



The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Intimate Social Relationships and Distress Tolerance with a Health-Promoting Lifestyle in Cardiovascular Patients

Maedeh Mirzaei Malati¹, Majid Baradaran^{2*}, Leila Moghtader³

1- Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3-Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding author: Majid Baradaran, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: baradaran@pnu.ac.ir

Received: 15 Sep 2025

Accepted: 5 Nov 2025

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases occupy the first place among the causes of death worldwide. The present study aimed to determine the mediating role of psychological capital in the relationship between social intimacy and distress tolerance with a health-promoting lifestyle in cardiovascular patients.

Methods: The research design is descriptive-correlational. The statistical population of the study included cardiovascular patients in 1404 who referred to 3 specialized heart clinics in the cities of Rasht, Lahijan, and Astaneh Ashrafieh for outpatient examination. 265 people were selected using the convenience sampling method. Data were collected using a demographic questionnaire, the "Health-Promoting Lifestyle Profile 2", the "Social Intimacy Scale", the "Distress Tolerance Scale", and the "Psychological Capital Questionnaire". The validity of the instruments was measured using content validity in a qualitative way and reliability was measured using the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Statistical data analysis was performed using AMOS. 24 and SPSS .26.

Results: The proposed model has a good statistical fit ($\chi^2/df=1.94$, RMSEA = 0.062, CFI=0.957, GFI=0.946). The relationships of social intimacy mediated by psychological capital ($\beta=0.0957$, $P=0.001$) and distress tolerance mediated by psychological capital ($\beta=0.1073$, $P = 0.001$) predict health-promoting lifestyle.

Conclusion: Psychological capital, as a key mediator, plays an important role in the link between social intimacy and distress tolerance with a health-promoting lifestyle in cardiovascular patients. It is recommended that therapeutic and supportive interventions for cardiovascular patients, in addition to paying attention to clinical aspects, focus on strengthening social intimacy and distress tolerance skills with respect to psychological capital dimensions.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Distress Tolerance, Health-Promoting Lifestyle, Intimate Social Relationships, Psychological Capital.



نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمانه اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی

مأده میرزائی ملاطی^۱، مجید برادران^{۲*}، لیلا مقتدر^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: مجید برادران، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: baradaran@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۴

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی - عروقی جایگاه نخست را در میان علل مرگ در سراسر جهان به خود اختصاص داده‌اند پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمانه اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی انجام پذیرفت.

روش کار: طرح پژوهش توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل بیماران قلبی - عروقی در سال ۱۴۰۴ بود که به ۳ کلینیک تخصصی قلب شهرهای رشت، لاهیجان و آستانه اشرافیه معاینه سرپایی مراجعه داشتند. تعداد ۲۶۵ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲" (Health-Promoting Lifestyle Profile 2)، "مقیاس صمیمیت اجتماعی" (Social Intimacy Scale)، "مقیاس تحمل پریشانی" (Distress Tolerance Scale) و "پرسشنامه سرمایه روانشناختی" (Psychological Capital Questionnaire) استفاده شد. روایی ابزارها با استفاده از روایی محتوایی به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. تحلیل داده های آماری نرم افزارهای آموس نسخه ۲۴ و اس پی اس نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته ها: الگوی پیشنهادی از برازش آماری مطلوبی برخوردار است ($df/X^2=1/94$ ، $RMSEA=0/062$ ، $CFI=0/957$ ، $GFI=0/946$). روابط صمیمیت اجتماعی با میانجیگری سرمایه روانشناختی ($\beta=0/0957$ ، $P=0/001$) و تحمل پریشانی با میانجیگری سرمایه روانشناختی ($\beta=0/1073$ ، $P=0/001$)، سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت را پیش بینی می کنند.

نتیجه گیری: سرمایه روانشناختی به عنوان یک میانجی کلیدی، نقش مهمی در پیوند بین روابط صمیمیت اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی ایفا می کند. توصیه می شود مداخلات درمانی و حمایتی برای بیماران قلبی - عروقی، علاوه بر توجه به جنبه های بالینی، بر تقویت روابط صمیمیت اجتماعی و مهارت های تحمل پریشانی با توجه به ابعاد سرمایه روانشناختی تمرکز کنند.

کلیدواژه ها: بیماری های قلبی - عروقی، تحمل پریشانی، سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت، روابط صمیمانه، سرمایه روانشناختی.

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی به عنوان یک معضل بهداشت عمومی جهانی، جایگاه نخست را در میان علل مرگ در سراسر جهان به خود اختصاص داده‌اند (۱). طیف وسیعی از اختلالات پاتولوژیک که بر قلب و/یا عروق خونی تأثیر می‌گذارند، در این دسته قرار می‌گیرند (۲). مطالعات اپیدمیولوژیک مؤید ارتباط تنگاتنگ میان بیماری‌های غیرواگیر، به‌ویژه بیماری‌های قلبی - عروقی و عوامل مرتبط با سبک زندگی هستند؛ به نظر می‌رسد متغیرهای سبک زندگی از جمله کنترل وزن، سلامت روان، اجتناب از مصرف دارو نقش بسزایی در پیش‌بینی تغییرات فشار خون در بیماران سرپایی ایفا کنند (۳). بنابراین، ترویج و حفظ سبک زندگی سالم، یک راهبرد حیاتی در پیشگیری اولیه و ثانویه این بیماری‌ها محسوب می‌شود (۴). پیاده‌سازی مداخلاتی مبتنی بر شواهد، می‌تواند به طور چشمگیری در کاهش بار بیماری‌های قلبی - عروقی ارتقاء سلامت جامعه مؤثر باشد (۵). این شواهد، تأکیدی دوباره بر نقش محوری عوامل سبک زندگی و به‌ویژه مؤلفه‌های روانشناختی و اجتماعی مرتبط با آن در اتیولوژی بسیاری از بیماری‌های قلبی - عروقی است و بر اهمیت رویکردهای جامع درمانی و پیشگیرانه که اصلاح سبک زندگی را در کانون توجه قرار می‌دهند، صحه می‌گذارد.

از جمله مؤلفه‌های روانشناختی مهم و تعیین‌کننده که با ایجاد حس تعلق و حمایت عاطفی، بر تقویت رفتارهای سالم بر وضعیت سلامت قلب و عروق افراد اثر می‌گذارد، روابط صمیمانه (intimate relationships) است (۶). اصطلاح «صمیمیت» به‌طور کلی به یک رابطه بین‌فردی نزدیک یا احساس بودن در یک ارتباط شخصی نزدیک و متعلق به یکدیگر از دیدگاه فیزیکی و ذهنی اشاره دارد (۷). در این رابطه، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود و کیفیت روابط صمیمانه ممکن است بر پیشرفت بیماری عروق کرونر و سیر آن از طریق اثرات فیزیولوژیکی فشار روانی و احساسات تأثیر بگذارد (۸). به نظر می‌رسد رفتارهای سبک زندگی از عوامل خطر مهم برای بیماری عروق کرونر قلب هستند؛ و انگیزه می‌تواند برای تغییر سبک زندگی در افراد مبتلا به عروق کرونر قلب، تحت تأثیر کسانی باشد که با آن‌ها روابط طولانی‌مدت و صمیمی دارند (۹). علاوه بر این، مشخص شده است که رفتارهای بهداشتی و مرتبط با سلامت که به عنوان اهداف پیشگیری عمل می‌کنند،

تحت تأثیر این روابط قرار می‌گیرند. همچنین، عوامل میان‌فردی با رویداد پس از بیماری قلبی و کیفیت زندگی نیز مرتبط است. به عنوان مثال، سلامت عملکردی در میان بیماران قلبی - عروقی که ازدواج نکرده، از نظر اجتماعی منزوی شده‌اند، تنها هستند و کسانی که حمایت اجتماعی کمتری دارند، بدتر است (۱۰). در مجموع، کیفیت این روابط می‌تواند بر میزان تنش، حمایت اجتماعی دریافتی و انگیزه فرد برای اتخاذ رفتارهای سالم تأثیر بگذارد (۸).

