

رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی عروقی: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۶

چکیده

مقدمه: بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان با چند عامل از جمله حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی رابطه قوی و معناداری در گروه‌های مختلف داشته است. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی با بهزیستی روان‌شناختی از طریق نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی عروقی بود.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه مردان سالمند مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند انجام شد. تعداد ۲۳۰ نفر از بین آنها انتخاب شدند و سپس به چهار پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران ۱۹۹۸، مقیاس خود بسندگی جلالی و همکاران ۱۳۸۸، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۱۹۸۹ و مقیاس سرمایه روان‌شناختی لوتانز پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل رگرسیون و روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی رابطه معنادار وجود ندارد؛ اما بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی و بین خود بسندگی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط معنادار وجود دارد؛ سرمایه روان‌شناختی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی نقش متغیر واسطه‌ای ندارد ($\beta=0/077$)، اما به عنوان میانجی بین خود بسندگی و بهزیستی روان‌شناختی عمل می‌کند ($t=41/2$) و ($\beta=0/14$)

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان دهنده نقش مؤثر حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی افراد سالمند می‌باشد و پیشنهاد می‌گردد که در مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای برای بهبود و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی این افراد مد نظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، بیماری قلبی عروقی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خود بسندگی، سرمایه روان‌شناختی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

علیرضا کاکاوند^۱

سمیه کشاورز^{۲*}

هانیه دشت‌دار^۳

فرهاد شیرمحمدی^۴

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

^۳ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

^۴ دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

Email: s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی از شایع‌ترین علل از کارافتادگی و مرگ و میر در بزرگسالان و سالمندان به شمار می‌رود. در چند دهه اخیر پژوهش‌های وسیعی در مورد علت‌شناسی بیماری‌های قلبی انجام گرفته و نقش عوامل روان‌شناختی از قبیل ویژگی‌های شخصیتی، الگوی رفتاری، واکنش‌پذیری جسمانی، خود درگیری، اضطراب و تنیدگی، افسردگی، خشم برون‌ریخته و فروخورده و بهزیستی روان‌شناختی در بروز بیماری‌های قلبی بررسی شده است.

بر اساس مطالعه سلیمانی و همکاران (۲۰۲۰) بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی منجر به کاهش عواقب روان‌شناختی منفی در بیماران قلبی می‌شود (۱).

بر اساس مطالعه نت و همکاران (۲۰۲۰) با توجه به ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی و بیماری‌های قلبی عروقی افزایش و ارتقاء سلامت روانی به ویژه در سالمندان حائز اهمیت می‌باشد (۲).

بهزیستی روان‌شناختی به عنوان ارزیابی‌های شناختی و مؤثر زندگی تعریف شده است، این ارزیابی علاوه بر قضاوت‌های شناختی، شامل واکنش‌های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی مشتمل بر احساس لذت، خوشایندی امور، دستیابی به اهداف، احساس تأمین خواست‌ها و نیازها، تجربه هیجانات مثبت در حین انجام وظایف و مسئولیت‌ها و احساس رضایت از خود و زندگی است (۳). در واقع، بهزیستی روان‌شناختی تنها فقدان آسیب‌های روانی نیست بلکه هدف، حضور جنبه‌های مثبت عملکرد مانند خلق مثبت، هدف در زندگی و همکاری اجتماعی می‌باشد (۴-۵).

سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی با یکدیگر ارتباط نزدیکی دارند که می‌توان با رضایت از زندگی، احساس خوشبختی و غم و اندوه، معنای زندگی و حس هدف را تشخیص داد (۶).

کارل ریف (۱۹۹۵) شش عامل را به عنوان مؤلفه‌های تشکیل دهنده بهزیستی روان‌شناختی تعیین کرد که شامل پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و استقلال که به معنای توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد. ماهیت بهزیستی روان‌شناختی از جمله کنش روابط بین فردی و حمایت‌پذیری آن باعث شده است مفهوم حمایت

اجتماعی در تجارب بهزیستی مورد بررسی قرار گیرد. نشان داده شده است که خانواده و دوستان، نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی ایفا می‌کنند، کمک آنها مهم‌ترین جزء حمایت اجتماعی است.

