.com

Pezhman Honarmand Gojebeyglou: Master of rehabilitation counseling, department of counseling, faculty of education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. pezhmanhonarmand71@gmail.com

Abstract

Introduction: Coronary artery disease is one of the largest causes of death and disability in the world. The purpose of this study was to compare perceived social support, spiritual well-being, and psychological capital between people with and without coronary artery disease.

Methods: The method of this research was a causal-comparative descriptive. The statistical population of this study was all cardiac patients referred to Shariati hospital in Mashhad in 2017-2018. A hundred samples included fifty patients with and fifty people without heart disease were selected as the study sample by the available sampling method. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support questionary (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley1988), The Spiritual Well-Being Scale (SWBS) (Paloutzian & Ellison, 1982), and The Psychological Capital Questionnaire (PCQ) (Luthans, Avolio, Avey, & Norman2007) used as the study instruments. The data analyzed by multivariate analysis of variance.

Results: The results showed a significant difference in perceived social support, spiritual well-being, and psychological capital between people with and without heart diseases. ($P<0.01$)

Conclusions: According to the findings of this study, it can be concluded that the levels of perceived social support, spiritual well-being, and psychological capital are among the variables associated with coronary artery disease, in a way that coronary artery disease patients experience lower levels of perceived social support, spiritual well-being and psychological capital as compared to healthy people. It is suggested that the authorities involved in the coronary artery disease community plan early intervention to increase the perceived social support, spiritual well-being, and psychological capital on their agenda.

Keywords

Perceived Social Support

Spiritual Well-Being

Psychological Capital

Coronary Artery Disease

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 14 Jan 2020
Accepted: 26 Dec 2020

Please cite this article as follows: Sheykholeslami A, Basir Amir S, and Gojebeyglou P. Comparison of perceived social support, spiritual well-being, and psychological capital in people with and without coronary artery disease. Quarterly journal of social work. 2019; 9 (2); 60-69

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم

علی شیخ الاسلامی*: دانشیار روانشناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. a_sheikhoslamy@yahoo.com

سید محمد بصیرامیر: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. basir_amir3@yahoo.com

پژمان هنرمند قوجهبگلو: کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. pezhmanhonarmand71@gmail.com

چکیده

مقدمه: بیماری عروق کرونر قلبی از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم صورت گرفت.

روش: این پژوهش با روش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه‌آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران عروق کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی شهر مشهد بودند پنجاه نفر بیمار عروق کرونر قلبی و پنجاه نفر افراد سالم با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و فارلی۱۹۸۸، پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزاین و الیسون۱۹۸۲ و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز، آولیو، اوی و نورمن۲۰۰۷ بودند. داده‌ها با کمک تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در بین دو گروه افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود داشت.($P<۰/۰۱$) بدین صورت که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه رواشناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی کمتر از افراد سالم بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی از متغیرهای مرتبط با بیماری عروق کرونر قلبی می‌باشد؛ به نوعی که بیماران عروق کرونر قلبی درجات پایینتری از حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در مقایسه با افراد سالم تجربه می‌کنند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مسوولین محترم مرتبط با جامعه بیماران عروق کرونر قلبی، برنامه‌ریزی در جهت مداخله زودهنگام به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در دستور کار خود قرار دهند.

واژگان کلیدی

حمایت اجتماعی ادراک شده

سلامت معنوی

سرمایه روان‌شناختی

بیماری عروق کرونر قلبی

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

نحوه استناد به مقاله:
علی شیخ الاسلامی، سید محمد بصیرامیر و پژمان هنرمند قوجهبگلو. مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۲): ۶۹-۶۰