تفاوت‌های فردی در زمینه تحمل حالات هیجانی منفی می‌تواند با اثرگذاری بر ارزیابی و قضاوت‌های فرد بر روی رعایت رفتارهای معطوف به سلامتی موثر باشد. به نظر می‌رسد میزان تحمل‌پریشانی (distress tolerance) که به عنوان تمایل به رویارویی با ناراحتی‌های درونی تعریف می‌شود (۱۱)، نقشی کلیدی در ارتقاء سبک زندگی سالم در بیماران قلبی عروقی ایفا می‌کند. بیمارانی که از سطوح بالاتری از تحمل‌پریشانی برخوردارند، قادرند تنش مرتبط با بیماری، ترس از عود، و محدودیت‌های جسمانی را بهتر مدیریت کنند. این توانایی، آن‌ها را در پایبندی به رفتارهای حیاتی مانند رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی منظم، ترک سیگار، و مصرف داروها یاری می‌رساند، که همگی به نوبه خود به بهبود پیامدهای بیماری و افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کنند (۱۲). در مقابل، تحمل‌پریشانی پایین می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی، اجتناب از مراقبت‌های بهداشتی، و افزایش رفتارهای پرخطر شود که همگی اثرات منفی بر سلامت قلبی - عروقی دارند. مطالعه Hahad و همکاران (۱۳)، نیز نشان داد که پریشانی روانی با خطر بالاتر بیماری‌های قلبی - عروقی و مرگ مرتبط است، در حالی که تاب‌آوری روانی ممکن است اثر محافظتی داشته باشد.

تعدادی از منابع درونی، به افراد کمک می‌کنند تا چالش‌ها را بهتر مدیریت کرده، انگیزه‌ی لازم برای پایبندی به رفتارهای سالم را حفظ کنند و در نهایت، به سطوح بالاتری از بهزیستی دست یابند. درک و تقویت منابع روانشناختی، مسیری ارزشمند برای ترویج سبک‌های زندگی سالم و بهبود کیفیت کلی زندگی افراد فراهم می‌آورد. یکی از این منابع روانشناختی مهم، که نقشی حیاتی در شکل‌گیری رفتارهای محافظت‌کننده سلامت ایفا می‌کند، سرمایه روانشناختی (psychological capital) است (۱۴). از نظر Luthans & Broad (۱۵)، سرمایه روانشناختی

پژوهش‌های پیشین را از الگوهای خطی حمایتی به یک الگوی تعاملی - تعدیلی پیشرفته ارتقا می‌دهد. این امر با روشن ساختن شرایط فعال‌سازی که تحت آن منابع حمایتی به پیامدهای سلامت تبدیل می‌شوند، شکاف تبیینی اصلی را پر می‌کند. در نتیجه، دلالت‌های بالینی این یافته‌ها بر اولویت‌دهی تقویت ظرفیت‌های شناختی - انگیزشی به عنوان پیش‌شرط موفقیت مداخلات، تأکید کرده و طراحی مداخلاتی متمرکز بر توانمندسازی درونی بیماران قلبی - عروقی را میسر می‌سازد. بدین ترتیب یافته‌های حاصل از شناسایی سازوکارهای روانشناختی به عنوان مکملی برای مداخلات پزشکی با هدف کاهش وابستگی به داروها یا افزایش اثربخشی آن‌ها، بنیانی علمی برای طراحی مداخلات آموزشی نوین فراهم می‌آورد که فراتر از رویکردهای سنتی، بر تقویت منابع درونی سرمایه‌روانشناختی (مانند امید و خودکارآمدی) و شبکه‌های حمایتی (روابط صمیمانه) در بیماران تمرکز دارند (۵، ۱۴). درک چگونگی تأثیرگذاری این مؤلفه‌ها بر پایداری بیماران به درمان و پذیرش تغییرات سبک زندگی، مستقیماً بر طراحی واحدهای آموزشی، کارگاه‌های مهارت‌آموزی و برنامه‌های توانبخشی قلبی تأثیرگذار خواهد بود. از این رو، مطالعه حاضر نه تنها به غنای دانش پایه در حوزه سلامت قلب و عروق می‌افزاید، بلکه چارچوبی عملی برای توانمندسازی یادگیرندگان (دانشجویان پزشکی، پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان) در ارائه آموزش‌های جامع‌تر و همدلانه‌تر به بیماران، و در نهایت، ارتقاء نتایج بالینی و کاهش بار اقتصادی و اجتماعی بیماری‌های قلبی - عروقی ارائه می‌دهد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمانه و سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی انجام شد.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را بیماران قلبی - عروقی در سال ۱۴۰۴ تشکیل می‌دادند که جهت معاینه سرپایی به ۳ کلینیک تخصصی قلب در شهرهای رشت، لاهیجان و آستانه اشرفیه مراجعه می‌نمودند، انتخاب شدند. علت انتخاب این بود که تنها این ۳ کلینیک تخصصی با ما همکاری داشتند. تعداد نمونه مورد نیاز با رویکرد Kline (۱۸)، و با در نظر گرفتن پیچیدگی الگوی معادلات ساختاری تعیین گردید.

به عنوان «وضعیت روانشناختی مثبت توسعه فرد» همراه با منابع امید، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی در توانمندسازی افراد برای مواجهه با چالش‌ها و ارتقای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مهم شناخته می‌شود. بر اساس مطالعات، با افزایش سطح سرمایه روانشناختی در افراد، سطح رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت نیز افزایش می‌یابد (۱۶). به عبارتی بین سرمایه روانشناختی مثبت با سواد سلامت در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن متعدد همبستگی مثبت وجود دارد (۱۷). همچنین، Maykrantz و همکاران (۱۴)، در مطالعه خود نشان دادند که سرمایه روانشناختی، در رابطه بین خودرهبری و رفتارهای محافظت‌کننده سلامت، نقش میانجی دارد.

شیوع فزاینده بیماری‌های قلبی - عروقی بر نظام سلامت جهانی، ضرورت بازنگری و ارتقاء راهبردهای آموزشی در حوزه پزشکی را بیش از پیش ایجاب می‌کند (۱۷، ۱۸). با اذعان به نقش حیاتی سبک زندگی در پاتوفیزیولوژی و پیشرفت بیماری‌های قلبی - عروقی (۴، ۵) درک عمیق‌تر عوامل تعیین‌کننده رفتارهای سلامت‌بخش، کلید طراحی برنامه‌های آموزشی اثربخش در سطح بالین و جامعه است (۱۹). با مروری بر پیشینه مطالعاتی، این مساله مشخص شد که در این زمینه ابهاماتی وجود دارد (۸، ۱۲) و هنوز الگویی که بتواند چگونگی سازوکارهای دخیل و متعامل در سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی را تبیین نماید، طراحی نشده است (۱۴). با وجود مطالعات متعدد و متنوع در رابطه با بیماران قلبی - عروقی در داخل و خارج از کشور، هیچ مطالعه‌ای تاکنون با هدف طراحی الگوی سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت در رابطه با بیماران قلبی - عروقی، با در نظر گرفتن مجموع متغیرهای روابط صمیمانه و سرمایه روانشناختی که ابعاد هیجانی و شناختی را به صورت توانمند مورد بررسی قرار دهد، صورت نگرفته است. با وجود شواهد گسترده‌ای که ارتباط مستقیم میان متغیرهای محافظت‌کننده نظیر روابط صمیمانه اجتماعی و تحمل‌پذیری با ارتقاء سبک زندگی در بیماران قلبی - عروقی را تأیید می‌کنند (۱۰، ۱۳)، ادبیات پژوهشی همچنان در تبیین سازوکارهای فعال‌ساز و زمینه‌ای این روابط دچار کاستی‌های ساختاری است؛ بدین معنا که تأثیر این عوامل حمایتی به صورت شرطی و وابسته به شرایط درونی فرد، مورد بررسی جامع قرار نگرفته است. این مطالعه با بررسی نقش تعدیل‌کننده سرمایه روانشناختی، چارچوب تبیینی

با توجه به استفاده از ۱۸ متغیر مشاهده شده (شامل نمره کل و زیرمقیاس‌ها)، تعدد نمونه‌ای مشتمل بر ۹۰ تا ۱۸۰ شرکت‌کننده (بر اساس نسبت ۵ تا ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر) به عنوان حداقل مورد نیاز برای اطمینان از قدرت آماری و پایداری نتایج در نظر گرفته شد. بنابراین، تعداد ۳۰۰ تن از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید تا ریزش احتمالی نمونه‌ها جبران شود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بالینی بیماری قلبی - عروقی، سن بالای ۱۸ سال و سپری شدن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری قلبی - عروقی بود. جهت اعمال معیارهای ورود و فرآیند صحیح غربالگری، انتخاب بیماران با همکاری متخصص بالینی در حوزه قلب و عروق و از طریق بررسی سوابق پزشکی و مصاحبه بالینی کوتاه صورت پذیرفت. معیار خروج نیز شامل عدم تکمیل از هر ابزار یک عبارت در پاسخگویی به ابزارهای مورد نظر تعریف گردید.

داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، نوع و مدت زمان بیماری و ابزارهای زیر جمع‌آوری گردید.

«نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» (Health-Promoting Lifestyle Profile II)، توسط Walker و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۸۷، برای ارزیابی رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت طراحی شده است. ابزار دارای ۵۲ عبارت و ۶ مولفه از رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت از جمله مسئولیت‌پذیری سلامت (health responsibility) (۹ عبارت)، فعالیت فیزیکی (physical activity) (۸ عبارت)، تغذیه (nutrition) (۸ عبارت)، خودشکوفایی (spiritual growth) (۱۱ عبارت)، مدیریت تنش (stress management) (۵ عبارت) و روابط بین‌فردی (interpersonal relations) (۸ عبارت) است. عبارت‌ها در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۴)، قرار دارد. نمره کلی با محاسبه میانگین پاسخ‌ها به مجموع عبارت‌ها به دست می‌آید. دامنه نمره بین ۵۲ تا ۲۰۸ و نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالای پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت است. نمره بین ۵۲ تا ۱۰۳، سطح پایین پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت، نمره بین ۱۰۴ تا ۱۵۵، سطح متوسط پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت و نمره بالاتر از ۱۵۶، سطح بالای پیروی از رفتارهای ارتقاءدهنده - سلامت را نشان می‌دهد. در مطالعه Walker و همکاران روایی سازه به روش تحلیل

عاملی اکتشافی «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» روی ۹۵۲ تن در کشورهای خاورمیانه بررسی و ۶ مولفه تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق برای کل مقیاس «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت - ۲» ۰/۹۴ و برای مولفه‌های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ ارزیابی شد (۱۹). در مطالعه Zambrano Bermeo و همکاران (۲۰) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» روی ۷۶۳ دانشجوی دانشگاه کلمبیا بررسی و ۶ مولفه تایید شد. پایایی به روش نمونه‌های فوق با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۹۴ محاسبه شد.

در مطالعه تاجانی و همکاران (۲۱)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» روی ۵۰۲ سالمند ایرانی بررسی و ۶ مولفه تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۷۸ و مولفه‌های آن بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شد. در پژوهش نوروزی مقدم و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» (۲۲)، روی ۳۰۰ بیمار دارای سنگ مجاری ادرار در شهر رشت بررسی و ساختار ۶ عاملی تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق برای کل ابزار ۰/۸۰ و مولفه‌های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است.

«مقیاس صمیمیت اجتماعی» (Miller Social Intimacy Scale) توسط Miller & Lefcourt در کانادا در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است. ابزار شامل ۱۷ عبارت در طیف ۱۰ درجه‌ای لیکرت از خیلی به ندرت یا کم (۱) تا تقریباً همیشه یا زیاد (۱۰) در ۲ گروه می‌باشد. ۶ عبارت برای فراوانی (frequency) صمیمیت اجتماعی تجربه شده (برای مثال: چند وقت یکبار احساس نزدیکی به او می‌کنید؟) و ۱۱ عبارت دیگر به شدت (intensity) صمیمیت اجتماعی تجربه شده (برای مثال: رابطه با او چقدر رضایت‌بخش است؟)، اختصاص داده شده است. عبارت‌های ۲ و ۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد از مجموع نمره‌های عبارت‌ها به دست می‌آید. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمره‌های همه عبارت‌ها به دست می‌آید. دامنه نمره بین ۱۷ تا ۱۷۰ و نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت

۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و تنظیم (regulation) شامل عبارت‌های ۸، ۱۳، ۱۴ طراحی شد. پاسخ دهی در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق = ۱ تا کاملاً مخالف = ۵ است. دامنه نمره بین ۱۵ تا ۷۵ خواهد بود. هرچه نمره حاصل بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر تحمل پریشانی خواهد بود و بالعکس. نمره ۱۵ تا ۳۰ به معنای تحمل پریشانی پایین، ۳۱ تا ۶۰ به معنای تحمل پریشانی متوسط و ۶۱ تا ۷۵ به معنای تحمل پریشانی بالا است. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۲۷).

Simons & Gaher (۲۷)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس تحمل پریشانی» روی ۸۲۳ فرد دارای اختلال سوءمصرف مواد بررسی و ۴ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۲ برای کل ابزار و برای زیر مقیاس‌های (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۶ ارزیابی شده است. در مطالعه Leyro و همکاران (۲۸)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی «مقیاس تحمل پریشانی» روی ۱۷۳ فرد سیگاری در ایالات متحده آمریکا بررسی و ۴ عامل مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۹۱ و زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ به دست آمده است. در پژوهش رضایی و صداقتی فرد (۲۹) روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس تحمل پریشانی» مورد تایید ۵ تن از مدرسین روانشناسی صاحب نظر در حوزه خانواده و زوج درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار قرار گرفت. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۷۵ تن از متاهلین شهرک اندیشه بررسی و ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش عزیزی (۳۰)، روایی ملاکی به روش روایی همزمان «مقیاس تحمل پریشانی» با «مقیاس عاطفه مثبت» (Positive and Affect Scales) روی ۳۱۷ دانشجوی وابسته به نیکوتین در دانشگاه تهران بررسی و ۰/۵۴۳، با «مقیاس عاطفه منفی» (Negative Affect Scales) برابر با ۰/۲۲۴- و با «آزمون فاگسترورم برای وابستگی به نیکوتی» (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) برابر با ۰/۶۵۳- مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است.

اجتماعی بیشتر است. هرچه نمره حاصل بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر صمیمیت اجتماعی خواهد بود و بالعکس. نمره ۱۷ تا ۶۷ به معنای صمیمیت اجتماعی پایین، ۶۸ تا ۱۱۸ به معنای صمیمیت اجتماعی متوسط و ۱۱۹ تا ۱۷۰ به معنای صمیمیت اجتماعی بالا است (۲۳).

در مطالعه Miller & Lefcourt روایی سازه به روش روایی و اگرایی «مقیاس صمیمیت اجتماعی» با «مقیاس خودپنداره» (Self-Concept Scale) روی ۲۵۲ دانشجوی مجرد در دانشگاه واترلو در کانادا، بررسی و ۰/۴۸- و روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس روابط بین فردی» (Interpersonal Relationship Scale) بررسی و ۰/۷۱، گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۱ و ثبات به روش باز آزمون، در فواصل زمانی ۱ و ۲ ماه بررسی و ۰/۹۶ و ۰/۸۴ گزارش شد (۲۳). در مطالعه Nigar و همکاران (۲۴) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس صمیمیت اجتماعی» روی ۱۷۷ دانشجوی بنگلادشی بررسی و ساختار ۲ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۷۹، زیرمقیاس شدت صمیمیت اجتماعی ۰/۷۹، و زیر مقیاس فراوانی صمیمیت اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمده است.

در مطالعه دانش پور و همکاران (۲۵)، روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس صمیمیت اجتماعی» توسط ۳ عضو هیات علمی دانشگاه تهران صاحب نظر در حوزه روانشناسی تربیتی مورد تایید قرار گرفته است. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۳۰ دانش‌آموزان مقطع متوسطه مناطق ۹ گانه شهر تهران بررسی و برای کل ابزار ۰/۷۹ به دست آمده است. در پژوهش تجربه‌کار و همکاران (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس صمیمیت اجتماعی» روی ۳۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان بررسی و ساختار تک عاملی مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه‌های فوق برای کل ابزار ۰/۸۸ به دست آمده است.