کیسر^۱ و همکاران نشان دادند که حمایت اجتماعی ممکن است تا حدودی بیماران نارسایی قلبی را از میزان مرگ و میر نجات دهد (۷).

حمایت اجتماعی این‌گونه تعریف شده است: هرگونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند (۸).

همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد (۹). زیمر و چن^۲ (۲۰۱۱) نیز نشان دادند حمایت

اجتماعی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی و رضایت از زندگی است و با تجارب تنیدگی‌زا رابطه منفی دارد (۱۰). همچنین یکی از متغیرهای تأثیرگذار در بهزیستی روان‌شناختی سرمایه روان‌شناختی می‌باشد. در یک فرآیند تحلیلی و تبیینی دامنه‌دار،

لوتانز بیان داشته است که بهزیستی روانی در درجه اول از عوامل فردی تأثیر می‌پذیرد که در این میان بر نقش سرمایه روان‌شناختی تأکید نموده است. از نظر وی سرمایه روان‌شناختی،

سازهای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را در

بردارد. این مؤلفه‌ها در یک فرآیند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های

فشارزا را تداوم داده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۱۱). این سازه مفهومی، زیرمجموعه‌هایی از

روان‌شناسی مثبت‌گراست که با ویژگی‌های زیر مشخص می‌شود: باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت در

انجام وظایف معین، ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موقعیت‌های اکنون و آینده، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری

راه‌های لازم برای رسیدن به موفقیت و تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقاء از آن تا

دستیابی به موفقیت‌ها (۱۲). امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری همواره با بهزیستی روانی ارتباط دارند. سرمایه

روان‌شناختی با بسیاری از کارکردهای روانی ارتباط دارد و

1. Kaiser

2. Zimmer & Chen

روش کار

مطالعه حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سالمند مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند، ۲۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. درباره‌ی حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری نظرات گوناگون وجود دارد ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری، شبیه تحلیل عامل از فنون آماری است که با نمونه بزرگ قابل اجرا می‌باشد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). بومسما (۱۹۸۳) به نقل از تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۱) حداقل حجم ۲۰۰ نفر برای برازش مدل را کافی دانسته است. آزمودنی‌ها به سه پرسشنامه مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MPSS) زیمت و همکاران (۱۹۹۸)، آزمون خودبستگی جلالی و همکاران (۱۳۸۹) و مقیاس سرمایه روان‌شناختی لوتانز پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل عدم سوءمصرف و وابستگی به مواد، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم ادامه همکاری با پژوهشگران بود. همچنین در فرآیند غربالگری پرسشنامه‌های ناقص نیز از پژوهش کنار گذاشته شدند.

پس از انتخاب نمونه به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که این آزمون و نتایج به دست آمده از آن تنها جنبه پژوهش دارد و تمام اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه ثبت خواهد شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون و روش تحلیل مسیر توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و نرم افزار ایموس نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ عبارتی است که توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی را در سه زیر مقیاس خانواده (عبارات ۳-۴-۸-۱۱) دوستان (عبارات ۶-۷-۹-۱۲) و دیگر افراد مهم (عبارات ۱-۲-۵-۱۰)

همایندی بالایی با بسیاری از متغیرهای مثبت‌نگر دیگر دارد و ممکن است میانجی ارتباط متغیرهای روان‌شناختی دیگر باشد.