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی، مهمترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جهان شـناخته شـده است.[۱و۲] بیماری عروق کرونر قلب از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا است، به طوری که در سال ۲۰۲۰ میلادی حداقل یک مورد از سه مورد مرگ افراد در کشـورهای پیشرفته به علت بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد.[۳] بیماری عروق کرونر قلب نوعی بیماری قلبی و عروقی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ایران در حال افزایش است به‌طوری که در ایران چهل و سه و هفت دهم درصد از کل مرگ و میر مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی است.[٤] مشخصه پاتوفیزیولوژی این بیماری، رسـوب غیرطبیعی چربی، مواد و بافت فیبروزی روی پوشش داخلی دیواره عروق خونی شریانی است.[٥] متخصصان قلب و عروق عوامل مشخصی مانند فشار خون بالا، سطح کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی را در ارتباط با این بیماری مطرح ساخته‌اند، اما پژوهش‌های سال‌های اخیر بیش از پیش، موید تاثیر عوامل روانی، اجتماعی[٦] و نیز معنوی[٧] بر پیدایش، سیر و درمان بیماری عروق کرونر قلب می‌باشـند. بیش از چند دهه پژوهش تجربی نشان داده است که عوامل روانشناسی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، تنهایی و فقدان حمایت اجتماعی در ایجاد و رشد بیماری عروق کرونر قلب نقش دارند.[۸] براسـاس پژوهش‌های صورت گرفته یکی از عوامل مرتبط با بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، عدم ادراک مناسب از حمایت اجتماعی می‌باشـد.[۹] اکثر متخصصان و محققان عامل حمایت اجتماعی را به‌عنوان یکی از عواملی که می‌تواند موجب پیشگیری از بروز این بیماری شود، مورد توجه قرار می‌دهند. حمایت اجتماعی ادراک شده یک منبع مهم سازگاری و دارای نقش بسیار موثری در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روان‌شناختی افراد است. همچنین در طبقه‌بندی ابعاد و افراد مرتبط با حمایت اجتماعی ادراک شده این‌گونه بیان شده است که حمایت اجتماعی شامل کمک‌ها و حمایت‌های والدین، دوستان و دیگر افراد مهم زندگی است.[۱۰] حمایت اجتماعی را به‌عنوان "پی‌بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات و احساسات او اهمیت داده و به‌عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود" تعریف می‌کنند.[۱۱] مطالعات پژوهشی نشـان داده است افرادی که از سیسـتم حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، نسبت به زندگی خود نگرش مثبت‌تری دارند و نیز در غلبه بر افسـردگی و سـازگاری با آسیب‌های ناشی از ناتوانی جسـمی، حفظ عزت‌نفس و غلبه بر تنهایی موفقترند. همچنین براسـاس شواهد پژوهشـی افرادی که از سیسـتم حمایتی خوبی برخوردارند کمتر بیمار می‌شوند و سطح استرس فیزیولوژیکی پایینی دارند.[۱۲] پژوهشگران گزارش کرده‌اند ادراک حمایت اجتماعی بر سیستم‌های قلبی-عروقی، درون‌ریز و ایمنی تاثیرات مثبتی دارد و نیز با کاهش پاسـخ سـمپاتیک و کورتیزول به هنگام استرس ارتباط دارد، به این ترتیب ادراک مناسـب از حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات مثبتی بر بسـیاری از بیماری‌ها، از جمله بیماری قلبی-عروقی داشته باشد.[۱۳] از دیگر عوامل مرتبط با بروز بیماری عروق کرونر قلب سـلامت معنوی می‌باشـد.[١٤] سـلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسـب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشـتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند.[۱۵] سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامت همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است. سلامت معنوی از دو مولفه تشکیل شده است: سلامت مذهبی و سـلامت وجودی. سلامت مذهبی نشانه ارتباط با قدرتی برتر، یعنی خداست و سلامت وجودی عنصری روانی اجتماعی و نشانه احساس فرد است از اینکه او کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد با وجود جدا بودن، با هم تعامل و همپوشانی دارند.[١٦] نتایج سی صد و پنجاه مطالعه مختلف نشان داده است که افراد و بیماران دارای سـلامت معنوی، شیوه زندگی سالمتری دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند و رضایت بیشتری از زندگی خود دارند. نتایج برخی مطالعات بیانگر آن اسـت که بدون سـلامت معنوی دیگر ابعاد زیسـتی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درسـت داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسـد.[۱۷] همچنین یافته‌های اپیدمولوژیک به روشنی نشان داده‌اند که خلق، اضطراب، افسردگی و معنویت با مشکلات قلبی-عروقی مرتبط می‌باشند.[۱۸] علاوه بر این مجموع نتایج یافته‌های سی مطالعه، که از لحاظ روش تحقیق از هر دو روش کمی و کیفی استفاده کرده‌اند، بیانگر ارتباط معنویت، سـلامت معنوی و سازگاری معنوی با مشکلات و نارسایی‌های قلبی بوده‌اند.[۱۹] همچنین مطالعات اخیر گزارش کرده‌اند که سلامت معنوی باعث کاهش میزان مرگ و میر، کاهش بیماری‌های قلبی-عروقی، افزایش تطابق با بیماری‌ها، بهبود روند

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌گردد.[۷] یکی دیگر از عوامل مرتبط با بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، سرمایه روان‌شناختی است.[۲۰] سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبتگرا است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود.[۲۱] سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مولفه ادراکی-شناختی یعنی امیدواری، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی را در بر می‌گیرد. این مولفه‌ها در یک فرآیند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشد.[۲۲] در پژوهشی که به بررسی مقایسه‌ای سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی و افراد سالم پرداخت، نشان داده شد که افراد بیمار از سرمایه روان‌شناختی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند.[۲۲] همچنین پژوهش دیگری نشان داد که مشکلات روان‌شناختی ارتباط معناداری با بروز بیماری‌های قلبی دارند.[۲۳] همچنین مطالعه دیگری نشان داد که توجه ما به عوامل روان‌شناختی، هم به‌عنوان عوامل خطر و هم به‌عنوان عوامل محافظت کننده در برابر بیماری کرونر قلبی الزامی است.[۲۴] به‌طور کلی با توجه به اینکه بیماری عروق کرونر قلب از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا می‌باشد و نیز پژوهش‌های بسیار محدودی در ارتباط با مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم وجود دارد و همچنین بیشتر بررسی‌های انجام گرفته در ایران در ارتباط با عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری عروق کرونر قلب می‌باشند و پژوهشی که به مقایسه دو گروه افراد سالم و بیماران عروق کرونر قلب در سه بعد اجتماعی، روانی و معنوی پرداخته باشد، صورت نپذیرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم صورت گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و در زمره پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای قرار دارد. جامعه‌آماری پژوهش را تمامی بیماران عروق کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ تشکیل داده‌اند پنجاه نفر بیمار عروق کرونر قلبی و پنجاه نفر افراد سالم با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در پژوهش حاضر، همتاسازی دو گروه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم بر اساس متغیرهای جنسیت، سن و سطح تحصیلات انجام گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم شهر مشهد، دارا بودن حداقل بیست سال سن، تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن اختلال روانی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و آگاهی از اهداف پژوهش.

