

رابطه سلامت معنوی و شفقت بر خود با بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

آرش سلطان بگلوا^۱

خدیجه عمونی دیزجی^۲

زینب کاویانی^۳

چکیده

نارسایی قلبی به عنوان یکی از بیماری های مزمن، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی بیماران دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود با بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با روش پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۰۴ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان رجایی استان البرز از اسفند ۱۴۰۲ تا شهریور ۱۴۰۳ است که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه های استاندارد بهزیستی روان شناختی ریف (۲۰۰۶)، سلامت معنوی دلمن و فری (۲۰۰۴) و شفقت به خود ریس و همکاران (۲۰۱۱) بودند. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مؤلفه های سلامت معنوی و مؤلفه های شفقت به خود، به طور مثبت و معناداری با بهزیستی روان شناختی مرتبط هستند. همچنین، این مؤلفه ها در مجموع ۴۷٫۱ درصد از واریانس بهزیستی روان شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تبیین کردند. یافته های این مطالعه نشان می دهد که ارتقای سلامت معنوی و شفقت به خود، می تواند به بهبود بهزیستی روان شناختی بیماران نارسایی قلبی کمک کند و به عنوان یک راهکار مداخله ای در برنامه های درمانی این بیماران مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان شناختی، سلامت معنوی، شفقت به خود.

10.22034/jl.2025.498248.1735

شناسه دیجیتال (DOI):

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

Arashsoli20@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. «نویسنده مسئول»

khamoei@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

fkavian@chmail.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵

مقدمه

نارسایی قلبی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، نه تنها بر سلامت جسمانی بیماران تأثیر می‌گذارد، بلکه به دلیل ماهیت پیش‌رونده و محدودکننده‌اش، تأثیرات عمیقی بر سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها دارد (شیرازی، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO، ۲۰۲۱)، نارسایی قلبی یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است و بیش از ۲۶ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری با ایجاد محدودیت‌های فیزیکی، کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره و افزایش احساس انزوا و افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (خواجوری و همکاران^۱، ۲۰۱۹). بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، به احساس رضایت از زندگی، روابط اجتماعی مثبت، عزت نفس و کاهش اضطراب و افسردگی اشاره دارد (ریف^۲، ۲۰۱۴). یکی از عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی، سلامت معنوی است که به ایجاد معنا، ارتباط با خداوند و احساس آرامش درونی مرتبط می‌شود و می‌تواند با افزایش امید، کاهش استرس و افزایش سطح انطباق بیماران با برنامه‌های درمانی و مراقبتی، بر کیفیت زندگی بیماران قلبی اثر مثبت بگذارد (وسیق، ترجمان و برجی^۳، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، شفقت به خود که شامل پذیرش مهربانانه خود، ذهن‌آگاهی و درک رنج به عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی است، می‌تواند به بیماران کمک کند تا با شرایط بیماری خود سازگارتر و سطح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه کنند (نف^۴، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با کاهش احساس گناه و سرزنش خود، به بیماران کمک می‌کند تا با استرس و چالش‌های ناشی از بیماری مقابله کنند (لوپز، ساندرمن، رانچور و اسچروورز^۵، ۲۰۱۸). با وجود پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط هر یک از این متغیرها با بهزیستی روان‌شناختی، تاکنون مطالعه‌ای جامع انجام نشده که به بررسی هم‌زمان سلامت معنوی و خودشفقتی به عنوان عوامل پیش‌بین بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بپردازد. از آنجاکه این بیماران با چالش‌های روانی و اجتماعی گسترده‌ای مواجه‌اند، بررسی این متغیرها می‌تواند به تدوین

1. World Health Organization

2. Khajavi

3. Ryff

4. Vasigh & tarjoman & borji

5. Neff

6. Lopez & Sanderman & Ranchor & Schroevers

راهکارهای مداخله‌ای مؤثر برای بهبود سلامت روان آن‌ها کمک کند؛ بنابراین، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین سلامت معنوی و خودشفقتی با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسای قلبی رابطه وجود دارد؟