«مقیاس تحمل پریشانی» (Distress Tolerance Scale) توسط Simons & Gaher در آمریکا در سال ۲۰۰۵ با ۱۵ عبارت و ۴ زیر مقیاس شامل جمله تحمل (tolerance) شامل عبارت‌های ۱، ۳، ۵، جذب شدن (absorption) شامل عبارت‌های ۲، ۴، ۱۵، ارزیابی (appraisal) شامل عبارت‌های

«پرسشنامه سرمایه روانشناختی» (Psychological Capital Questionnaires) توسط Luthans، در کانادا در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. این ابزار شامل ۲۴ عبارت با ۴ مولفه خودکارآمدی (self-efficacy) (عبارت های ۱ تا ۶)، امید (hope) (۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (resiliency) (۱۳ تا ۱۸) و خوشبینی (optimism) (۱۹ تا ۲۴)، در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) طراحی شده است. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانشناختی، ابتدا نمره هر مولفه به صورت جداگانه بدست می‌آید و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود. نمره هر سازه بین ۶ تا ۳۶ و نمره کل آن بین ۲۴ تا ۱۴۴ متغیر است. هرچه نمره حاصل بیشتر باشد، نشان دهنده سطح بالای سرمایه روانشناختی خواهد بود و بالعکس. نمره ۲۴ تا ۶۰ به معنای سرمایه روانشناختی پایین، ۶۱ تا ۱۰۷ به معنای سرمایه روانشناختی متوسط و ۱۰۸ تا ۱۴۴ به معنای سرمایه روانشناختی بالا است (۳۱).

در پژوهش Luthans و همکاران (۳۱)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی از نوع اکتشافی «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» روی ۱۴۰۱ تن از مدیران و دانشجویان آمریکایی بررسی و ۴ عامل مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای مولفه‌های خودکارآمدی ۰/۷۵، امید‌آوری ۰/۷۲، تاب‌آوری ۰/۷۱ و خوشبینی ۰/۷۴، و برای کل آزمون ۰/۸۹ گزارش گردید. در مطالعه Mónico و همکاران (۳۲)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» روی ۱۱۱۷ کارگر پرتغالی بررسی و ۴ عاملی تأیید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۹۱ و مولفه‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ به دست آمده است.

در مطالعه صرامی فروشانی و همکاران (۳۳)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» روی ۶۵۰ تن از کارکنان یک شرکت بررسی و ۴ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۸۵ به دست آمده است. در پژوهش ناد (۳۴)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» روی ۳۲۵ تن از کارکنان آموزش و پرورش بررسی و ۴ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا

کرونباخ روی نمونه‌های فوق برای کل ابزار ۰/۸۵ و برای مولفه‌های خودکارآمدی ۰/۸۷، امید‌آوری ۰/۸۳، تاب‌آوری ۰/۷۳ و خوشبینی ۰/۷۰ ارزیابی شد.

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲»، «پرسشنامه صمیمیت اجتماعی»، «مقیاس تحمل پریشانی» و «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» مورد تایید ۳ تن از مدرسین در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۶۵ بیمار قلبی - عروقی بررسی و برای مولفه‌های «نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ۲» از جمله مسئولیت‌پذیری سلامت ۰/۸۵، فعالیت فیزیکی ۰/۸۶، تغذیه ۰/۶۷، خودشکوفایی ۰/۷۶، مدیریت تنش ۰/۶۷ و روابط بین‌فردی ۰/۷۳ و کل ابزار ۰/۹۱؛ همچنین برای کل ابزار «مقیاس صمیمیت اجتماعی» ۰/۸۳؛ برای مولفه‌های «مقیاس تحمل پریشانی»، از جمله تحمل ۰/۷۶، جذب ۰/۶۴، ارزیابی ۰/۶۲ و تنظیم ۰/۶۷ و کل مقیاس ۰/۹۴؛ و برای مولفه‌های «پرسشنامه سرمایه روانشناختی» شامل خودکارآمدی ۰/۹۲، امید‌آوری ۰/۶۲، تاب‌آوری ۰/۸۵ و خوشبینی ۰/۶۷ و کل ابزار ۰/۸۴ گزارش گردید.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پروپوزال، کسب مجوز و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، به ۳ کلینیک تخصصی قلب و عروق برای اجرای پژوهش مراجعه شد. فرآیند انتخاب نمونه‌ها طی ۲ ماه، با همکاری متخصص بالینی قلب و عروق و از طریق بررسی سوابق پزشکی و مصاحبه بالینی کوتاه انجام پذیرفت. این روش ترکیبی، ضمن بهره‌گیری از دانش تخصصی، دقت لازم را در گزینش نمونه‌ها تضمین می‌کرد. بررسی سوابق پزشکی با هدف شناسایی جامعه هدف اولیه، تأیید تشخیص و وضعیت بیماری، کاهش سوگیری در انتخاب نمونه و ارائه اطلاعات زمینه‌ای بود. مصاحبه بالینی کوتاه نیز جهت تأیید و تکمیل اطلاعات سوابق پزشکی، غربالگری نهایی و اطمینان از معیارهای ورود، ارزیابی درک و رضایت آگاهانه، جمع‌آوری اطلاعات کیفی اولیه و در نهایت ایجاد ارتباط اولیه با شرکت‌کننده بود.

پس از مشخص شدن بیماران دارای معیارهای ورود، در ابتدا به صورت فردی به منظور رعایت اصول اخلاقی در

سنی ۱۹-۸۷ سال، ۱۴۷ تن (۶۵/۷ درصد) زن و ۹۱ تن (۳۴/۳ درصد) مرد، از نظر وضعیت تاهل ۶۶ تن (۲۹/۴ درصد) مجرد و ۱۵۹ تن (۷۰/۶ درصد) متاهل بودند. ۸۷ تن (۳۲/۸ درصد) بدون فرزند، ۴۴ تن (۱۶/۶ درصد) دارای ۱ فرزند، ۶۲ تن (۲۳/۴ درصد) دارای ۲ فرزند، ۴۰ تن (۱۵/۱ درصد) دارای ۳ فرزند، ۱۸ تن (۶/۸ درصد) دارای ۴ فرزند و ۱۴ تن (۵/۳ درصد) دارای ۵ فرزند بودند. میانگین مدت بیماری قلبی - عروقی ۴/۰۲ سال و انحراف معیار ۲/۵۱ بود. علاوه بر این، انواع بیماری‌های قلبی - عروقی، شامل پرفشاری خون با ۶۹ تن (۲۶/۰۴ درصد)، گرفتگی عروق کرونر با ۶۱ تن (۲۳/۰۲ درصد)، نامنظمی ضربان قلب ۴۱ تن (۱۵/۴۷ درصد)، سابقه حمله قلبی ۳۹ تن (۱۴/۷۲ درصد)، التهاب عضله قلب ۹ تن (۳/۴۰ درصد)، افتادگی دریچه میترال قلب ۶ تن (۲/۲۶ درصد)، بیماری عضله قلب ضخیم شونده و باطری قلب هر کدام ۱ تن (۰/۰۳ درصد) بودند. آمار توصیفی (میانگین (Mean)، انحراف معیار (Standard Deviation)، بیشینه - کمینه (Min-Max)، کجی (Skewness)، کشیدگی (Kurtosis) و همچنین ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد بررسی در جدول ۱ گزارش گردیده است.

پژوهش، هدف پژوهش و طول مدت آن برای آن‌ها تبیین شد. سپس، با دقت و حوصله به سؤالات بیماران پاسخ داده شد و به آن‌ها در خصوص رعایت اصل رازداری و محرمانگی اطمینان خاطر داده شد. در ادامه، از آن‌ها درخواست گردید تا به سؤالات صادقانه پاسخ دهند. همچنین، توضیحات کامل و واضحی در رابطه با اختیاری بودن مشارکت در مطالعه به بیماران ارائه گردید. ضمن اینکه، کلیه بیماران رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را تکمیل نمودند. نهایتاً، پس از اعمال معیارهای خروج و حذف نمونه‌های نامناسب، از ۳۰۰ پرسشنامه اخذ شده، ۲۶۵ پرسشنامه باقی ماند. تکمیل این پرسشنامه‌ها به صورت فردی و بدون محدودیت زمانی صورت گرفت.