ملاک‌های خروج: عدم تمایل برای همکاری.

ملاحظات اخلاقی: به شرکت‌کنندگان پژوهش اطمینان خاطر داده شد که این پرسشنامه‌ها و نتایج به‌دست آمده از آن‌ها صرفا جنبه پژوهشی دارد و تمام اطلاعات شخصی محرمانه خواهند ماند. همچنین خاطر نشان شد که نوشتن نام و نام‌خانوادگی به هیچ وجه ضرورت ندارد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس ساخته زیمت و فارلی۱۹۸۸،[۲۵] مشتمل بر دوازده سوال و سه خرده مقیاس است و براساس نمره‌گذاری طیف لیکرت پنج درجه‌ای و از کاملا مخالف برابر یک تا کاملا موافق برابر پنج نمره‌گذاری می‌گردد. خرده مقیاس خانواده شامل سوالات سه، چهار، هشت و یازده، دوستان شامل سوالات شش، هفت، نه و دوازده و اشخاص مهم شامل سوالات یک، دو، پنج و ده است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی۱۹۸۸ در حد مطلوب گزارش شده است.[۲۵] سلیمی، جوکار و نیک‌پور۱۳۸۸ پایایی مقیاس را با استفاده از

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به‌ترتیب هشتاد و شش صدم، هشتاد و شش صدم و هشتاد و دو صدم گزارش کرده‌اند.[۲۶]

پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه توسط پالوتزاین و الیسون۱۹۸۲ ساخته شده است.[۲۷] این پرسشنامه شامل بیست سوال است که ده سوال آن سلامت مذهبی و ده سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ده تا شصت می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به‌دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به‌دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که در دامنه بیست تا صد و بیست در نظر گرفته شده است. پاسخ سوالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته‌بندی شده و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین بیست تا چهل متوسط چهل و یک تا نود و نه و بالا صد تا صد و بیست تقسیم‌بندی شده است. در مطالعه سیدفاطمی، رضایی، گیوری، حسینی۱۳۸۵ روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ هشتاد و دو صدم تعیین گردید.[۲۸]

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز، آولیو، اوی و نورمن۲۰۰۷ استفاده شده است.[۲۹] این پرسشنامه شامل بیست و چهار سوال و چهار خرده مقیاس امیدواری، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی است که در آن هر خرده‌مقیاس شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم پاسخ می‌دهد. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به‌صورت جداگانه به‌دست آمد و سپس مجموع آن‌ها به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش لوتانز، آولیو، اوی و نورمن[۲۹] برابر با هشتاد و پنج صدم برآورد شد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش بهادری خسروشاهی و همکاران بالای هفتاد صدم برآورد شده است.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود، در متغیر جنسیت، جنسیت مرد: سی و چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و سی و پنج نفر در گروه افراد سالم و جنسیت زن: پانزده نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و شانزده نفر در گروه افراد سالم، در متغیر دامنه سنی در سنین بیست تا سی سال: دو نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و دو نفر در گروه افراد سالم، سی و یک تا چهل سال: ده نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و یازده نفر در گروه افراد سالم، چهل و یک تا پنجاه سال: سیزده نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و چهارده نفر در گروه افراد سالم و پنجاه و یک سال به بالا: بیست و چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و بیست و چهار نفر در گروه افراد سالم و در متغیر سطح تحصیلات، در تحصیلات دیپلم: بیست و شش نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و بیست و هشت نفر در گروه افراد سالم، در تحصیلات فوق‌دیپلم: یازده نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و یازده نفر در گروه افراد سالم، در تحصیلات لیسانس: هفت نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و هفت نفر در گروه افراد سالم و در تحصیلات فوق‌لیسانس: چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و پنج نفر در گروه افراد سالم قرار داردند. همان‌طور که در جدول دو، مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم به‌ترتیب بیست و هفت و سی و دو صدم / سه و هشتاد و هفت صدم و چهل و هفت و هشتاد و شش صدم / شش و هشتاد صدم، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم به ترتیب شصت و هفت و پنجاه صدم / یازده و هفتاد و چهار صدم و هفتاد و هفت و بیست صدم / دو و سی صدم و میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی در گروه بیماران