۱) مفاهیم نظری

بهزیستی روان‌شناختی، وجود اسنادهای روان‌شناسی شناختی و هیجانی مطلوب تعریف می‌شود (محمدی، آقاییوسفی، علی‌پور، صادقی، نیکران و روح‌افزا، ۲۰۱۷). براساس مطالعه ریف، یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، بهزیستی روان‌شناختی است که به عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می‌شود (ریف، ۲۰۱۳). بهزیستی روانی، حالت روانی است که از احساس رضایت از روابط نزدیک بین فردی در موقعیت‌های مهم شغلی، تحصیلی و اجتماعی حاصل می‌گردد و شامل احساس عمومی سلامت هیجانی مانند عزت نفس، روابط مثبت با دیگران و پایین بودن اضطراب، افسردگی و رفتارهای اجتنابی است (ریف و کی^۱، ۱۹۹۵، به نقل از زندگی و همکاران، ۱۴۰۲). احساس بهزیستی به عنوان احساسی مثبت و توأم با رضایتمندی عمومی اشاره دارد (لی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس، سلامت روانی معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی است. در این دیدگاه، داشتن بیماری برای احساس سلامت کافی نیست، بلکه داشتن احساس رضایت از زندگی، کارآمدی، پیشرفت، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و رابطه مطلوب با اجتماع از ویژگی‌های انسان سالم است (رابین و وسلی^۳، ۲۰۲۰). از نظر ریف، بهزیستی روان‌شناختی مؤلفه‌هایی چون پذیرش خود^۴، احساس خودمختاری^۵، داشتن ارتباط مثبت با دیگران^۶، هدفمندی^۷، رشد شخصی^۸ و تسلط بر محیط^۹ دارد (فتحی، صادقی، ملکی راد، رستمی و عبدالملکی، ۱۳۹۹). در این زمینه، نتایج پژوهشی نشان داده است باورهای مذهبی و جهت‌گیری دینی درونی، بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبتی دارد (میکائیلی، طباطبایی و رادمنصوری، ۱۴۰۰).

1. Keyes

2. Li

3. Rubin & Wessely

4. self-acceptance

5. autonomy

6. positive relations with others

7. purpose in life

8. personal growth

9. environmental mastery

در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۳) نیز سلامت تنها به معنی فقدان بیماری یا معلولیت نیست بلکه دربردارنده مفهوم بهزیستی و کیفیت مثبت زندگی است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی و روانی، اجتماعی و معنوی اشاره دارد و بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان اساسی می‌داند. بیماری، رنج کشیدن و مواجهه با مرگ، همگی تجارب معنوی هستند و معنویت می‌تواند در فرایند بهبودی، نقش بسزایی داشته باشد (کلارک، ویلیامز، هانگ، راث و هالت^۲، ۲۰۱۸). معنویت نیرویی در فرد است که وی را برای یافتن معنا، هدف و پیشرفت در زندگی، رنج بردن و مرگ انگیزه می‌دهد و به تقویت امید و رغبت به زندگی کمک می‌کند (هو، جیا و لی^۳، ۲۰۱۹؛ هاشمی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲).

سلامت معنوی به معنای داشتن مفهوم و هدف در زندگی، اعتقاد به قدرت ماورایی و برقراری ارتباط با خداوند است (وسیق و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین معنویت نیروی حیاتی و یکپارچه‌کننده زندگی است که انسان را در دستیابی به تعادل بیشتر جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی یاری می‌رساند. طبق یافته مطالعات موجود، بیماران که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند از مزایایی همچون تبعیت بهتر از درمان، بهبودی سریع‌تر، امید به زندگی بهتر خبر می‌دهند (جیانگ، چن، نورداولیتی، چن، نان، لی و گه، ۲۰۲۴). سمیعی و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند که معنویت درمانی گروهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مرتبط است. به‌طور مشابه، رحیم‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و سلامت و بهزیستی نوجوانان یافتند. نتایج پژوهش صفی‌زاده و فتحی (۱۴۰۰) نشان داد که بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار در دوران پاندمی کرونا، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. به این معنا که سلامت معنوی بالاتر، با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر مرتبط است و می‌تواند ابعاد مختلف آن را پیش‌بینی کند. تحقیقی از کروک و زارزیکا^۵ (۲۰۲۰) نشان داد که خودکارآمدی بر رفاه روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی تأثیر دارد و ایجاد معنا، میانجی‌گری این رابطه را انجام می‌دهد. همچنین عواطف مثبت، این تأثیر را تقویت کرده و اهمیت فرآیندهای عاطفی را در ارتقای