متغیر دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد خودبستگی است. خودبستگی بیشتر یک صفت شخصیتی است و در تظاهرات رفتاری بروز می‌یابد. وجود این ویژگی در فرد میزان رضایت‌مندی از خود، قضاوت مثبت از توانمندی‌ها و اطمینان به انجام موفقیت آمیز وظیفه تعیین شده را نشان می‌دهد (جلالی، ناجی نیا، کاکاوند، ۱۳۸۹). به نظر می‌آید اعتماد به نفس و عزت نفس بیشتر با این مفهوم همبستگی مثبت داشته باشند. کافی دانستن خود در تصمیم‌گیری‌ها و بی‌نیازی در کمک خواستن از دیگران و عدم اتکاء به دیگران، خودبستگی را از سایر مفاهیم مشابه جدا می‌سازد. همچنین تقابل این مفهوم با احساس کهنتری بیشتر از سایر مفاهیم است. انجام فعالیت مستقل به رغم نبودن توجه و تأیید بیرونی، احساس خویشتن‌داری و توانایی در کار، مسئولیت‌پذیری، فقدان احساس کهنتری، داشتن افکار و انتظارات مثبت نسبت به خود، در افراد دارای این ویژگی به میزان زیادی وجود دارد (۱۳).

باتوجه به مطالب ذکر شده بهزیستی روان‌شناختی تحت تأثیر عوامل متفاوتی می‌باشد، لذا شناخت این عوامل در بهبود سلامت روان افراد جامعه حائز اهمیت زیادی است. درضمن، از آنجا که در مطالعات گذشته رابطه متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان‌شناختی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته و رابطه خودبستگی با بهزیستی روان‌شناختی نیز به ندرت مورد بررسی علمی قرار گرفته است؛ لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش مهم متغیرهای مذکور و سهم هر کدام در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. بنابراین، مهم‌ترین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا می‌توان براساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، خودبستگی و سرمایه روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کرد؟ و اینکه آیا سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین خودبستگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟

مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۴). هر بعد این مقیاس دارای ۴ گویه می‌باشد. پاسخ دهنده به هر سؤال که به صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق) است به پرسشنامه پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آن‌ها تقسیم می‌شود (۱۲). نمره هر زیرمقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیرمقیاس به دست می‌آید (۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران برای زیر مقیاس‌های شخص مهم دیگر و خانواده و دوستان به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ بوده است (۱۵). سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی این مقیاس را برای سه بُعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر کرده‌اند (۱۶). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است.

مقیاس خود بسندگی: آزمون خود بسندگی توسط جلالی، ناجی نیا و کاکاوند (۱۳۸۹) ساخته شده است. این ابزار دارای ۳۱ سؤال است که بر اساس دو وجه مثبت و منفی برای هر سؤال به صورت صفر و یک نمره گذاری می‌شود. نحوه پاسخ دهی به سؤال‌های پرسش نامه به این صورت است که مخاطب از بین دو وجه مثبت و منفی هر سؤال، یکی را که موافقت بیشتری با آن دارد انتخاب می‌کند. شاخص‌های پایایی پرسش نامه خود بسندگی با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دو نیمه کردن محاسبه شده است. پایایی آزمون از سوی سازندگان آن در روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و در روش دو نیمه کردن ۰/۸۳ محاسبه شده است که مؤید پایایی بالا و قابل ملاحظه‌ی پرسشنامه مذکور است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ به دست آمده است. برای محاسبه روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی، به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و همچنین به منظور تشخیص عوامل و تعیین ساختار، از روش چرخش واریماکس استفاده شده است. نمره کلی خود بسندگی در این آزمون از جمع نمرات هر شش عامل به دست می‌آید.

مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف: پرسشنامه بهزیستی روان شناختی توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است (۳). بر اساس پژوهش بیانی و همکاران (۲۰۰۸) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف از روایی و پایایی مناسبی برخوردار

است (۱۷). ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۷).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف یک مقیاس خودگزارشی است که در آن آزمودنی‌ها به تعدادی سؤال در مورد خودشان پاسخ می‌دهند که این پاسخ‌ها در قالب مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌باشند. نسخه کوتاه این پرسشنامه، ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس شامل ۳ عبارت) است. در این پرسشنامه که برای بزرگسالان تهیه شده است آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده و از جمع امتیاز ۱۸ عبارت نیز نمره بهزیستی روان‌شناختی کلی به دست می‌آید. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ به دست آمده است.