جدول(۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرها		گروه‌ها	فروانی
جنسیت	مرد	بیمار*	۳۴
		سالم**	۳۵
	زن	بیمار*	۱۵
		سالم**	۱۶
دامنه سنی	۲۰-۳۰	بیمار*	۲
		سالم**	۲
	۳۱-۴۰	بیمار*	۱۰
		سالم**	۱۱
	۴۱-۵۰	بیمار*	۱۳
		سالم**	۱۴
	۵۱ به بالا	بیمار*	۲۴
		سالم**	۲۴
تحصیلات	دیپلم	بیمار*	۲۶
		سالم**	۲۸
	فوق دیپلم	بیمار*	۱۱
		سالم**	۱۱
	لیسانس	بیمار*	۷
		سالم**	۷
	فوق لیسانس	بیمار*	۴
		سالم**	۵

* بیماران عروق کرونر قلبی
** افراد سالم

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

جدول(۲) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بیماران عروق کرونر قلبی* و افراد سالم**

متغیرها	بیمار*		سالم**	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی ادراک شده	۲۷/۳۲	۳/۸۷	۴۷/۸۶	۶/۸۰
حمایت از سوی خانواده	۸/۶۰	۲/۲۰	۱۷/۲۴	۲/۳۳
حمایت از سوی دوستان	۹/۳۰	۲/۲۸	۱۴/۱۰	۳/۴۱
حمایت از سوی دیگران	۹/۴۲	۲/۳۸	۱۶/۵۲	۲/۳۲
سلامت معنوی	۶۷/۵۰	۱۱/۷۴	۷۷/۲۰	۱۰/۳۰
سلامت مذهبی	۳۶/۹۸	۶/۶۰	۴۱/۸۴	۵/۸۶
سلامت وجودی	۳۰/۵۲	۶/۹۰	۳۵/۳۶	۵/۱۹
سرمایه روانشناختی	۷۴/۹۴	۱۸/۵۰	۱۰۷/۳۴	۱۰/۴۰
خودکارآمدی	۲۳/۱۲	۵/۴۶	۲۷/۷۰	۴/۰۲
امیدواری	۱۶/۵۲	۷/۶۰	۲۶/۸۶	۴/۶۰
تاب‌آوری	۱۶/۶۸	۶/۵۹	۲۷/۰۲	۵/۸۵
خوش‌بینی	۱۸/۶۲	۶/۳۱	۲۵/۷۶	۳/۴۴

جدول(۳) آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا

متغیرها		F	df1	df2	Sig
حمایت ادراک (دریافت) شده از	اجتماع	۲/۳۶	۱	۹۸	۰/۰۹
	خانواده	۱/۰۳	۱	۹۸	۰/۳۱
	دوستان	۱/۱۶	۱	۹۸	۰/۲۹
	دیگران	۰/۰۱	۱	۹۸	۰/۹۶
سلامت	معنوی	۱/۴۰	۱	۹۸	۰/۲۴
	مذهبی	۰/۴۲	۱	۹۸	۰/۵۲
	وجودی	۰/۰۴	۱	۹۸	۰/۸۲
سرمایه روانشناختی		۱/۹۶	۱	۹۸	۰/۱۹
خودکارآمدی		۲/۰۶	۱	۹۸	۰/۱۵
امیدواری		۲/۶۱	۱	۹۸	۰/۰۶
تاب‌آوری		۱/۹۲	۱	۹۸	۰/۲۳
خوش‌بینی		۲/۵۵	۱	۹۸	۰/۰۷

جدول(٤) تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه

آزمون‌ها	مقادیر	F	df فرضیه	df خطا	Sig
اثر پیلایی	۰/۸۵	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۸۷	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۵/۸۷	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱

جدول(۵) تحلیل واریانس تک‌متغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های متغیرهای مورد مطالعه در بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم

منبع تغیرات	مولفه‌ها		SS	df	MS	F	Sig	اندازه‌ی اثر
گروه	حمایت ادراک (دریافت) شده از	اجتماع	۱۰۵۴۷/۲۹	۱	۱۰۵۴۷/۲۹	۳۴۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
		خانواده	۱۸۶۶/۲۴	۱	۱۸۶۶/۲۴	۳۶۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
		دوستان	۵۷۶/۰۰	۱	۵۷۶/۰۰	۶۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
		دیگران	۱۲۶۰/۲۵	۱	۱۲۶۰/۲۵	۲۲۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	سلامت	معنوی	۲۳۵۲/۲۵	۱	۲۳۵۲/۲۵	۱۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶۴
		مذهبی	۵۹۰/۴۹	۱	۵۹۰/۴۹	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴
		وجودی	۵۸۵/۶۴	۱	۵۸۵/۶۴	۱۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۱۳۸
	سرمایه روانشناختی		۲۶۲۲۴/۰۰	۱	۲۶۲۲۴/۰۰	۱۱۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
	خودکارآمدی		۵۲۴/۴۱	۱	۵۲۴/۴۱	۲۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸۹
	امیدواری		۲۶۵۳/۰۲	۱	۲۶۵۳/۰۲	۶۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	تاب‌آوری		۲۶۲۸/۶۸	۱	۲۶۲۸/۶۸	۶۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	خوش‌بینی		۱۷۸۱/۳۱	۱	۱۷۸۱/۳۱	۶۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
خطا	حمایت ادراک (دریافت) شده از	اجتماع	۳۰۰۶/۹۰	۹۸	۳۰/۶۸			
		خانواده	۵۰۵/۱۲	۹۸	۵/۱۵			
		دوستان	۸۲۹/۰۰	۹۸	۸/۴۶			
		دیگران	۵۴۲/۶۶	۹۸	۵/۵۴			
	سلامت	معنوی	۱۱۹۶۴/۵۰	۹۸	۱۲۲/۰۹			
		مذهبی	۳۸۱۹/۷۰	۹۸	۳۸/۹۸			
		وجودی	۳۶۶۰/۰۰	۹۸	۳۷/۳۵			
	سرمایه روانشناختی		۲۲۰۸۰/۰۴	۹۸	۲۲۵/۳۱			
	خودکارآمدی		۲۲۵۳/۷۸	۹۸	۲۲/۱۰			
	امیدواری		۳۸۷۴/۵۰	۹۸	۳۹/۲۴			
	تاب‌آوری		۳۸۰۹/۸۶	۹۸	۳۸/۸۸			
	خوش‌بینی		۲۵۳۸/۹۰	۹۸	۲۵/۹۱			