1. World Health Organization

2. Clark & Williams & Huang & Roth & Holt

3. Hu & Jiao & Li

4. Hashemi

5. Krok & zarzycka

رفاه روان‌شناختی برجسته می‌کند. یکی از عوامل روان‌شناختی که سبب کنار آمدن افراد با عوارض ناشی از بیماری (نارسایی قلبی) می‌شود، خودشفقتی است و می‌تواند منبع مهمی از مقاومت و انعطاف‌پذیری را در اختیار افراد قرار دهد (گیمنزه لیورت، ماتینز گونزالز و ماورل^۱، ۲۰۲۱؛ نری هارویت، یان و ایبک^۲، ۲۰۱۸؛ محمودی^۳، ۱۳۹۶). خودشفقتی به وسیله ترکیبی از سه مؤلفه تعریف شده است: خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و انسانیت مشترک. «خودمهربانی» در نظر گرفتن نگرش امیدوارانه و درک‌کننده‌ای نسبت به خود، به جای داشتن نگرش منفی است که در مقابل مؤلفه خودقضاوتی قرار می‌گیرد. «ذهن‌آگاهی» در چهارچوب خودشفقتی نیازمند شخصی است که دیدگاه متعادلی نسبت به احساسات منفی خود دارد؛ مثلاً از سرکوب و یا بیش‌ازحد غرق شدن در این احساسات اجتناب کند که در مقابل مؤلفه شناخت بیش‌ازحد قرار دارد. «انسانیت مشترک»^۴ نیاز به پذیرش این نکته را دارد که درد و رنج یکی از ویژگی‌های جهان تعریف‌کننده انسان است (حسنی و همکاران^۵، ۱۳۹۹). چندین مطالعه نشان داده‌اند که اثرات مثبت شفقت به خود، فراتر از سلامت روان و بهزیستی تصور می‌شود، از جمله بهبود نتایج سلامت جسمانی مانند کاهش سطح التهاب و عملکرد بهتر سیستم ایمنی است (فیلیپس و هاین^۶، ۲۰۲۱). در پژوهش عاشوری و همکاران (۱۴۰۱) بر روی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (MS)، بین خودشفقتی با بهزیستی روان‌شناختی، ارتباط معناداری مشاهده شد. محمدی، سلطان‌آبادی، ادیبی، نوری و دوازده‌امامی (۱۴۰۰) در بررسی ارتباط بین سبک‌های دل‌بستگی و بهزیستی روان‌شناختی در میان نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت به خود و تمایز یافتگی خود، دریافتند که شفقت به خود با کاهش اثر منفی دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی بر بهزیستی روان‌شناختی، نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. سوتیروپولو و همکاران^۷ (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای بر بزرگ‌سالان یونانی طی قرنطینه کووید-۱۹، شفقت به خود را به عنوان عامل کلیدی در افزایش شادی ذهنی و بهزیستی روان‌شناختی شناسایی کردند. یافته‌ها نشان‌دهنده رابطه مثبت قوی بین شفقت به خود، شادی ذهنی و بهزیستی روانی

1. Giménez-Llort & Martín-González JJ & Maurel

2. Nery-Hurwit & Yun & Ebbeck

3. Mahmoodi

4. common humanity

5. Hasani et al

6. Phillips & Hine

7. Sotiropoulou, K et al

بود. همچنین، شفقت به خود با معنای زندگی و تاب‌آوری، ارتباط مثبت داشت و به عنوان تعدیل‌کننده بهزیستی روانی عمل کرد. در مطالعه ثوراستون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) بر روی زنان میان‌سال، نشان داده شد که خودشفقتی موجب کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی زیر بالینی (IMT) می‌شود که این ارتباطات، مستقل از عوامل جمعیتی و سنتی خطر CVD بوده است. یافته‌ها حاکی از اهمیت خودشفقتی در سلامت قلبی عروقی زنان هستند و نشان می‌دهند که این عامل به عنوان یک مؤلفه تاب‌آوری، می‌تواند زنان را از پیامدهای منفی قلبی عروقی افسردگی محافظت کند؛ بنابراین تقویت خودشفقتی می‌تواند به عنوان یک استراتژی مفید برای ارتقای سلامت قلبی عروقی در زنان مطرح شود.

