

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 questionnaire (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley 1988), The Spiritual Well-Being Scale (SWBS) (Paloutzian & Ellison, 1982), and The Psychological Capital Questionnaire (PCQ) (Luthans, Avolio, Avey, & Norman 2007) 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

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

واژگان کلیدی

حمایت اجتماعی ادراک شده

سلامت معنوی

سرمایه روانشناختی

بیماری عروق کرونر قلبی

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. جامعه‌آماري 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 فارلی ۱۹۸۸، پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزاین و الیسون ۱۹۸۲ و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز، آولیو، اوی و نورمن ۲۰۰۷ 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 ($P < 0/01$) 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 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 به منظور افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روانشناختی را در دستور کار خود قرار دهند.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

علی شیخ الاسلامی، سید محمد بصیرامیر و پژمان هنرمند قوجهیگلو. 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

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی، مهمترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جهان شناخته شده است. [۱ و ۲] 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 کشورهای 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 به طوری که در ایران چهل و سه و هفت دهم درصد از کل مرگ و میر مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی است. [۴] مشخصه پاتوفیزیولوژی این بیماری، رسوب غیرطبیعی چربی، مواد و بافت فیبروزی روی پوشش داخلی دیواره عروق خونی شریانی است. [۵] 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 [۶] و نیز معنوی [۷] بر پیدایش، سیر و درمان بیماری عروق کرونر قلب می‌باشند. 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] براساس پژوهش‌های صورت گرفته یکی از عوامل مرتبط با بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، عدم ادراک مناسب از حمایت اجتماعی می‌باشد. [۹] اکثر متخصصان و محققان عامل حمایت اجتماعی را به عنوان 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 این گونه بیان شده است که حمایت اجتماعی شامل کمک‌ها و حمایت‌های والدین، دوستان و دیگر افراد مهم زندگی است. [۱۰] حمایت اجتماعی را به عنوان "پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات و احساسات او اهمیت داده و به عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود" تعریف می‌کنند. [۱۱] مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از سیستم حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، نسبت به زندگی خود نگرش مثبت‌تری دارند و نیز در غلبه بر افسردگی و سازگاری با آسیب‌های ناشی از ناتوانی جسمی، حفظ عزت نفس و غلبه بر تنهایی موفق‌ترند. همچنین براساس شواهد پژوهشی افرادی که از سیستم 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 تأثیرات مثبتی دارد و نیز با کاهش پاسخ سمپاتی و کورتیزول به هنگام استرس ارتباط دارد، به این ترتیب ادراک مناسب از حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات مثبتی بر بسیاری از بیماری‌ها، از جمله بیماری قلبی-عروقی داشته باشد. [۱۳] از دیگر عوامل مرتبط با بروز بیماری عروق کرونر قلب سلامت معنوی می‌باشد. [۱۴] سلامت 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، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، 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 سلامت 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. [۱۶] نتایج سی صد و پنجاه مطالعه مختلف نشان داده است که افراد و بیماران دارای سلامت معنوی، شیوه زندگی سالم‌تری دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند و رضایت بیشتری از زندگی خود دارند. نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد. [۱۷] همچنین یافته‌های اپیدمیولوژیک 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، سلامت 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

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 محافظت‌کننده در برابر بیماری عروق 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. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران عروق کرونر قلبی مراجعه‌کننده 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 صرفاً جنبه پژوهشی دارد و تمام اطلاعات شخصی محرمانه خواهند ماند. همچنین خاطر نشان شد که نوشتن نام و نام خانوادگی به هیچ وجه ضرورت ندارد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس ساخته زیمت و فارلی ۱۹۸۸، [۲۵] مشتمل بر دوازده سوال و سه خرده مقیاس است و براساس نمره‌گذاری طیف لیکرت پنج درجه‌ای و از کاملاً مخالف برابر یک تا کاملاً 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 فارلی ۱۹۸۸ در حد مطلوب گزارش شده است. [۲۵] سلیمی، جوکار و نیک‌پور ۱۳۸۸ پایایی مقیاس را با استفاده از

از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز، اولیو، اوی و نورمن ۲۰۰۷ 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 خرده مقیاس شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً 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، اولیو، 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.