عروق کرونر قلبی و افراد سالم به ترتیب هفتاد و چهار و نود و چهار صدم/ هشتاد و پنجاه صدم و صد و هفت و سی و چهار صدم/ ده و چهل صدم می‌باشد. برای آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری رعایت بعضی مفروضه‌ها از قبیل همگنی واریانس‌های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه پرداخته شد که نتایج آن در جدول شماره سه ارایه شده است. همان‌طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌شود، براساس نتایج مندرج، سطح معناداری آزمون لوین برای حمایت اجتماعی ادراک شده نه صدم، برای سلامت معنوی بیست و چهار صدم و برای سرمایه روان‌شناختی نوزده صدم، همگی بزرگتر از پنج صدم می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برقرار می‌باشد و از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری به‌منظور مقایسه میانگین نمره‌های افراد با بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره چهار آمده است. همان‌طور که در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود، نتیجه تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری، حاکی از آن است که هر چهار آماره، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگو بزرگترین ریشه روی($P<۰/۰۵$) معنادار هستند. بدین ترتیب مشخص می‌شود که بین دو گروه، دست‌کم در یکی از متغیرهای مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده، مربوط به کدام متغیرها است. همان‌طور که در جدول شماره پنج مشاهده می‌شود، نتیجه تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیری حاکی از آن است که از لحاظ هر سه متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی، بین افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم، تفاوت معناداری وجود دارد.($P<۰/۰۱$) بدین صورت که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی کمتر از افراد سالم است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم صورت گرفت. یافته‌ها بیانگر این بود که از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی بین افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