۲) مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی، از نظر ماهیت نوع توصیفی و از لحاظ شیوه گردآوری در زمره پژوهش‌های همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان رجایی استان البرز از اسفند ۱۴۰۲ تا شهریور ۱۴۰۳ است که نمونه آماری، بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل^۲ $N \geq 50 + 8M$ که M تعداد متغیرهای پیش‌بین و N حداقل حجم نمونه است. بر اساس فرمول پیشنهادی تاباچینگ و فیدل، در این پژوهش حجم نمونه ۲۰۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. گردآوری اطلاعات به صورت کمی در دو سطح کتابخانه‌ای و میدانی انجام گرفت. معیارهای ورود، شامل تشخیص قطعی نارسایی قلبی و توانایی پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها بود.

۳) ابزار پژوهش

الف) پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ۱۹۸۹

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۵ توسط ریف و کیس ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت.

هدف این پرسش‌نامه اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی افراد است.

فرم کوتاه پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف دارای ۱۸ سؤال است که جواب هر سؤال به صورت طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) است.

1. Thurston

2. Tabachnick and Fidell

یک) روایی و پایایی پرسش‌نامه

ریف و سینگر (۲۰۰۶) همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سؤالی این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران، آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند و با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند که تمامی عامل‌های این پرسش‌نامه از برازش خوبی برخوردار می‌باشند. آلفای کرونباخ کلی این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۳ بوده است.

ب) پرسش‌نامه سلامت معنوی ۲۰۰۴

مقیاس سلامت معنوی توسط دلمن و فری (۲۰۰۴) برای سنجش سلامت معنوی ساخته شده و از معروف‌ترین مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی بوده و شامل ۱۲ سؤال است که براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای طراحی شده است. دامنه نمرات کل براساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر سلامت معنوی بالاتر را نشان می‌دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خودکارآمدی» و «طرح زندگی» است. هر یک از این زیرمقیاس‌ها شامل ۶ سؤال است. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف ۵ تایی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است.

یک) روایی و پایایی پرسش‌نامه

در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خودکارآمدی و طرح زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است (دلمن و فری، ۲۰۰۶). در مطالعه مدملی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و برای دو خرده‌مقیاس طرح زندگی و خودکارآمدی ۰/۸۵ و ۰/۸۸ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کلی این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ بوده است.

ج) پرسش‌نامه شفقت به خود ۲۰۱۱

پرسش‌نامه شفقت به خود ریس و همکاران (۲۰۱۱) شامل ۲۶ ماده برای اندازه‌گیری سه مؤلفه مهربانی به خود (۲ ماده) در برابر قضاوت کردن خود (۲ ماده)، اشتراک انسانی (۲ ماده) در برابر انزوا (۲ ماده) و ذهن‌آگاهی (۲ ماده) در برابر همانندسازی افراطی (۲ ماده) تدوین شده است.

یک) روایی و پایایی پرسش نامه

در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۱۱) همسانی درونی مطلوب با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد. پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می باشند. روایی هم زمان و همگرا پرسش نامه نیز مطلوب گزارش گردیده است. آلفای کرونباخ کلی این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۲ بوده است.

۴) روش تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. در مرحله اول، از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) برای توصیف ویژگی های جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در مرحله دوم، از آزمون های همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها و از رگرسیون چندگانه با رویکرد سلسله مراتبی برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس سلامت معنوی و شفقت به خود استفاده شد.