برای تحلیل داده‌های آماری، از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از آزمون بوت استرپ و در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. داده‌های در نرم افزارهای آموس نسخه ۲۴ و اس پی اس نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل نشان داد که از ۲۶۵ نمونه شرکت‌کننده، با میانگین سنی ۵۰/۴۲ سال و انحراف معیار ۱۳/۱۰ در دامنه

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در بیماران قلبی - عروقی

میانگین	انحراف معیار	بیشینه-کمینه	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۱۴۸/۵۶	۲۱۲-۸۰	-۰/۰۱	۰/۱۰	۱			
روابط صمیمانه	۱۳۴/۵۰	۲۳۵-۷۱	-۰/۵۳	۱/۶۸	۰/۴۵**	۱		
تحمل پریشانی	۴۱/۴۰	۷۱-۱۶	۰/۰۳	-۰/۴۰	۰/۲۰**	۰/۰۸	۱	
سرمایه روانشناختی	۹۸/۳۰	۱۳۹-۳۹	-۰/۶۵	-۰/۰۳	۰/۴۰**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۱

**P<۰/۰۰۱

تک متغیری به کمک برآورد مقادیر کجی و کشیدگی آزمون و تأیید شدند. با توجه به اینکه دامنه کجی و کشیدگی متغیرها در بازه ± ۲ قرار داشت، نرمال بودن تک متغیری مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن چند متغیری از ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا (Mardia standardized kurtosis coefficient) و نسبت بحرانی استفاده شده است. بنابر پیشنهاد Blunch (۳۵)، مقادیر کوچکتر از ۵ برای نسبت بحرانی به عنوان عدم تخطی از نرمال بودن چند متغیره در نظر گرفته می شود. در این پژوهش ضریب مردیا ۳/۰۰۵ و نسبت بحرانی ۱/۹۹۵

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی در جدول ۱، بین روابط صمیمیت اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت در بیماران قلبی - عروقی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین سرمایه روانشناختی و سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت در بیماران قلبی - عروقی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

در پژوهش حاضر جهت بررسی برازش رابطه از روش الگوی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از کاربرد این روش، بررسی پیش فرض‌های این رویکرد آماری ضروری است. بنابر پیشنهاد Kline (۱۸)، مفروضه‌های بهنجاری

عامل تورم واریانس محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه همخطی چندگانه مشاهده نشد. بنابراین، بررسی پیش فرض های آماری نشان داد که روش الگوی معادلات ساختاری، روش مناسبی برای ارزیابی برازش الگو است و جهت برآورد پارامترها از روش بیشینه درستنمایی (Maximum likelihood-ML) استفاده شده است. پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به شاخص های برازش الگو پیشنهادی پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

به دست آمده که کمتر از عدد ۵ می باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن چند متغیری برقرار است. جهت بررسی عدم وجود داده های پرت چند متغیری، شاخص فاصله مالاانوبیس (Mahalanobis d-squared method)، مورد بررسی قرار گرفت و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۵ حاکی از دور افتاده بودن داده های پرت مورد نظر است. براساس این شاخص، ۳ داده پرت شناسایی شد. هم چنین مفروضه عدم همخطی چندگانه با شاخص های تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) ارزیابی شد. در این تحلیل در هیچ یک از مقادیر آماره های تحمل و

جدول ۲. شاخص های برازندگی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

شاخص نیکویی برازش	شاخص برازش افزایشی	شاخص برازش مقایسه‌ای صرفه‌جویانه	شاخص برازش مقایسه‌ای	شاخص برازش هنجار شده صرفه‌جویانه	ریشه میانگین مربع خطای تقریب	نسبت کای دو به درجه آزادی	مقدار احتمال	درجه آزادی	کای دو	شاخص برازندگی
۰/۹۴۶	۰/۹۵۸	۰/۷۲۶	۰/۹۵۷	۰/۶۹۴	۰/۰۶۲ (۰/۰۵ - ۰/۰۷)	۱/۹۴	< ۰/۰۰۱	۸۵	۱۶۴/۹۳	پیشنهادی

ضعیف توصیف می کند. ضریب تعیین متغیر سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت در الگوی ساختاری پیشنهادی برابر ۰/۳۹۰ می باشد که نشان می دهد متغیرهای برونزا و میانجی یعنی روابط صمیمانه، تحمل پریشانی و سرمایه روانشناختی می توانند ۳۹ درصد از تغییرات سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت را پیش بینی کنند که این میزان در حد متوسط می باشد.

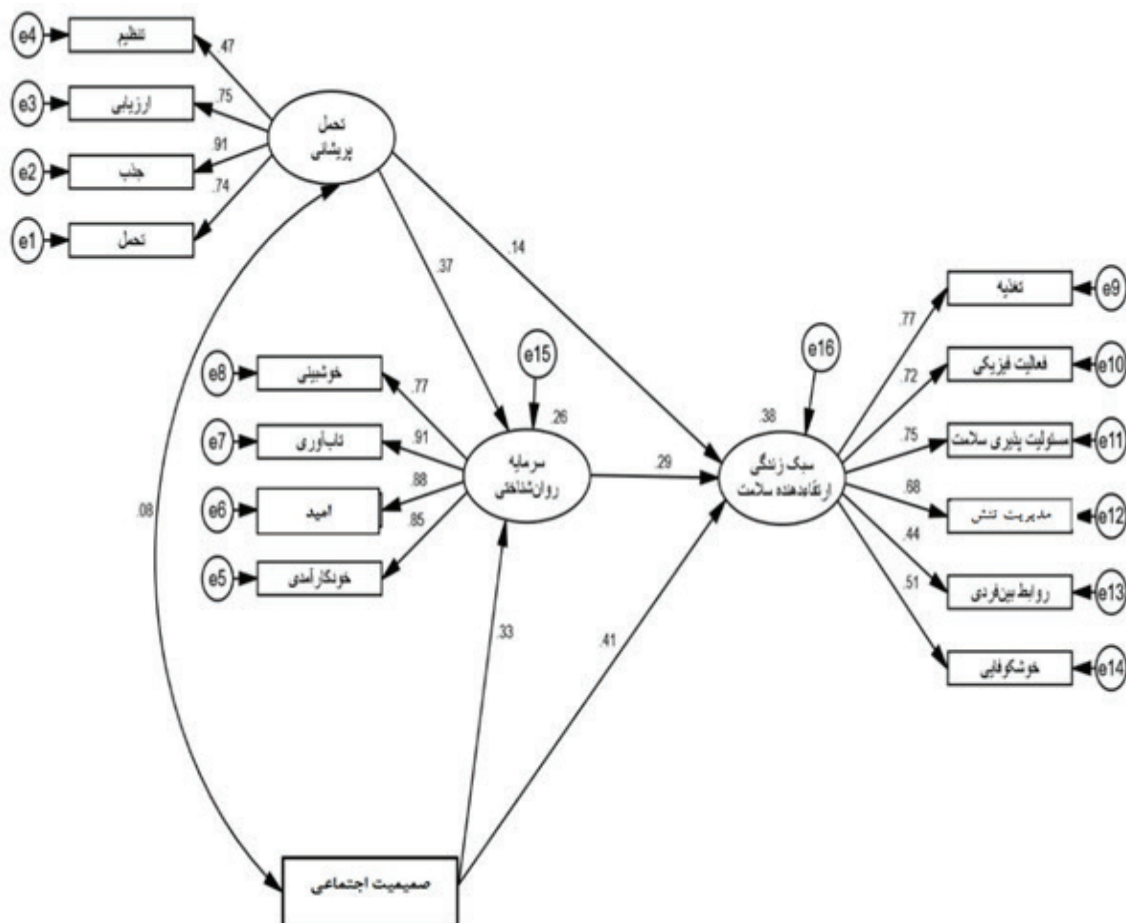
جدول ۳ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و شکل ۱ الگوی پیشنهادی را نشان می دهد.