وجـود داشـت.(P<۰/۰۱) بدین صورت که میـزان حمایت اجتماعی ادراک شـده، سـلامت معنوی و سرمایه رواشـناختی در افراد مبتلا به بیمـاری عروق کرونر قلبی کمتر از افراد سـالم بود.در ادامه به بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر حمایت اجتماعی ادراک شـده توسـط افراد دارای بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم با یافته‌های کامپر، زاربو، منزونی، کستلنووو و بلدساری[۹] که بیان کردند حمایت اجتماعی ادراک شده ضعیف به‌عنوان یک عامل خطر در بروز بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد، همچنین کاراتاس و بوستانوگلو[۳۰] که ارتباط معناداری را بین درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شده و بیماری عروق کرونـر قلب یافتند، و نیز پژوهش ونگ، دیجکیک و همکاران[۳۱] که بیانگر ارتباط درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شـده با پیشـرفت بیماری عروق کرونر قلب در زنان و مردان میان‌سال بـود، همچنین پژوهش بارس، اشـنایدر و ون کانـل[۳۲] که با مروری سیستماتیک و فراتحلیل مطالعات پیشین گزارش داده‌اند؛ درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شده به‌عنوان یک عامل خطر در بروز بیماری عروق کرونر قلب می‌باشـد و یافته‌های پژوهش حسینی‌نژاد، الذاکرینی و نشـاط[۳۳] که بیان کردند، بـا افزایش نمره افـراد در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده شانس ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب کاهش می‌یابد، همسـو می‌باشـد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد حمایت اجتماعی ناکافی زمینه‌ساز بروز بسیاری از مشکلات جسمانی، کاهش خودمراقبتی، کاهش کیفیت زندگی، افزایش شیوع بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آن‌ها می‌باشد، به‌طوری که پژوهشگران بیان کرده‌اند حمایت اجتماعی ناکافی منجر به افزایش ضعف بیماران سـالمند دارای بیماری قلبی-عروقی می‌گردد و همچنین احتمال بروز بیماری عروق کرونر قلب را در افراد سـالم افزایش می‌دهد.[۳۰] حمایت اجتماعی مناسب سبب افزایش دسترسی افراد به مراقبت‌های پزشکی می‌شود که خود از عوامل جلوگیری کننده از بروز بیماری عروق کرونر قلب اسـت.[۳۱] تعدادی از پژوهش‌ها نشـان داده‌اند که برخی از عوامل مرتبط با سـبک زندگی کـه منجر به بروز بیماری عروق کرونر قلب می‌شـوند از جمله مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم و عدم تحرک جسمانی با حمایت اجتماعی ناکافی ارتباط معناداری دارند.[۳۴] علاوه بر این تعدادی از پژوهشگران بیان کرده‌اند افرادی که از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردارند، توانایی بیشـتری در تغییر سبک زندگی ناسـالم و مرتبط با بروز بیماری عروق کرونر قلب را دارا می‌باشـند.[۳۰] درجات مناسـب حمایت اجتماعی می‌توانند پاسخ‌های قلبی-عروقی به استرسورهای شدید روانی را تعدیل کننـد[۳۵] و از طرفی تعاملات اجتماعی منفی و درجات پایین حمایت اجتماعی منجر به افزایش پاسخ‌های منفی قلبی-عروقی می‌گردند.[۳۶] یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر سلامت معنوی توسط افراد دارای بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسـه با افراد سـالم با یافته‌هـای با پژوهـش ابوهو[۱۴] که بیان کرد بین درجات پایین سلامت معنوی و بروز بیماری عروق کرونر قلب ارتباط معنادار وجود دارد، همچنین هدایتی، حضرتی، مومن نسـب، شـکوهی و افکاری[۱۶] که ارتباط معناداری بین سـلامت معنـوی و اضطراب در سـالمندان بسـتری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را یافتند، همچنین یافته‌های مطالعه آقایی‌پور، رجهی، هراوی و تدریسی[۱۸] که حاکی از معنی‌دار بودن ارتباط بین سـلامت معنوی و ابعاد آن با میـزان اضطراب بیماری نارسـایی قلبی بود و نیز کلارک و هانتر[۱۹] که در پژوهش خود بیان کردند مجموع نتایج یافته‌هـای سـی مطالعه، کـه از لحاظ روش تحقیق از هر دو روش کمی و کیفی استفاده کرده‌انـد، بیانگر ارتباط معنویت، سـلامت معنـوی و سـازگاری معنوی با مشـکلات و نارسـایی‌های قلبی بوده‌اند، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که سلامت معنـوی و معنویت باعث ایجـاد مثبت‌نگری و خوشـبینی، معنـا و هـدف در زندگـی، امیـدواری و انگیـزش، افزایـش توانمندی فردی، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سـازگاری با اسـترس‌ها و مشکلات می‌شـود، که تمامی این موارد در بهبودی، بهزیسـتی و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیـک، ایمونولوژیـک و روانی-اجتماعی نقش دارد.[۳۷] علاوه براین توجه به معنویت موجب فعال‌سازی مسوولیت‌پذیری شخص در زمینه دسته‌ای از اصول و باورهای دینی می‌گردد که دارای اثرات جسـمانی نیز می‌باشـند. کنش‌های معنوی موجب افزایش سلامت جسـمانی شده و تعاملات اجتماعی را افزایـش می‌دهند و حمایـت اجتماعی را به‌عنوان یک منبع ارتقای سـلامت جسـمی فراهم می‌آورد، اعمـال معنوی می‌تواند خود بهبـودی را افزایـش دهد، به‌طـوری که در مکانیسم سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

رضایتمندی ناشـی از ثمرات معنوی از طریق تاثیر بر مکانیسم‌های شناخته شده مغزی و به وسـیله نوروپتیدهای پیام‌رسان روی سیستم‌ها و اندام‌های بـدن از جمله قلب و عروق تاثیر تقویت کننده دارد[۳۸] که نتیجه این تاثیرات پیشـگیری، افزایش تحمل و بهبود سـریعتر بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد.

یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر سرمایه روان‌شاختی توسط افراد دارای بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم با یافته‌های خیرجو، فرشـباف و علایی[۲۲] که بیان کرد میانگین نمرات سـرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی کمتر از افراد سـالم می‌باشد، همچنین یافته‌های پژوهش هافمـن، لگلر و بوهم[۲۳] کـه بیانگر ارتباط پریشـانی روان‌شـناختی با افزایش خطر بـروز بیماری‌های قلبی-عروقی بود، و نیز خیام‌نکویی، نشاط‌دوست، یوسفی، صادقـی و منشـایی[۲۴] کـه در مطالعه‌ای مـروری بیان کردنـد؛ عوامل روان‌شـناختی نقش بسیار مهمی را به‌عنوان عوامل محافظتی یا عوامل خطر در بـروز بیماری عروق کرونر قلـب بـازی می‌کنـد، همچنیـن یافته‌های پژوهش دهرت، دتراکس و ونکمفورت[۳۹] که بیان کـرد وجود اختلالات روانی احتمال ابتلا به بیماری عـروق کرونر قلب را افزایش می‌دهد، همسو می‌باشـد. در تبیین این یافته می‌تـوان گفـت که سـرمایه روان‌شـناختی زمینه‌سـاز بروز رفتارهای مرتبط با سـلامت از جمله سـیگار نکشـیدن، مصرف نکردن الـکل، فعالیت جسـمانی، زمـان و کیفیت مناسب خواب، تغذیه سـالم، مدیتیشن و نیز تاثیرگذار بر تعـدادی از عوامـل بیولوژیکی همچـون اینترلوکین شـش و ده و فیبرینوژن به‌عنوان واسـطه‌های سـلامت می‌باشـد که تمامـی این مـوارد در کاهش بـروز بیماری عروق کرونر قلب موثر اسـت.[۲۰] همچنین افـرادی که دارای درجات پایینی از سـرمایه روان‌شـناختی هسـتند دچار مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی می‌باشند[۴۰] و تعدادی از پژوهش‌هـا بیانگر ارتباط بین افسـردگی،[۴۱] اضطراب[۴۲] و به‌طور کلی مشـکلات روان‌شـناختی[۲۳] با بروز بیماری عـروق کرونر قلب می‌باشـند. در مجموع با توجه به یافته‌های ایـن پژوهش می‌توان نتیجه گرفـت که میزان حمایت اجتماعی ادراک شـده، سـلامت معنوی و سـرمایه روان‌شـناختی از متغیرهای مرتبط با بیماری عروق کرونر قلبی می‌باشـد؛ به نوعی که بیماران عروق کرونر قلبـی درجات پایینتری از حمایت اجتماعی ادراک شـده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در مقایسه با افراد سالم تجربه می‌کنند.