۵) یافته های پژوهش

فرضیه اول: سلامت معنوی، بهزیستی روان شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیش بینی می کند.
فرضیه دوم: شفقت به خود، بهزیستی روان شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیش بینی می کند.

الف) یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۰۴ بیمار قلبی با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۴۶/۳۵ و ۷/۰۹ سال شرکت کردند که ۱۳۸ نفر از آنان زن و ۶۶ نفر مرد بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی مؤلفه های سه متغیر شفقت به خود، سلامت معنوی و بهزیستی روان شناختی را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی مؤلفه‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سلامت معنوی - خودکارآمدی	۱۴/۱۳	۴/۱۹	۰/۷۲	۰/۳۴
سلامت معنوی - طرح زندگی	۱۴/۶۵	۴/۳۲	۰/۷۵	۰/۲۱
شفقت به خود - مهربانی به خود	۴/۳۳	۱/۵۵	۰/۳۴	-۰/۴۵
شفقت به خود - قضاوت کردن خود	۶/۱۲	۱/۷۸	-۰/۱۸	-۰/۵۵
شفقت به خود - تجارب مشترک انسانی	۴/۲۰	۱/۶۰	۰/۴۲	-۰/۵۱
شفقت به خود - انزوا	۶/۳۳	۱/۹۲	-۰/۲۰	-۰/۶۶
شفقت به خود - ذهن آگاهی	۴/۰۳	۱/۶۷	۰/۵۲	-۰/۶۸
شفقت به خود - همانندسازی افراطی	۶/۱۷	۱/۹۳	-۰/۱۷	-۰/۵۹
بهزیستی روان شناختی - استقلال	۱۱/۶۴	۲/۵۶	۰/۲۳	۰/۱۴
بهزیستی روان شناختی - تسلط بر محیط	۱۱/۶۱	۲/۸۷	-۰/۱۳	-۰/۳۲
بهزیستی روان شناختی - رشد شخصی	۱۰/۹۷	۲/۶۶	-۰/۲۵	-۰/۰۵
بهزیستی روان شناختی - ارتباط مثبت با دیگران	۱۰/۸۸	۳/۰۳	۰/۱۶	-۰/۵۳
بهزیستی روان شناختی - هدفمندی در زندگی	۱۱/۳۰	۳/۱۲	۰/۲۷	-۰/۵۸
بهزیستی روان شناختی - پذیرش خود	۱۱/۴۳	۲/۴۶	-۰/۲۰	۰/۱۱

جدول ۱ نشان می‌دهد که در بین مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی، مؤلفه استقلال بالاترین میانگین و ارتباط مثبت با دیگران پایین‌ترین میانگین، در بین مؤلفه‌های شفقت به خود انزوا بالاترین میانگین و ذهن آگاهی پایین‌ترین میانگین و در بین مؤلفه‌های سلامت معنوی طرح زندگی بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها شاخص‌های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های کجی و کشیدگی همه مؤلفه در محدوده ± 2 قرار دارد. براین اساس می‌توان گفت توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای

پژوهش، نرمال بودند. مفروضه هم خطی بودن به کمک مقادیر عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل ملاحظه است.

جدول ۲: عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین

متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس (VIF)
سلامت معنوی. خودکارآمدی	۰/۶۴	۱/۵۷
سلامت معنوی. طرح زندگی	۰/۵۸	۱/۷۲
شفقت به خود. مهربانی به خود	۰/۸۴	۱/۲۰
شفقت به خود. قضاوت کردن خود	۰/۷۰	۱/۴۳
شفقت به خود. تجارب مشترک انسانی	۰/۸۶	۱/۱۶
شفقت به خود. انزوا	۰/۹۱	۱/۱۰
شفقت به خود. ذهن‌آگاهی	۰/۷۲	۱/۳۹
شفقت به خود. همانندسازی افراطی	۰/۶۸	۰/۴۸

ارزیابی مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه هم خطی بودن در بین متغیرهای پیش‌بین برقرار است؛ زیرا که ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پیش‌بین به ترتیب بزرگ‌تر از ۱/۰ و کوچک‌تر از ۱۰ بود.