مقیاس سرمایه روان‌شناختی لوتانز: این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی آن نیز در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال است و آزمودنی در یک طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به سؤالات پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه ۶ زیرمقیاس دارد که برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. در پژوهش لوتانز و اولیو (۲۰۰۷)، نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

نتایج

آماري کولموگروف-اسمیرنوف، نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت و نرمال بودن توزیع نمرات مشخص شد (جدول ۱).

در این بخش برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از تحلیل مسیر و تحلیل رگرسیون استفاده شد. ابتدا با استفاده از آزمون

جدول ۱- آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

شاخص آماری مقیاس	Z	sig
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۸۳	۰/۵۱
خود بسندگی	۱/۲۲	۰/۹۰
سرمایه روان‌شناختی	۰/۹۹	۰/۴۱
بهبودی روان‌شناختی	۰/۹۷	۰/۳۹

تمام متغیرهای پژوهش به جز رابطه میان متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با خودبستگی، در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار می‌باشند ($p < 0.05$).

با توجه به اینکه اساس تحلیل مسیر بر مبنای ماتریس وارینانس- کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد روابط میان

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴
۱- حمایت اجتماعی ادراک شده				
۲- خود بسندگی	۰/۱۲			
۳- سرمایه روان‌شناختی	۰/۲۲*	۰/۱۷*		
۴- بهبودی روان‌شناختی	۰/۱۵*	۰/۲۳*	۰/۳۴*	

ساختاری و نرم افزار ایموس نسخه ۲۳ بهره برده شده است (جدول ۳).

$p > 0.05$ به منظور بررسی برازش مدل پژوهش و پاسخگویی به فرضیات پژوهش، از مدل‌سازی معادلات

جدول ۳- شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولیه

شاخص‌های برازش	مقدار	نام شاخص
حد مجاز کمتر از ۳	۲/۴۱	$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر از ۰/۱	۰/۰۶	RMSEA ^۴ (ریشه میانگین خطای برآورد)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۸	CFI ^۵ (برازندگی تعدیل یافته)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳	NFI ^۶ (برازندگی نرم شده)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۶	GFI ^۷ (نیکویی برازش)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	AGFI ^۸ (نیکویی برازش تعدیل شده)

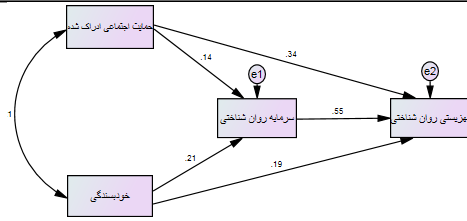
۴-Root Mean Square Error Approximation

۵- Comparative Fit Index

۶-Normed Fit Index

۷- Goodness of Fit Index

۸-Adjusted Goodness of Fit Index

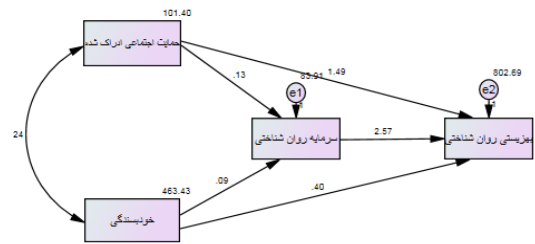


شکل ۲- مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

مدل در حالت ضرایب استاندارد شده بین مثبت یک و منفی یک محدود میشود و برای نشان دادن قدرت و جهت رابطه از آن استفاده میشود.

رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی با توجه به نقش میانجی سرمایه روان شناختی معنادار نمی باشد ($\beta=0/077$). بنابراین فرضیه مطرح شده در زمینه نقش میانجیگری سرمایه روان شناختی بر ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی با ۹۵٪ اطمینان رد می شود (جدول ۴).

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود شاخص های برازش مدل در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. در ادامه، ضرایب مسیر استاندارد شده و استاندارد نشده مدل ارائه شده است. با توجه به اینکه در مدل آزمون شده، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه های پژوهش هستند، به آزمون فرضیات پژوهش پرداخته شده است (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱- مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده

مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده معادل با وزن های رگرسیونی است که می توان بر اساس آن نمرات خام را محاسبه کرد.