محدودیت‌ها: هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درسـتی در تفسـیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر این بود که صرفا برای مقایسـه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سـالم شهر مشهد انجام شده است و قابل تعمیم به بیماران و افراد سالم دیگر شهرها و یا سایر گروه‌ها نمی‌باشد. همچنین برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سـرمایه روان‌شناختی از پرسشـنامه خودگزارش‌دهی استفاده گردید و امکان اسـتفاده از سایر روش‌ها از جمله مصاحبه بالینی فراهم نگردید که با وجود بالا بودن شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه‌ها، در هر صورت یک مقیاس خودگزارش‌دهی هسـتند و بنابراین احتمال گزارش بیش از اندازه و یا کمتر از اندازه واقعی در پاسخ‌ها وجود دارد و با توجه به این که تکمیل پرسشـنامه‌های مرتبط با متغیرهای مورد مطالعه، نیاز به حداقل سـواد را دارد و از طرف دیگر عـده‌ای از مراجعه‌کنندگان که از سـطح تحصیلات پایینی برخوردار بودند، بنا به اجبار حذف شدند، لذا لازم است در تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به همه افراد جامعه احتیاط لازم صورت پذیرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران آتی با لحاظ نمودن این محدودیت‌هـا به تکرار این‌چنین پژوهش‌هایی اقدام نمایند تا قابلیت تعمیم‌پذیری آن افزایش یابد.

پیشـنهادها: در مجموع با توجه به یافته‌هـای این پژوهش که بیان کرد میزان حمایت اجتماعی ادراک شـده، سـلامت معنوی و سرمایه روان‌شـناختی از متغیرهای مرتبط با بیماری عروق کرونر قلبی می‌باشد؛ به نوعـی که بیماران عـروق کرونر قلبی درجات پایینتـری از حمایت اجتماعی ادراک شـده، سلامت معنوی و سـرمایه روان‌شناختی را در مقایسـه با افراد سالم تجربه می‌کنند، پیشـنهاد می‌شود مسوولین محترم مرتبط با جامعه بیماران عروق کرونر قلبی برنامه‌ریزی در جهت مداخله زودهنـگام به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی ادارک شـده، سـلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در دستور کار خود قرار دهند.

سپاسگزاری: بدین‌وسیله از همکاری کارمندان بیمارستان شریعتی مشهد، بیماران عروق کرونر قلبی این بیمارستان و افراد سالم شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شـده و تعارض

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

منافع میان نویسندگان وجود ندارد.

منابع

References:

1. Changal K, Masroor S, Elzanaty A, Patel M, Mir T, Khan S, et al. Meta-analysis comparing multiple arterial grafts versus single arterial graft for coronary-artery bypass grafting. The American Journal of Cardiology. 2020.
2. Thompson G, Davison GW, Crawford J, Hughes CM. Exercise and inflammation in coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. Journal of Sports Sciences. 2020;38(7):814-26.
3. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's heart disease e-book: A textbook of cardiovascular medicine. Elsevier Health Sciences; 2018.
4. Safdari R, Ghasempour M, Khosravi H, Mehraeen E. Developing database systems for coronary artery's patients Hajar hospital in Shahr-e-Kord 2017. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation. 2019;8(1):93-100.
5. Han K, Lu Q, Zhu W, Wang T, Du Y, Bai L. Correlations of degree of coronary artery stenosis with blood lipid, CRP, Hcy, GGT, SCD36 and fibrinogen levels in elderly patients with coronary heart disease. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2019;23(21):9582-9.
6. Gidron Y. Psychosocial factors in coronary heart disease. Behavioral Medicine: Springer; 2019. p. 59-80.
7. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of anxiety, stress, and depression with spiritual health in patients with acute coronary artery disease.Journal of Education and Community Health. 2017;4(2):28-34.
8. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102(13):1009-16.
9. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM, Castelnuovo G, Baldassari E, Bonardi A, et al. Social support, depression, and heart disease: A ten year literature review. Frontiers in Psychology. 2013;4:384.
10. Sadri Damirchi E, Honarmand Ghojebegloo P, Amir SMB, Gholizade B. Predicting risk-taking behaviors based on the role of perceived social support components, emotional expression and brain-behavioral systems in addicts. The Horizon of Medical Sciences. 2019;25(4):282-97.
11. Basir Amir SM, Ghamari H, Kiani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the components of perceived social support in addicts. Journal of Police Medicine. 2019;8 (3) :99-104.[Persian].
12. Safavi SH. Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents. Journal of Geriatric Nursing. 2015;(3) :34-46. [Persian].
13. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976.
14. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review. Quality of Life Research. 2018;27(11):2777-97.
15. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at Kerman university of medical sciences. Journal of Hayat. 2014;19(4):74-81. [Persian].
16. Hedayati E, Hazrati M, Nasab MM, Shokoohi H, Afkari F. The relationship between spiritual well-being and anxiety of aged people admitted in coronary care units. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;11(3):432-9. [Persian].
17. Terjesen MD, Jacofsky M, Froh J, DiGiuseppe RA. Integrating positive psychology into schools: Implications for practice. Psychology in the Schools. 2004;41(1):163-72.
18. Aghaeipour Amshal E, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrisi D. Relationship between spiritual wellbeing with anxiety in elderly patients with chronic heart failure who referred to allocated hospitals in Tehran city(2015). Iranian Journal of Nursing Research. 2016;10 (4) :145-154. [Persian].
19. Clark CC, Hunter J. Spirituality, spiritual well-being, and spiritual coping in advanced heart failure: Review of the literature. Journal of Holistic Nursing. 2019;37(1):56-73.
20. Shad B, Salari A, Dalvandi B, Hasandokht T, Kheirkhah J, Nourisaeed A, et al. Psychological well-being in cardiac patients and healthy people in Guilan. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2018;20(3):185-93. [Persian].
21.Amouei N, Ajam A. The role of psychological capital in predicting students' academic enthusiasm school of nutrition and food Shahid Beheshti university of medical Sciences. Research in Medical Education. 2017;9(2):75-66. [Persian].

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]

22. Kheyrjoo E, Taher M, Farshbaf F, Alaei P. The comparison of tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies between cardiac patients and healthy People. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;5(18): 141-152. [Persian].
23. Huffman JC, Legler SR, Boehm JK. Positive psychological well-being and health in patients with heart disease: a brief review. Future Cardiology. 2017;13(5):443-50.
24. Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghi M, Manshaee G. Psychological factors and coronary heart disease. ARYA Atherosclerosis. 2013;9(1):102.
25. Tsilika E, Galanos A, Polykandriotis T, Parpa E, Mystakidou K. Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in Greek nurses. Canadian Journal of Nursing Research. 2019;51(1):23-30.
26. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. The Quarterly Journal of Psychological Studies. 2009; 5(3): 81-102. [Persian].
27. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory. Research and Therapy. 1982:224-37.
28. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hoseini F. The effect of prayer on spiritual health in patients with cancer. Payesh. 2006;5(4):295-304. [Persian].
29. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology. 2007;60(3):541-72.
30. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. International Journal of Nursing Practice. 2017;23(4).
31. Djekic D, Fagman E, Angerås O, Lappas G, Torén K, Bergström G, et al. Social support and subclinical coronary artery disease in middle-aged men and women: Findings from the pilot of Swedish CArdioPulmonary bioImage study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(3):778.
32. Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. Psychosomatic Medicine. 2010;72(3):229-38.
33. Mohammad Hosseini Nejad S, Malihe Azakerini S, Neshat H. The correlation between coronary artery bypasses grafting, perceived stress, spiritual intelligence, Islamic lifestyle and social support. Journal of Health Promotion Management. 2018;7(2):36-43.
34. Orth-Gomér K, Horsten M, Wamala S, Mittleman M, Kirkeeide R, Svane B, et al. Social relations and extent and severity of coronary artery disease: The Stockholm female coronary risk study. European Heart Journal. 1998;19(11):1648-56.
35. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. Psychosomatic Medicine. 2009;71(8):836.
36. Robles TF, Kiecolt-Glaser JK. The physiology of marriage: Pathways to health. Physiology & Behavior. 2003;79(3):409-16.
37. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. Medical Ethics Journal. 2010;5(14):105-12. [Persian].
38. Abbasian L, Abbasi M, Gooshki ES, Memariani Z. Survey on the scientific position of the spiritual health and its role in preventing from diseases: A preliminary study. Medical Ethics Journal. 2016;5(14):83-104. [Persian].
39. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2018;20(1):31.
40. Liu L, Chang Y, Fu JL, Wang JN, Wang L. The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: A cross-sectional study. BMC Public Health. 2012;12(1):219.
41. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: A metal-analysis and systematic review. The Journal of the American Medical Association. 2011;306(11):1241-9.
42. Hagström E NF, Stebbins A, Armstrong PW, Chiswell K, Granger CB, López-Sendón J, Pella D, Soffer J, Sy R, Wallentin L. Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. Journal of Internal Medicine. 2018;283(1):83-92.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.6.1]