در این تحقیق به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلبوبایس»^۳ استفاده شد. مقادیر کجی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس به ترتیب برابر با ۱/۲۳ و ۱/۱۷ به دست آمد. بدین ترتیب شاخص کجی و کشیدگی برای فاصله مهلبوبایس در محدوده ± ۲ قرار داشته و بنابراین می‌توان گفت مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری در بین داده‌ها برقرار بود. درنهایت به منظور ارزیابی برقراری / عدم برقراری مفروضه استقلال واریانس‌های خطا در بین متغیرهای پیش‌بین، شاخص دوربین واتسون مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به این‌که شاخص مزبور در پژوهش حاضر برابر با ۱/۶۸ به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت مفروضه مزبور در بین

1. variance inflation factor

2. tolerance

3. Mahalanobis distance (D)

داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. لازم به توضیح است که فایلد (۲۰۱۳) براین باور است که شاخص دوربین واتسون بزرگ‌تر از ۲ بیانگر عدم برقراری مفروضه استقلال واریانس‌های خطا در بین متغیرهای پیش‌بین است. جدول ۳ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی						متغیرهای تحقیق
پذیرش خود	هدفمندی	ارتباط مثبت	رشد شخصی	تسلط بر محیط	استقلال	
۰/۱۹**	۰/۴۸**	۰/۳۳**	۰/۲۰**	۰/۳۲**	۰/۴۳**	سلامت معنوی. خودکارآمدی
۰/۲۶**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۳۷**	سلامت معنوی. طرح زندگی
۰/۱۴*	۰/۲۶**	۰/۲۳**	۰/۱۸**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	شفقت به خود. مهربانی به خود
۰/۲۱**	۰/۰۷	۰/۱۴*	۰/۱۶*	۰/۲۸**	۰/۳۲**	شفقت به خود. قضاوت کردن خود
۰/۱۵*	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۲۳**	۰/۲۰**	شفقت به خود. تجارب مشترک انسانی
۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۱۵*	۰/۱۹**	۰/۳۵**	۰/۳۳**	شفقت به خود. انزوا
۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۲۱**	۰/۱۷*	۰/۳۲**	۰/۴۳**	شفقت به خود. ذهن‌آگاهی
۰/۱۳	۰/۱۸**	۰/۲۷**	۰/۱۰	۰/۲۶**	۰/۱۹**	شفقت به خود. همانندسازی افراطی

* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و منطبق بر تئوری‌های حوزه پژوهش بود. هر دو مؤلفه سلامت معنوی به صورت مثبت و معنادار با عامل‌های شش‌گانه بهزیستی روان‌شناختی، همبسته بودند. همچنین از بین مؤلفه‌های شفقت به خود، سه مؤلفه مهربانی با خود، انزوا و ذهن‌آگاهی با همه مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی به صورت مثبت و معنادار همبسته بودند.

همچنان که پیش‌تر اشاره شد برای آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی براساس سلامت معنوی و شفقت به خود را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در پیش بینی بهزیستی روان شناختی در بیماران قلبی براساس سلامت معنوی و شفقت به خود

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ²	adjR ²	p
رگرسیون	۱۰۵۰۱/۴۱	۸	۱۳۱۲/۶۸	۲۱/۶۷	۰/۶۸۶	۰/۴۷۱	۰/۴۴۹	۰/۰۰۱
باقی مانده	۱۱۸۰۹/۸۲	۱۹۵	۶۰/۵۶					
کل	۲۲۳۱۱/۲۳	۲۰۳						

منطبق بر نتایج جدول ۴ ارزش ضریب همبستگی های چندگانه (R²) برابر با ۰/۴۷۱ به دست آمد. این یافته بیانگر آن است که سلامت معنوی و شفقت به خود در مجموع ۴۷/۱ درصد از واریانس بهزیستی روان شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تبیین نموده است که این مقدار به لحاظ آماری است (F(۸ و ۱۹۵) = ۲۱/۶۷، p=۰/۰۰۱). در ادامه جدول ۵ ضرایب رگرسیون بین مؤلفه های سلامت معنوی و شفقت به خود با بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را نشان می دهد.