جدول ۴- ضرایب معناداری اثرات غیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روان شناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
بهزیستی روان شناختی	حمایت اجتماعی ادراک شده	غیر مستقیم (بواسطه سرمایه روان شناختی)	۰/۳۳	۰/۷۷	۰/۰۹	۰/۸۳

که سرمایه روان شناختی به عنوان متغیر میانجی بین خودبستگی و بهزیستی روان شناختی عمل می کند با ۹۵٪ اطمینان مورد تأیید می باشد.

خودبستگی بر بهزیستی روان شناختی تأثیر غیرمستقیم داشته است. رابطه ی خودبستگی با بهزیستی روان شناختی به صورت غیر مستقیم برابر ($t = 2/41$ و $\beta = 0/14$) است (جدول ۵). بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با این

جدول ۵- ضرایب معناداری اثرات غیرمستقیم خودبستگی بر بهزیستی روان شناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
بهزیستی روان شناختی	خودبستگی	غیر مستقیم (بواسطه سرمایه روان شناختی)	۰/۲۴	۰/۱۴	۲/۴۱	۰/۳۰

ابعاد حمایت اجتماعی بر متغیر خودبستگی تأثیر معنادار ندارد (جدول ۶). بنابراین با ۹۵٪ اطمینان فرضیه پژوهش رد می گردد.

برای بررسی این فرضیه که کدام یک از ابعاد حمایت اجتماعی می تواند نقش مؤثری در پیش بینی خودبستگی ایفا کند از روش رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید.

جدول ۶- نتایج رگرسیون عوامل حمایت اجتماعی بر خودبستگی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ²	R ² _{adj}	Sig
رگرسیون	۱۶۳/۱۴	۳	۵۴/۳۸	۲/۲۳	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۸
باقیمانده	۳۹۴۰/۳۶	۱۶۲	۲۴/۳۲					
کل	۴۱۰۳/۵۰	۱۶۵						

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند گانه را برای بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد که مدل رگرسیون معنادار می‌باشد (جدول ۷). در پژوهش حاضر مقدار R² برابر ۰/۰۶ گزارش شده است به این معنا که عوامل حمایت اجتماعی ۰/۰۶٪ توانایی پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی را دارند و ۹۴٪ باقی مانده مربوط به سایر عوامل می‌باشد. همچنین ضریب تعیین تصحیح شده در این پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ۰/۰۴٪ توانایی پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی را دارند. با توجه به معنادار بودن کل مدل، از آزمون t برای بررسی تأثیر هر کدام از متغیرها در مدل استفاده شد.

جدول ۷- نتایج رگرسیون عوامل حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ²	R ² _{adj}	Sig
رگرسیون	۷۳۱/۱۵	۳	۷۱/۲۴۳	۱۷/۳	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۲
باقیمانده	۱۲۴۳۵/۰۵	۱۶۲	۷۶/۷۶					
کل	۱۳۱۶۶/۱۹	۱۶۵						

زیر مقیاس‌های افراد مهم در حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنادار دارد و مثبت بودن این ضریب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عامل، میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد (جدول ۸).

جدول ۸- ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون

متغیر پیش بین	ضرایب رگرسیون		آماره t	sig
	استاندارد نشده	استاندارد شده		
مقدار ثابت	۶۴/۲۷		۲۳/۲۱	۰/۰۰۱
خانواده	۰/۱۹	۰/۱۲	۱/۲۴	۰/۲۱
سایرین	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۹۹	۰/۳۲
افراد مهم	۰/۲۳	۰/۲۳	۱/۷۶	۰/۰۴

همچنین مدل رگرسیون معنادار است، به عبارتی حداقل یکی از متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک تأثیر معنادار دارد (جدول ۹). در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۱۱ شده است به این معنا که عوامل خودبستگی ۱۱٪ توانایی پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی را دارند و ۸۹٪ باقی مانده مربوط به سایر عوامل می‌باشد. همچنین ضریب تعیین تصحیح شده نشان می‌دهد مؤلفه‌های خودبستگی ۰/۰۷٪ توانایی پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی را دارند.