*میزان قابل قبول شاخص ها شاخص برازش هنجار شده صرفه‌جویانه، شاخص برازش مقایسه‌ای صرفه‌جویانه، (۰/۵ >)، شاخص برازش مقایسه‌ای، شاخص نیکویی برازش شاخص برازش افزایشی، (۰/۹ <)، ریشه میانگین مربع خطای تقریب (۰/۰۸ <)، نسبت کای دو به درجه آزادی (۳ <) خوب، (۵ <) قابل قبول (جدول ۲).

شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درونزا را نشان می دهد. Chin (۳۶)، R^2 ، ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ را در معادلات ساختاری به ترتیب قوی، متوسط و

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار احتمال (P)
روابط صمیمیت اجتماعی → سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت	۰/۴۰۵	۰/۰۱۲	۶/۰۶۷	< ۰/۰۰۱
تحمل پریشانی → سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت	۰/۱۴۲	۰/۰۲۷	۲/۱۲	۰/۰۲۳
روابط صمیمیت اجتماعی → سرمایه روانشناختی	۰/۳۲۷	۰/۰۱۶	۵/۳۸۴	< ۰/۰۰۱
تحمل پریشانی → سرمایه روانشناختی	۰/۳۶۷	۰/۱۶۱	۵/۳۶۶	< ۰/۰۰۱
سرمایه روانشناختی → سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت	۰/۲۸۸	۰/۰۵۳	۳/۸۳۵	< ۰/۰۰۱



شکل ۱: ضرایب استاندارد الگوی پیشنهادی نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمیت اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت در بیماران قلبی - عروقی

الگوی پیشنهادی از نظر آماری معنادار گزارش شده‌اند. در ادامه نتایج حاصل از روابط واسطه ای با استفاده از آزمون بوت استرپ به جهت آزمون مسیر واسطه ای در جدول ۴ نشان داده شده است. در الگوی نهایی پژوهش حاضر ۲ مسیر غیر مستقیم یا واسطه ای وجود دارد. برای تعیین معناداری نقش واسطه ای و همبستگی غیر مستقیم متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک از طریق متغیر میانجی از روش آزمون بوت استرپ (Bootstrap) استفاده گردیده است.

بنابراین، با توجه به شاخص های برآورد شده در جدول ۲، نتایج نشان می دهد نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمیت اجتماعی و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در بیماران قلبی - عروقی برآزش دارد.

با استناد به جدول ۳ می توان ضرایب استاندارد کلیه مسیرها و مقادیر بحرانی را در الگوی پیشنهادی مشاهده کرد.

بر اساس نتایج جدول ۳، تمامی مسیرهای مستقیم در

جدول ۴: نتایج آزمون بوت استرپ برای مسیر غیرمستقیم الگوی پیشنهادی

مسیر	نقش غیرمستقیم	خطا	حد پایین	حد بالا	مقدار احتمال
روابط صمیمانه به سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت از طریق سرمایه روانشناختی	۰/۰۹۵۷	۰/۰۲۳۳	۰/۰۵۸۳	۰/۱۴۹۱	<۰/۰۰۱
تحمل پریشانی به سبک زندگی ارتقاء دهنده - سلامت از طریق سرمایه روانشناختی	۰/۱۰۷۳	۰/۰۲۹۱	۰/۰۶۸۷	۰/۱۵۳۶	<۰/۰۰۱

بر اساس نتایج حاصل از آزمون بوت استرپ در جدول ۴، مسیرهای غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی سرمایه روانشناختی از نظر آماری معنادار هستند. روابط صمیمانه با میانجیگری سرمایه روانشناختی ($\beta = 0.0957$) و تحمل پریشانی با میانجیگری سرمایه روانشناختی ($\beta = 0.1073$) سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت را پیش‌بینی می‌کنند ($P = 0.001$) این یافته‌ها نشان می‌دهد که سرمایه روانشناختی نقش میانجی مؤثری ایفا می‌کند و به‌طور فعال در انتقال اثر روابط صمیمانه و تحمل پریشانی به سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت مشارکت دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمانه و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت در بیماران قلبی - عروقی بود. نتایج نشان داد بین روابط صمیمیت اجتماعی، تحمل پریشانی و سرمایه روانشناختی با سبک زندگی ارتقاءدهنده -سلامت در بیماران قلبی - عروقی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش Smith و همکاران (۸)؛ Nissen و همکاران (۹)؛ Zou & Liu و همکاران (۱۷)؛ Shrout و همکاران (۱۰)؛ Lopez و همکاران (۱۱) و Miller و همکاران (۱۲) همسو بود. نتایج حاصل از پژوهش Smith و همکاران (۸)؛ نشان داد که داشتن یک رابطه صمیمانه با یک شریک صمیمی احتمال با افزایش رفتارهای مراقبتی و کاهش خطرات بیماری قلبی - عروقی همراه است. پژوهش Miller و همکاران (۱۲) نشان داد که پریشانی روانی با اتخاذ رفتارهای بهداشتی در بیماران مزمن همبستگی مثبت و معنادار دارد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه Zou & Liu و همکاران (۱۷)؛ نشان داد بین سرمایه روانشناختی مثبت و سواد سلامت همبستگی مثبت و معنادار دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین ادعان نمود که نه تنها توانمندی‌های هیجانی و فراهیجانی همچون روابط صمیمانه و تحمل پریشانی می‌توانند در اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت نقش مستقیمی داشته باشند، بلکه سرمایه روانشناختی به عنوان یک سازه روانشناختی پویا، توانایی فرد برای تبدیل منابع بالقوه به رفتارهای بالفعل را تسهیل می‌کند. این نتیجه‌گیری با مفهوم انطباق موفقیت‌آمیز در روانشناسی سلامت همخوانی دارد، جایی که منابع درونی، سهم بیشتری در پیش‌بینی پیامدهای سلامت مانند روابط صمیمانه و تحمل پریشانی نسبت به منابع بیرونی ایفا می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد که ظرفیت‌های

شناختی-انگیزشی، پیش‌شرطی برای اجرای موفقیت‌آمیز دانش سلامت هستند.

نتایج نشان داد روابط صمیمانه با میانجیگری سرمایه روانشناختی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش Maykrantz و همکاران (۱۴)؛ Zou & Liu (۱۷)؛ مولادوست و همکاران (۳۷) و حیدری ثابت و همکاران (۳۸) همسو بود. نتایج حاصل از پژوهش حیدری ثابت و همکاران (۳۸) نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق تقویت سرمایه روانشناختی موجب ارتقای سبک زندگی سالم‌تر در افراد می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح نمود که روابط صمیمانه به عنوان یک شبکه حمایتی جامع، نقش اساسی در شکل‌گیری و تقویت سرمایه روانشناختی بیماران قلبی - عروقی ایفا می‌کند. این روابط که بر پایه اعتماد متقابل، درک عمیق و پذیرش بی‌قید و شرط استوار است، بستری امن برای رشد چهار مؤلفه اصلی سرمایه روانشناختی شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی فراهم می‌آورد. در محیطی که بیمار احساس می‌کند مورد حمایت و درک قرار گرفته است، جرأت می‌یابد تا با چالش‌های بیماری مقابله کند، اهداف جدیدی تعیین نماید و در مسیر بهبودی گام بردارد. این احساس تعلق و امنیت عاطفی، پایه و اساس شکل‌گیری نگرش مثبت نسبت به آینده و باور به توانایی‌های فردی را تقویت می‌کند. سرمایه روانشناختی تقویت شده در بستر روابط صمیمانه، به نوبه خود همانند موتور محرکه قدرتمندی عمل می‌کند که رفتارهای سلامت‌محور را تسهیل و تداوم می‌بخشد (۳۹). همچنین، سرمایه روانشناختی به عنوان یک منبع درونی جامع، بیماران قلبی - عروقی را با ترکیبی از خوش‌بینی، امیدواری، خودکارآمدی و تاب‌آوری مجهز می‌کند تا بر چالش‌های مدیریت بیماری غلبه کنند. این سازه چندبعدی، تنها یک حالت مثبت‌اندیشی سطحی نیست، بلکه یک چارچوب ذهنی عملیاتی است که به بیماران کمک می‌کند تا بیماری را نه به عنوان یک بن‌بست، بلکه به عنوان یک مانع قابل عبور در مسیر زندگی ببینند (۱۷). از منظر روانشناسی مثبت‌نگر، این یافته نشان می‌دهد که روابط صمیمانه همانند کاتالیزور عمل می‌کنند که زمینه را برای شکوفایی قابلیت‌های مثبت روانشناختی فراهم می‌آورند. این روابط با تأمین نیازهای اساسی روانشناختی مانند احساس شایستگی، استقلال و ارتباط با دیگران، بستر لازم برای رشد سرمایه روانشناختی را ایجاد می‌کنند (۴۰). به‌طور کلی، این فرآیند همچون چرخه مثبت عمل