جدول ۵: ضرایب رگرسیون بین مؤلفه های سلامت معنوی و شفقت به خود با بهزیستی روان شناختی

p	t	ضرایب رگرسیون		متغیر استاندارد نشده
		استاندارد شده	استاندارد نشده	
۰/۰۰۱	۵/۵۸	۰/۳۶۵	۰/۹۱۲	سلامت معنوی - خودکارآمدی
۰/۰۰۱	۳/۱۱	۰/۲۱۲	۰/۵۱۵	سلامت معنوی - طرح زندگی
۰/۹۶۴	۰/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۱۷	شفقت به خود - مهربانی به خود
۰/۷۲۹	۰/۳۵	۰/۰۲۲	۰/۱۲۶	شفقت به خود - قضاوت کردن خود
۰/۰۲۹	۲/۲۱	۰/۱۲۴	۰/۸۰۶	شفقت به خود - تجارب مشترک انسانی
۰/۰۰۳	۲/۹۹	۰/۱۶۳	۰/۸۹۴	شفقت به خود - انزوا
۰/۰۰۶	۲/۷۶	۰/۱۷۰	۱/۰۶۴	شفقت به خود - ذهن آگاهی
۰/۴۹۹	۰/۶۸	۰/۰۴۳	۰/۲۳۲	شفقت به خود - همانندسازی افراطی

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون بین هر دو مؤلفه خودکارآمدی ($\beta=0/365, p=0/001$) و طرح زندگی ($\beta=0/212, p=0/001$) سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار است. براین اساس در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه‌گیری شد که مؤلفه‌های خودکارآمدی و طرح زندگی سلامت معنوی به صورت مثبت و معنادار، بهزیستی روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیش‌بینی می‌کند. همچنین جدول ۵ نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های شفقت به خود، ضرایب رگرسیون بین سه مؤلفه تجارب مشترک انسانی ($\beta=0/124, p=0/029$)، انزوا ($\beta=0/163, p=0/003$) و ذهن‌آگاهی ($\beta=0/170, p=0/006$) با بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار است. براین اساس در آزمون فرضیه دوم چنین نتیجه‌گیری شد که از بین مؤلفه‌های شفقت به خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا و ذهن‌آگاهی به صورت مثبت و معنادار بهزیستی روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیش‌بینی می‌کند.

(ب) بحث و تفسیر یافته‌ها

هدف پژوهش پیش‌رو، تبیین رابطه سلامت معنوی و شفقت بر خود با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد، سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رابطه دارد. یافته‌ها این فرضیه با مطالعات کروک و زارزیکا (۲۰۲۰)، هو، جیا و لی (۲۰۱۹)، میکائیلی، طباطبایی و رادمنسوری (۱۴۰۰)، کلارک و همکاران (۲۰۱۸)، صفی زاده و فتحی (۱۴۰۰) و هاشمی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت معنوی، با مؤلفه‌های خودکارآمدی معنوی و طرح زندگی معنوی، به طور معناداری با بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلبی مرتبط است. یافته‌های تحقیق کروک و زارزیکا (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که خودکارآمدی می‌تواند بر رفاه روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی تأثیر داشته باشد، درحالی‌که ایجاد معنا، نقش میانجی را در این رابطه ایفا می‌کند. علاوه بر این، نتایج حاکی از این است که عواطف مثبت نه تنها این تأثیر را تقویت می‌کنند، بلکه به تبیین اهمیت فرآیندهای عاطفی در بهبود رفاه روان‌شناختی بیماران کمک می‌نمایند. هاشمی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند خودکارآمدی معنوی به بیماران کمک می‌کند تا با استفاده از منابع معنوی مانند دعا، مدیتیشن یا ارتباط با خداوند، بهتر با استرس و اضطراب ناشی از بیماری مقابله کنند. این مؤلفه باعث می‌شود بیماران احساس قدرت و کنترل بیشتری در مواجهه با چالش‌های بیماری داشته باشند و از نظر روانی مقاومت بیشتری نشان