جدول ۹ - نتایج رگرسیون عوامل خودبستگی بر بهزیستی روانشناختی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ²	R ² _{adj}	Sig
رگرسیون	۱۳۷۵/۶۱	۶	۲۲۹/۲۷	۳/۱۰	۰/۳۲	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۰۰۷
باقیمانده	۱۱۷۵۹/۰۸	۱۵۹	۷۳/۹۵					
کل	۱۳۱۳۴/۷۱	۱۶۵						

بعلاوه، نتایج آزمون تی برای بررسی تأثیر معناداری متغیرها نشان داد که زیر مقیاس استقلال در خودبستگی بر بهزیستی روانشناختی تأثیر معنادار دارد و مثبت بودن این ضریب در واقع

جدول ۱۰ - ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون

متغیر پیشین	ضرایب رگرسیون		آماره t	Sig
	استاندارد نشده	استاندارد شده		
مقدار ثابت	۵۹/۹۹		۲۰/۷۹	۰/۰۰۱
استقلال	۱/۰۱	۰/۲۱	۲/۳۹	۰/۰۱
تسلط	۰/۵۱	۰/۰۶	۰/۸۱	۰/۴۲
اعتماد به نفس	۰/۶۵	۰/۰۸	۱/۰۸	۰/۲۳
جرات ورزی	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۲۴	۰/۸۱
عزت نفس	۱/۱۲	۰/۱۲	۱/۴۹	۰/۱۳
برنامه ریزی	۱/۳۹	۰/۸۶	۱/۶۱	۰/۱۱

بحث و نتیجه گیری

امروزه بهزیستی روانشناختی به عنوان یکی از موضوعات مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن مطرح است.

پژوهش حاضر نقش واسطه‌ای سرمایه روانشناختی را در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودبستگی با بهزیستی روانشناختی در سالمندان مرد دچار بیماری قلبی عروقی مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش نشان داد که سرمایه روانشناختی به عنوان متغیر واسطه‌ای بین خودبستگی و بهزیستی روانشناختی عمل می‌کند. این نتیجه همسو با پژوهش‌های هاشمی نصرت‌آباد و همکاران (۱۳۹۰) و نیسی، ارشدی و رحیمی (۱۳۹۰) است. مثبت بودن ضرایب مسیر متغیر ملاک در این پژوهش، نشان دهنده تأثیر مستقیم این متغیر است، به طوری که با افزایش خودبستگی، سرمایه روانشناختی و بهزیستی روانشناختی نیز افزایش می‌یابند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که سرمایه روانشناختی با بهزیستی

روانشناختی همبستگی مثبت و با مشکلات روانی همبستگی منفی دارد. در واقع می‌توان از سرمایه روانشناختی جهت مداخله و درمان بسیاری از اختلالات روانشناختی، بالا بردن نرخ امید و تلاش برای ارتقا سطح کیفیت زندگی افراد سالم، افزایش سطح بهزیستی روانشناختی افراد، بالا بردن مقاومت روانی و تقویت نیروی دفاعی در مقابل استرس و انواع پیشگیری جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی استفاده کرد. این موضوع با پژوهش ایلیاس و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد (۶). با توجه به اینکه بالا رفتن سرمایه روانشناختی در افراد به توانایی بیشتر برقراری ارتباط اجتماعی و بین فردی می‌انجامد، منجر به بالا رفتن سطح عزت نفس و اعتماد به نفس شده و اتکای فرد به خویش را که منجر به ایجاد خودبستگی می‌شود افزایش می‌دهد؛ افزایش سرمایه روانشناختی می‌تواند به بالا رفتن سطح خودبستگی و در نتیجه به بالا رفتن بهزیستی روانشناختی سالمندان منجر گردد. سرمایه روانشناختی منجر به افزایش

هیجانی و همچنین سلامت روان افراد دارد. مؤلفه استقلال مشخص می‌کند که چگونه فرد فشارهای اجتماعی را مدیریت می‌کند و خودش را چگونه ارزیابی می‌کند. فردی که در این بعد بالا ارزیابی می‌شود، خود تصمیمی و احساس استقلال دارد، در حالی که افرادی که در این بعد، پایین ارزیابی می‌شوند در مورد نظر دیگران نگران هستند. به نظر می‌رسد افراد دارای خود بسندگی بالا جرأت‌مندترند و خودکارآمدی بالاتری در روابط بین فردی و اجتماعی دارند و همین امر می‌تواند باعث بهزیستی روان شناختی بالاتر در این افراد شود.