کمک می‌کند. این فرآیند تحول روانشناختی مانند سفر درونی است که در آن بیماران نه تنها با بیماری خود کنار می‌آیند، بلکه از آن به عنوان فرصتی برای رشد شخصیتی استفاده می‌کنند (۴۵). به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر به وضوح نشان می‌دهد که روابط صمیمانه و تحمل پریشانی از طریق تقویت سرمایه روانشناختی، سبک زندگی سالم‌تر را در بیماران قلبی - عروقی ارتقا می‌دهد. این الگوی میانجیگری بر اهمیت توجه همزمان به مهارت‌های روابط صمیمانه، تحمل پریشانی و تقویت منابع روانشناختی درونی در مداخلات سلامت تأکید دارد. تقویت همزمان این ۳ حوزه می‌تواند همانند راهبرد جامع عمل کند که به بیماران کمک می‌کند تا نه تنها با چالش‌های بیماری کنار بیایند، بلکه از نظر روانشناختی رشد کرده و سبک زندگی سالم‌تری را در پیش بگیرند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سرمایه روانشناختی در رابطه بین روابط صمیمانه و تحمل پریشانی با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران قلبی - عروقی نقش میانجی دارد. لذا به متخصصان سلامت و بالین پیشنهاد می‌شود برای مداخلات درمانی و حمایتی برای بیماران قلبی - عروقی، علاوه بر توجه به جنبه‌های بالینی، بر تقویت روابط صمیمانه و مهارت‌های تحمل پریشانی با توجه به ابعاد سرمایه روانشناختی تمرکز کنند. این مطالعه به دلیل استفاده از ابزارهای متعدد و خودگزارش دهی، نمونه‌ای با طیف سنی گسترده ۱۹ تا ۸۷ سال و نمونه گیری غیرتصادفی و دردسترس با محدودیت‌هایی روبرو بود. بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط گردد.

سپاسگزاری

این پژوهش مستخرج از رساله دکترای تخصصی مأده میرزائی ملاطی، از گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با راهنمایی جناب آقای دکتر مجید برادران است، که با کد IR.IAU.LIAU.REC.1404.023 در سامانه کمیته اخلاق در پژوهش در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۱۱ ثبت شده است. بدین وسیله از همکاری متخصصان قلب و عروق و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

می‌کند که در آن روابط کیفیت‌بالا منجر به تقویت سرمایه روانشناختی شده و این سرمایه تقویت شده به نوبه خود کیفیت روابط را ارتقاء می‌بخشد بنابراین، روابط صمیمانه از طریق ساز و کار سرمایه روانشناختی بر سبک زندگی سالم تأثیر می‌گذارد، نشان‌دهنده یک پویایی عمیق‌تر در تعامل بین عوامل اجتماعی و روانشناختی است.

نتایج نشان داد تحمل پریشانی با میانجیگری سرمایه روانشناختی، سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها با نتایج حاصل از Liu و همکاران (۴۱)؛ شاکری و اصلی آزاد (۴۲) و محمدزاده ابراهیمی و همکاران (۴۳)، همسو بود. نتایج حاصل از پژوهش شاکری و اصلی آزاد (۴۲)، نشان داد که بین تحمل پریشانی و سبک زندگی ارتقاءدهنده - سلامت ارتباط وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد که تحمل پریشانی با تقویت سرمایه روانشناختی، به صورت غیرمستقیم سبک زندگی سالم‌تر را در بیماران قلبی - عروقی پیش‌بینی می‌کند. در تبیین نتایج می‌توان چنین مطرح ساخت که تحمل پریشانی به عنوان یک توانایی روانشناختی کلیدی، نقش اساسی در ایجاد بستر مناسب برای رشد و توسعه سرمایه روانشناختی ایفا می‌کند. هنگامی که بیماران قلبی - عروقی قادر به تحمل ناراحتی‌ها و چالش‌های ناشی از بیماری خود هستند، این ظرفیت به آن‌ها اجازه می‌دهد تا بدون فروپاشی روانی، با شرایط دشوار مواجه شده و بتدریج بر آن‌ها غلبه کنند. سازوکار این نقش میانجیگری را می‌توان از منظر نظریه گسترش و ساخت منابع توضیح داد. بر اساس این نظریه، تحمل پریشانی مانند منبع روانشناختی عمل می‌کند که با افزایش ظرفیت فرد برای مدیریت تنش، به تدریج منجر به گسترش سایر منابع روانشناختی می‌شود. هنگامی که بیماران می‌آموزند پریشانی را بدون اجتناب یا واکنش‌های ناسالم تحمل کنند، این موفقیت به عنوان یک تجربه پیروزی عمل کرده و خودکارآمدی آن‌ها را تقویت می‌کند. همچنین، این توانایی امیدواری را افزایش می‌دهد چرا که بیماران در می‌یابند می‌توانند بر چالش‌ها غلبه کنند (۴۴). در تبیین می‌توان این گونه مطرح نمود که تحمل پریشانی می‌تواند همچون دروازه برای رشد پس از آسیب عمل کند. بیمارانی که می‌آموزند پریشانی‌های ناشی از بیماری را تحمل کنند، ممکن است نه تنها به سطح عملکرد قبلی بازگردند، بلکه حتی از نظر روانشناختی رشد کرده و قوی‌تر از قبل شوند. این رشد می‌تواند شامل درک عمیق‌تری از زندگی، اولویت‌بندی‌های جدید، و توسعه نقاط قوت شخصیتی باشد که به آن‌ها در مدیریت بهتر بیماری

References

1. Netala VR, Teertam SK, Li H, Zhang Z. A comprehensive review of cardiovascular disease management: cardiac biomarkers, imaging modalities, pharmacotherapy, surgical interventions, and herbal remedies. *Cells*. 2024;13(17):1471-1492. <https://doi.org/10.3390/cells13171471>
2. Dritsas E, Trigka M. Efficient data-driven machine learning models for cardiovascular diseases risk prediction. *Sensors*. 2023;23(3):1161-1175. <https://doi.org/10.3390/s23031161>
3. Moštafaie A, Yaghmaei F. J]Predicting of the amount of blood pressure from documentary styles, lifestyle and age in outpatient patients in West Azarbaijan [J. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(2):9-15. <http://jhpm.ir/article-1-986-en.html>
4. García-Castillo F, Ramos-Soler I, García del Castillo Rodríguez JA. Concept, Dimensions and Perception of Healthy Lifestyle. 2023 8(3): 347-361. <http://hdl.handle.net/10045/141798>
5. Ghodeshwar GK, Dube A, Khobragade D, Dube AH. Impact of lifestyle modifications on cardiovascular health: A narrative review. *Cureus*. 2023;15(7): 42616-4224. <https://doi.org/10.7759/cureus.42616>
6. Bouchard K, Gareau A, Greenman PS, Lalande K, Sztajerowska K, Tulloch H. What's love got to do with it? relationship quality appraisals and quality of life in couples facing cardiovascular disease. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. 2023;11(1):223-235. <https://doi.org/10.1080/21642850.2023.2237564>
7. Muniruzzaman M. Transformation of intimacy and its impact in developing countries. *Life Sciences, Society and Policy*. 2017;13(1):10-19. <https://doi.org/10.1186/s40504-017-0056-8>
8. Smith TW. Intimate relationships and coronary heart disease: implications for risk, prevention, and patient management. *Current Cardiology Reports*. 2022;24(6):761-774. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01695-4>
9. Nissen NK, Jónsdóttir M, Spindler H, Zwisler A-DO. Resistance to change: role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(6):659-66. <https://doi.org/10.1177/1403494818756562>
10. Shrout MR. The health consequences of stress in couples: A review and new integrated dyadic biobehavioral stress model. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*. 2021;16:103-128. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100328>
11. Lopez MM, Naragon Gainey K, Conway CC. Defining distress tolerance in a structural model of big five personality domains. *Journal of Personality*. 2025;93(3): 567-580. <https://doi.org/10.1111/jopy.12952>
12. Miller NE, Lally P, Conway R, Steptoe A, Frank P, Beeken RJ, et al. Psychological distress and health behaviours in people living with and beyond cancer: a cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2024;14(1):153-167. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66269-6>
13. Hahad O, Kerafirodi JG, Brähler E, Lieb K, Gilan D, Zahn D, et al. Psychological resilience, cardiovascular disease, and mortality- Insights from the German Gutenberg Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2025;19(2):112-116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112116>
14. Maykrantz SA, Langlinais LA, Houghton JD, Neck CP. Self-leadership and psychological capital as key cognitive resources for shaping health-protective behaviors during the COVID-19 pandemic. *Administrative Sciences*. 2021;11(2):41-51. <https://doi.org/10.3390/admsci11020041>
15. Luthans F, Broad JD. Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. *Organizational Dynamics*. 2020;51(2):805-817. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100817>
16. Ahmadboukani S, Fathi D, Karami M, Bashirgonbadi S, Mahmoudpour A, Molaei B. J]Providing a health promotion behaviors model in elderly: Psychological capital, perceived social support, and attitudes toward death with mediating role of cognitive emotion regulation strategies[. *Health Science Reports*. 2023;6(1): 1020-1039. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1020>
17. Zou J, Liu Y. Perceived stress, positive psychological capital and health literacy in patients with multiple chronic conditions: A structural equation modelling. *Journal of Clinical Nursing*. 2025;34(4):1303-1311. <https://doi.org/10.1111/jocn.17201>
18. Kline RB. Principles and practice of structural