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 الیسون ۱۹۸۲ 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 کاملاً مخالفم تا کاملاً 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، حسینی ۱۳۸۵ روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ هشتاد و دو صدم تعیین گردید. [۲۸]

پرسشنامه سرمایه روانشناختی: برای سنجش سرمایه روانشناختی

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 یک سال به بالا: بیست و چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و بیست و چهار نفر در گروه افراد سالم و پنج سال به بالا: بیست و چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و بیست و چهار نفر در گروه افراد سالم، در تحصيلات فوق‌دیپلم: یازده نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و یازده نفر در گروه افراد سالم، در تحصيلات لیسانس: هفت نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و هفت نفر در گروه افراد سالم و در تحصيلات فوق‌لیسانس: چهار نفر در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و پنج نفر در گروه افراد سالم قرار دارند. 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 و هشتاد و شش صدم، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در گروه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم به‌ترتیب شصت و هفت و پنج صدم / یازده و هفتاد و چهار صدم و هفتاد و هفت و بیست و هشتاد و دو و سی و دو صدم و میانگین و انحراف معیار سرمایه روانشناختی در گروه بیماران

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
تحصيلات	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

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

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

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

متغیرها	F	df1	df2	Sig
حمایت اجتماعی	۲/۳۶	۱	۹۸	۰/۰۹
خانواده ادراک	۱/۰۳	۱	۹۸	۰/۳۱
دوستان (دریافت) شده از	۱/۱۶	۱	۹۸	۰/۲۹
دیگران	۰/۰۱	۱	۹۸	۰/۹۶
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 (۴) تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه

آزمون‌ها	مقادیر	F	df	df	Sig
اثر	۰/۸۵	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
پیلای	۰/۸۵	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
لامبدای وینر	۰/۸۵	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
اثر	۵/۸۷	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
هتلینگ	۵/۸۷	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱
ریشه روی	۵/۸۷	۵۸/۷۰	۱۲	۸۷	۰/۰۰۱

که نتایج آن در جدول شماره چهار آمده

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

منبع	مؤلفه‌ها	SS	df	MS	F	Sig	اندازه‌ی اثر
گروه	حمایت اجتماعی	۱۰۵۴۷/۲۹	۱	۱۰۵۴۷/۲۹	۳۴۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
	خانواده ادراک	۱۸۶۶/۲۴	۱	۱۸۶۶/۲۴	۳۶۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	دوستان (دریافت) شده از	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
خطا	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 اجتماعی	۳۰۰۶/۹۰	۹۸	۳۰۰۶/۹۰	۳۰/۶۸		
	خانواده ادراک	۵۰۵/۱۲	۹۸	۵۰۵/۱۲	۵/۱۵		
	دوستان (دریافت) شده از	۸۲۹/۰۰	۹۸	۸۲۹/۰۰	۸/۴۶		
	دیگران	۵۴۲/۶۶	۹۸	۵۴۲/۶۶	۵/۵۴		
سلامت	معنوی	۱۱۹۶۵/۵۰	۹۸	۱۱۹۶۵/۵۰	۱۲۲/۰۹		
	مذهبی	۳۸۱۹/۷۰	۹۸	۳۸۱۹/۷۰	۳۸/۹۸		
	وجودی	۳۶۰/۰۰	۹۸	۳۶۰/۰۰	۳۷/۳۵		
	سرمایه روانشناختی	۲۲۰۸/۰۴	۹۸	۲۲۰۸/۰۴	۲۲۵/۳۱		
خطا	خودکارآمدی	۲۲۵۳/۷۸	۹۸	۲۲۵۳/۷۸	۲۲/۱۰		
	امیدواری	۳۸۷۴/۵۰	۹۸	۳۸۷۴/۵۰	۳۹/۲۴		
	تاب‌آوری	۳۸۰۹/۸۶	۹۸	۳۸۰۹/۸۶	۳۸/۸۸		
	خوش‌بینی	۲۵۳۸/۹۰	۹۸	۲۵۳۸/۹۰	۲۵/۹۱		

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 پیلای، لامبدای وینر، اثر هتلینگ و ریشه روی ($P < ۰/۰۵$) معنادار هستند. بدین ترتیب مشخص می‌شود که بین دو گروه، دست کم 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 نتیجه‌گیری

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

وجود داشت. ($P < 0/01$) 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 بود. در ادامه به بحث و نتیجه گیری پیرامون یافته های پژوهش پرداخته می شود.

یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر حمایت اجتماعی ادراک شده توسط افراد دارای بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم با یافته های کامپر، زاربو، منزونی، کستلنو و ولدساری [۹] که بیان کردند حمایت اجتماعی ادراک شده ضعیف به عنوان یک عامل خطر در بروز بیماری عروق کرونر قلب می باشد، همچنین کاراتاس و بوستانوگلو [۳۰] که ارتباط معناداری را بین درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شده و بیماری عروق کرونر قلب یافتند، و نیز پژوهش ونگ، دیجکیک و همکاران [۳۱] که بیانگر ارتباط درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شده با پیشرفت بیماری عروق کرونر قلب در زنان و مردان میان سال بود، همچنین پژوهش بارس، اشنایدر و ون کانل [۳۲] که با مروری سیستماتیک و فراتحلیل مطالعات پیشین گزارش داده اند؛ درجات پایین حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک عامل خطر در بروز بیماری عروق کرونر قلب می باشد و یافته های پژوهش حسینی نژاد، الذاکرینی و نشاط [۳۳] که بیان کردند، با افزایش نمره افراد در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده شانس ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب کاهش می یابد، همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد حمایت اجتماعی ناکافی زمینه ساز بروز بسیاری از مشکلات جسمانی، کاهش خودمراقبتی، کاهش کیفیت زندگی، افزایش شیوع بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن ها می باشد، به طوری که پژوهشگران بیان کرده اند حمایت اجتماعی ناکافی منجر به افزایش ضعف بیماران سالمند دارای بیماری قلبی-عروقی می گردد و همچنین احتمال بروز بیماری عروق کرونر قلب را در افراد سالم افزایش می دهد. [۳۰] حمایت اجتماعی مناسب سبب افزایش دسترسی افراد به مراقبت های پزشکی می شود که خود از عوامل جلوگیری کننده از بروز بیماری عروق کرونر قلب است. [۳۱] تعدادی از پژوهش ها نشان داده اند که برخی از عوامل مرتبط با سبک زندگی که منجر به بروز بیماری عروق کرونر قلب می شوند 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 کرده اند افرادی که از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردارند، توانایی بیشتری در تغییر سبک زندگی ناسالم و مرتبط با بروز بیماری عروق کرونر قلب را دارا می باشند. [۳۰] درجات مناسب حمایت اجتماعی می توانند پاسخ های قلبی-عروقی به استرسورهای شدید روانی را تعدیل کنند [۳۵] و از طرفی تعاملات اجتماعی منفی و درجات پایین حمایت اجتماعی منجر به افزایش پاسخ های منفی قلبی-عروقی می گردند. [۳۶] یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر سلامت معنوی توسط افراد دارای

بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم با یافته های با پژوهش ابو هو [۱۴] که بیان کرد بین درجات پایین سلامت معنوی و بروز بیماری عروق کرونر قلب ارتباط معنادار وجود دارد، همچنین هدایتی، حضرتی، مومن نسب، شکوهی و افکاری [۱۶] که ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و اضطراب در سالمندان بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی را یافتند، همچنین یافته های مطالعه آقای پور، رجهی، هراوی و تدریسی [۱۸] که حاکی از معنی دار بودن ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با میزان اضطراب بیماری نارسایی قلبی بود و نیز کلارک و هاتر [۱۹] که در پژوهش خود بیان کردند مجموع نتایج یافته های سی مطالعه، که از لحاظ روش تحقیق از هر دو روش کمی و کیفی استفاده کرده اند، بیانگر ارتباط معنویت، سلامت معنوی و سازگاری معنوی با مشکلات و نارسایی های قلبی بوده اند، همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که سلامت معنوی و معنویت باعث ایجاد مثبت نگری و خوشبینی، معنا و هدف در زندگی، امیدواری و انگیزش، افزایش توانمندی فردی، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس ها و مشکلات می شود، که تمامی این موارد در بهبودی، بهزیستی و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک و روانی-اجتماعی نقش دارد. [۳۷] علاوه بر این توجه به معنویت موجب فعال سازی مسوولیت پذیری شخص در زمینه دسته ای از اصول و باورهای دینی می گردد که دارای اثرات جسمانی نیز می باشند. کنش های معنوی موجب افزایش سلامت جسمانی شده و تعاملات اجتماعی را افزایش می دهند و حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع ارتقای سلامت جسمی فراهم می آورد، اعمال معنوی می تواند خود بهبودی را افزایش دهد، به طوری که در مکانیسم سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس

رضایت‌مندی ناشی از ثمرات معنوی از طریق تاثیر بر مکانیسم‌های شناخته شده مغزی و به وسیله نوروپتیدهای پیام‌رسان روی سیستم‌ها و اندام‌های بدن از جمله قلب و عروق تاثیر تقویت کننده دارد [۳۸] که نتیجه این تاثیرات پیشگیری، افزایش تحمل و بهبود سریعتر بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد.

یافته این پژوهش مبنی بر تجربه کمتر سرمایه روان‌شناختی توسط افراد دارای بیماری عروق کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم با یافته‌های خیرجو، فرش‌باف و علایی [۲۲] که بیان کرد میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی کمتر از افراد سالم می‌باشد، همچنین یافته‌های پژوهش هافمن، لگler و بوهلم [۲۳] که بیانگر ارتباط پریشانی روان‌شناختی با افزایش خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی بود، و نیز خیام‌نکویی، نشاط‌دوست، یوسفی، صادقی و منشایی [۲۴] که در مطالعه‌ای مروری بیان کردند؛ عوامل روان‌شناختی نقش بسیار مهمی را به‌عنوان عوامل محافظتی یا عوامل خطر در بروز بیماری عروق کرونر قلب بازی می‌کند، همچنین یافته‌های پژوهش دهرت، دتراکس و ونکمفورت [۳۹] که بیان کرد وجود اختلالات روانی احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب را افزایش می‌دهد، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرمایه روان‌شناختی زمینه‌ساز بروز رفتارهای مرتبط با سلامت از جمله سیگار نکشیدن، مصرف نکردن الکل، فعالیت جسمانی، زمان و کیفیت مناسب خواب، تغذیه سالم، مدیتیشن و نیز تاثیرگذار بر تعدادی از عوامل بیولوژیکی همچون اینترلوکین شش و ده و فیبرینوژن به‌عنوان واسطه‌های سلامت می‌باشد که تمامی این موارد در کاهش بروز بیماری عروق کرونر قلب موثر است. [۲۰] همچنین افرادی که دارای درجات پایینی از سرمایه روان‌شناختی هستند دچار مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی می‌باشند [۴۰] و تعدادی

از پژوهش‌ها بیانگر ارتباط بین افسردگی، [۴۱] اضطراب [۴۲] و به‌طور کلی مشکلات روان‌شناختی [۲۳] با بروز بیماری عروق کرونر قلب می‌باشند. در مجموع با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان 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 پایینی از حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در مقایسه با افراد سالم تجربه می‌کنند.

محدودیت‌ها: هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که صرفاً برای مقایسه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم 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 سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه خودگزارش‌دهی استفاده گردید و امکان استفاده از سایر روش‌ها از جمله مصاحبه بالینی فراهم نگردید که با وجود بالا بودن شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه‌ها، در هر صورت یک مقیاس خودگزارش‌دهی هستند و بنابراین احتمال گزارش بیش از اندازه و یا کمتر از اندازه واقعی در پاسخ‌ها وجود دارد و با توجه به این که تکمیل پرسشنامه‌های مرتبط با متغیرهای مورد مطالعه، نیاز به حداقل سواد را دارد و از طرف دیگر عده‌ای از مراجعه‌کنندگان که از سطح 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 محدودیت‌ها به تکرار این چنین پژوهش‌هایی اقدام نمایند تا قابلیت تعمیم‌پذیری آن افزایش یابد.

پیشنهاده‌ها: در مجموع با توجه به یافته‌های این پژوهش که بیان کرد میزان 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 پایینی از حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سرمایه روان‌شناختی را در مقایسه با افراد سالم تجربه می‌کنند، پیشنهاد می‌شود مسئولین 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.

سیاسگذاری: 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 شده و تعارض

منافع میان نویسندگان وجود ندارد.

منابع

References:

1. Chandal 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, Castelnovo 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, Tadrissi 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].

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 sub-clinical 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 meta-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.