اتخاذ سیاست‌ها و تدابیر مناسب جهت ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از اولویت‌های اکثر کشورهای توسعه یافته می‌باشد؛ چرا که دوران سالمندی با استفاده متوالی از خدمات سلامت، طولانی شدن پروسه درمان به دلیل فیزیک بدنی سالمندان (مانند افزایش بستری شدن در بیمارستان‌ها) و گرانی هزینه‌های دارویی، درمانی و توانبخشی همراه است که در مقایسه با دیگر گروه‌ها روند تصاعدی نیز دارد. توجه به عوامل روان‌شناختی محافظت کننده در برابر بروز بیماری‌های جسمی می‌تواند به کاهش معنی‌دار مشکلات جسمی از جمله بیماری‌های قلبی عروقی سالمندان منجر شود. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله، محدودیت در روایی بیرونی داشت. جامعه پژوهش حاضر شامل مردان سالمند مبتلا به بیماری قلبی- عروقی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر قزوین بود؛ لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیمارانی که در این پژوهش، پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعاملات گروهی بیشتر شده و تداوم و استمرار تعاملات اجتماعی را در پی دارد و تعاملات اجتماعی بیشتر نیز، منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به واسطه سرمایه روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنادار ندارد. بنابراین نمی‌توان گفت سرمایه روان‌شناختی به عنوان متغیر واسطه‌ای بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی عمل می‌کند.

به علاوه داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده پیش بینی کننده خودبستگی نمی‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره نمود که خود بسندگی بیشتر یک صفت شخصیتی است و در تظاهرات رفتاری بروز می‌یابد. از آنجا که فرد خود بسنده، برانجام بدون کمک و همیاری امور تأکید می‌کند و همیاری دیگران در به انجام رساندن هدف‌های مشترک موجب افت این باور در فرد می‌شود، به نظر می‌رسد به همین دلیل بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودبستگی رابطه معناداری وجود ندارد.

همچنین نتایج نشان داد که زیر مقیاس افراد مهم در حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنادار دارد و مثبت بودن این ضریب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عامل، میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. این یافته را می‌توان در چارچوب نظریه سپر حمایت اجتماعی تبیین کرد. بر اساس این رویکرد، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تأثیرات منفی استرس زیاد (که از عوامل مهم بروز و تداوم بیماری‌های قلبی و عروقی است)، بر سلامت فرد مؤثر است و برای فرد در زمانی که به استرس شدید دچار باشد نقش محافظتی دارد.

بعلاوه، تحلیل داده‌ها نشان داد خودبستگی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی نماید. به عبارتی با افزایش خودبستگی، میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه با نتایج پژوهش پوسادزکی، استوکل، موسوندا و تی سروفلیا (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. افراد با خودبستگی بالا، استقامت و پشتکار بیشتری داشته و کمتر مضطرب و افسرده‌اند. در واقع، خودبستگی نقش محوری در خودگردانی حالات