- equation modeling: Guilford publications; 2023. <http://books.google.com/books>
19. athnayake N, Alwis G, Lenora J, Lekamwasam S. Applicability of health -promoting lifestyle profile II for postmenopausal women in Sri Lanka; A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18(1):122-130. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01371-7>
20. Zambrano Bermeo RN, Eстрада Gonzalez C, Herrera Guerra EdP, Aviles Gonzalez CI, editors. Reliability and validity of the Health-Promoting lifestyle profile II Spanish version in university students. *Healthcare*. 2024;13(12):1330-1341. <https://sid.ir/paper/1003145/en>. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131330>
21. Tanjani PT, Azadbakht M, Garmaroudi G, Sahaf R, Fekrizadeh Z. Validity and reliability of Health Promoting Lifestyle Profile II in the Iranian elderly. *International Journal of Preventive Medicine*. 2016;7(1):74. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605_12
22. Norouzi ME, Jahansaz S, Najafi E, Nasiri K, Saeidi S. Evaluation of health-promoting lifestyle in patients with urolithiasis and related socio-demographic factors. *Journal of Health and Care*. 2021;3(23):250-258. <https://sid.ir/paper/1003145/en>. <https://doi.org/10.52547/jhc.23.3.250>
23. Miller RS, Lefcourt HM. The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*. 1982;46(5):514-521. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605_12
24. Nigar N, Karim AR, Sagar MH. The bangla version of the Miller Social Intimacy Scale: an exploratory study. *Universal Journal of Psychology*. 2014;2(8):241-247. <https://doi.org/10.13189/ujp.2014.020801>
25. Daneshvarpour Z, Ghanai Z, Shokri O, Zeinabadi H. Predicting social intimacy by identity styles, commitment and gender. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007;2(7):51-81. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4361_en.html?lang=en
26. Tajrobehkar M, Khezrimoghadam N, Pourehsan S, seyfi f. Predicting social intimacy based on spiritual intelligence with the mediator role of informational identity style in university students. *Clinical Psychology Achievements*. 2017;2(4):37-54.
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
28. Leyro TM, Bernstein A, Vujanovic AA, McLeish AC, Zvolensky MJ. Distress Tolerance Scale: A confirmatory factor analysis among daily cigarette smokers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2011;33(1):47-57. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9197-2>
29. Rezaei S, Fard MS. Predicting the perceived quality of marital relationship based on emotional empathy with the mediation of distress tolerance in married men and women. *Journal of Health Promotion Management*. 2025;14(3):93-105. <http://jhpm.ir/article-1-1865-en.html>
30. Azizi AR. Reliability and validity of the persian version of Distress Tolerance Scale. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010;5(4):154-158. PMID: 22952509; PMCID: PMC3395925.
31. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
32. Mónico L, Pais L, dos Santos NR, Santos D, editors. Psychological capital in Portuguese workers: Contributions to the validity and reliability of the Psycap Questionnaire. *Proceedings of the SGEM Conferences on Social Sciences and Arts*. 2014; 1 (12): 319-326. <https://doi.org/10.5593/sgemsocial2014/B11/S1.042>
33. Sarami Foroushani G, Akhundi N, Alipour A, Arab Sheibani K. Validation and study of the factor structure of the Psychological Capital Questionnaire in the experts of Iran Khodro Diesel Company. *Psychological Studies*. 2014;10(3):95-110. <https://ensani.ir/file/download/article/20150503080603-9803-110.pdf>
34. Nadi MA. Psychometric characteristics of positive Psychological Capital Scale among staff employees of education in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2018; 18(69): 94-108. magiran.com/p1794903
35. Blunch NJ. Introduction to Structural Equation Modeling Using IBM SPSS statistics and AMOS. 2012. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5019197>

- <https://doi.org/10.4135/9781526402257>
36. Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. Modern methods for business research: Psychology Press. 1998; 295-336. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781410604385-10>
37. Moladoost A, Jabalameli S, Sajjadih-Khajouei A, Farzi S.]Structural model of the effect of psychological capital on self-care with mediating role of self-compassion in patients with heart diseases[. Journal of Health System Research. 2022; 18(1):23-29.<http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1244-en.html>
38. Heidari Sabet F, Mirza-Hosseini H, Monirpour N.]Health promoting behavior model based on spiritual health, social support and mental capital in people with cardiovascular disease[. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2020;9(1):24-35.<http://journal.icns.org.ir/article-1-658-en.html>
39. Sun Q, Wang S, Song W, Ge S, Li X, Ma L, et al. Association among psychological capital, relationship satisfaction and psychological distress in stroke patient spouse dyads: an actor partner interdependence mediation model. Journal of Nursing Scholarship. 2025; 57(5):799-807. <https://doi.org/10.1111/jnu.70023>
40. Gallagher MW, Long LJ, Phillips CA. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta analytic review of the protective effects of positive expectancies. Journal of Clinical Psychology. 2020;76(3):329-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22882>
41. Liu Y-S, Lu C-W, Chung H-T, Wang J-K, Su W-J, Chen C-W. Health-promoting lifestyle and life satisfaction in full-time employed adults with congenital heart disease: Grit as a mediator. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2024;23(4):348-357. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad104>
42. Shakeri A, Asli Azad M.]Model evaluation of emotional distress based on health-promoting behaviors and sense of psychological coherence with the mediating role of the meaning of life in people with coronary heart disease[. Journal of Modern Psychological Researches. 2024;19(73):238-250.
43. Mohammadzadeh Ebrahimi A, Rahimi Pordanjani T, Tad H.]Structural model of social support and distress tolerance by mental health mediation in elderlies with cardiovascular disease[. Health Research Journal. 2019;4(4):189-196.<https://doi.org/10.29252/hrjbaq.4.4.189>
44. Jackson DA. The relationship between psychological capital and readiness for organizational change among behavioral health professionals: Grand Canyon University; 2018. <https://www.proquest.com/openview/9c3d3ec2f373d13a9e5d25fd5f46b5dc>
45. Kamate M, Teranishi H, Umeda R, Shikano K, Kitaoka S, Hanada T, et al. Dietary texture-driven masticatory activity and its impact on stress tolerance. Journal of Oral Biosciences. 2025;67(1):622-628. <https://doi.org/10.1016/j.job.2025.100628>