References

1. Soleimani MA, Zarabadi-Pour S, Motalebi SA, Allen KA. Predictors of Quality of Life in Patients with Heart Disease. *J Relig Health*. 2020 Aug;59(4):2135-2148. doi: 10.1007/s10943-019-00968-7. PMID: 31894523.
2. att Och Dag Y, Mehlig K, Rosengren A, Lissner L, Rosvall M. Negative emotional states and negative life events: Consequences for cardiovascular health in a general population. *J Psychosom Res*. 2020 Feb;129:109888. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109888. Epub 2019 Nov 29. PMID: 31835155.
3. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(1):10-28.
4. Khodabakhsh M, Kiani F. Investigation of relationship between adaptive and maladaptive humor style with psychological well-Being among nurses. *Hormozgan Med J*. 1392; 17(6): 541-551. Persian
5. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of Psychological Well-Being of the Elderly Based on the Power of Stress Management and Social Support. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13 (1)
6. Ilyas Z, Shahed S, Hussain S. An Impact of Perceived Social Support on Old Age Well-Being Mediated by Spirituality, Self-esteem and Ego Integrity. *J Relig Health*. 2020 Dec;59(6):2715-2732. doi: 10.1007/s10943-019-00969-6. PMID: 31897868.
7. kaiser p, Alleh N. The association of prediagnosis social support with survival after heart failure in the Cardiovascular Health Study. *Annals of Epidemiology* .2020;42:73-7.
8. Lai CC, Ma CM. The mediating role of social support in the relationship between psychological well-being and health-risk behaviors among Chinese university students. *Health psychology open*. 2016;3(2):2055102916678106.
9. Ranjbar S, Tasbihsazan S, Lotfi Kashani F. Investigating the Relationship between Perceived Social Support and Psychological Well-Being of Female Cancer Patients. *Journal of Research in Psychology and Education*.1394;1(1): 151-79.Persian.
10. Zimmer Z, Chen F-F. Social support and change in depression among older adults in Taiwan. *Journal of Applied Gerontology*. 2012;31(6):764-82.
11. 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.
12. Bahadori Khosroshahi J , Hashemi Nosratabad T , Babapour Kheirodin J. There lationship of psychological capital with social amongs tudents of Tabiz university. *Journal of Research & Health* 2012; 2: 145 -153. Persian.
13. Leibson Hawkins R. From self-sufficiency to personal and family sustainability: A new paradigm for social policy. *J Soc & Soc Welfare*. 2005;32:77.
14. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1990;55(3-4):610-7.
15. Hatamian P, Karami J, Momeni K. Relationship Between Perceived Social Support (Family, Friends and Other Important People) With the Tendency of Using Psychotropic Substances Among the Nurses of Hospitals in Kermanshah City. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;5(4):367-73.
16. 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. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2019;25(4):282-97.
17. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146-51.

Original Article

Relationships between Perceived Social Support and Self-Sufficiency with Psychological Well-Being in elderly patients with cardiovascular diseases: the Mediating Role of psychological capital

Received: 13/05/2020 – Accept: 16/12/2020

Alireza Kakavand¹
Somayeh Keshavarz^{2*}
Hanie Dashtdar³
Farhad Shirmohammadi⁴

1 Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

3 Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

4 Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Email: s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir

Abstract

Introduction: Psychological well-being in the elderly had a strong and significant relationship with several factors, including social support and self-sufficiency in different groups. The aim of the present study was to investigate the relationship between perceived social support and self-efficacy with psychological well-being through the mediating role of psychological capital in the elderly with cardiovascular disease.

Materials and Methods: This was a descriptive correlation study and statistical population included all elderly men with cardiovascular disease referred to the hospitals of Qazvin in 2019, which was performed by targeted sampling. A total of 230 people were selected and then answered to the four questionnaires of the perceived social support scale of Zimet et al. 1998, the self-sufficiency scale of Jalali et al. 2009, the psychological well-being scale 1989, and the Lutans Psychological Capital Scale. Data were analyzed by regression analysis test and path analysis method using Amos software version 20 and SPSS software version 16.

Results: The results of data analysis showed no significant relationship between perceived social support and self-sufficiency, but there is a significant relationship between perceived social support and psychological well-being and between self-sufficiency and psychological well-being of the elderly. Psychological capital does not play a mediating role between perceived support and psychological well-being ($\beta=0.077$), but acts as a mediator between self-sufficiency and psychological well-being ($\beta=0.14$, $t=41.2$).

Conclusion: This study shows the effective role of perceived social support and self-sufficiency and psychological capital in predicting the psychological well-being of the elderly and it is recommended that be considered in psychological and counseling interventions to improve and promote the psychological well-being of these people.

Key words: Cardiovascular disease, Perceived social support, Psychological capital, Psychological well-being, Self-sufficiency

Acknowledgement: There is no conflict of interest.