دهند. از سوی دیگر کلازک و همکاران (۲۰۱۸) طرح زندگی معنوی با ایجاد حس معنا و هدف در زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا زندگی خود را در چارچوبی بزرگ‌تر و معنادارتر ببینند. این مؤلفه از احساس انزوا و افسردگی جلوگیری می‌کند و به بیماران انگیزه می‌دهد تا با وجود محدودیت‌های ناشی از بیماری، به زندگی خود ادامه دهند و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند؛ بنابراین، یافته‌های این پژوهش تبیین می‌کنند که سلامت معنوی، از طریق تقویت خودکارآمدی معنوی و طرح زندگی معنوی، به عنوان یک عامل کلیدی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلبی عمل می‌کند.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رابطه وجود دارد. یافته‌های این فرضیه با مطالعات گیمز لیورت، ماتینز گونزالز و ماورل (۲۰۲۱)، نری هارویت، یان و ایبک (۲۰۱۸)، ثوراستون و همکاران (۲۰۲۱)، عاشوری و همکاران (۱۴۰۱)، عباسی و همکاران (۱۳۹۹) و سوتیروپولو و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. پژوهش‌ها نشان داده است که ارتباط شفقت بر خود با بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله نارسایی قلبی، می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد. این روند ممکن است از طریق افزایش استقلال روانی، مقابله مؤثرتر با استرس و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، تأثیرگذار باشد (سوتیروپولو و همکاران، ۲۰۲۳). شفقت به خود می‌تواند از احساسات منفی دوری کند و احساسات مثبت را تقویت کند که برای بهزیستی روانی مفید است. علاوه بر این، به طور تجربی ثابت شده است که شفقت به خود به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است. مطالعه ثوراستون و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که خودشفقتی باعث کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی زیر بالینی (IMT) می‌شود و این اثرات مستقل از عوامل خطر سنتی است. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که تقویت خودشفقتی می‌تواند به بهبود سلامت قلبی عروقی زنان کمک کند. پژوهش نری هارویت، یان و ایبک (۲۰۱۸) حاکی از این بود که خودشفقتی به صورت مستقیم با بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به ام‌اس ارتباط دارد. این تأثیر احتمالاً از طریق تقویت نگرش غیرقضاوتی نسبت به خود و کاهش احساس انزوا در مواجهه با علائم ناتوان‌کننده عمل می‌کند. در تبیین یافته‌ها باید اشاره کرد شفقت به خود به معنای محبت و مهربانی نسبت به خود است که می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و ارزشیابی مثبت افراد شود. این بیماران ممکن است با مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی روبرو شوند و شفقت به خود می‌تواند به عنوان

یک روش مواجهه مثبت برای این موضوعات عمل کند و آن‌ها را در بهبود بهزیستی روانی کمک کند؛ زیرا این افراد اغلب با مشکلات جسمی و روانی شدیدی روبه‌رو هستند که ممکن است منجر به کاهش اعتماد به نفس و افزایش استرس شود. احساس شفقت به خود می‌تواند به این افراد کمک کند تا بتوانند با موقعیت‌های دشواری که رو برو می‌شوند، بهتر مقابله کنند و احساس بهزیستی روانی بیشتری پیدا کنند. نتایج تحلیل‌های رگرسیون نشان داد که برخی ابعاد روان‌شناختی، نقش کلیدی‌تری در پیش‌بینی بهزیستی بیماران دارند. در میان عوامل مورد بررسی، توانایی درک اشتراکات انسانی با دیگران، کاهش احساس تنهایی و جدایی و نیز مهارت مواجهه آگاهانه و بدون قضاوت با تجربیات، بیشترین ارتباط را با بهبود وضعیت روانی نشان دادند. این یافته‌ها حاکی از آن است که پذیرش شرایط به‌عنوان بخشی از تجربه بشری، ایجاد ارتباط عاطفی با دیگران و توسعه نگرش متعادل نسبت به چالش‌ها می‌تواند سازوکارهای مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی روانی این بیماران باشند. چنین مؤلفه‌هایی احتمالاً از طریق تسهیل فرآیندهای انطباقی و تعدیل برداشت‌های فردی از بیماری، زمینه‌سازگاری بهتر با شرایط را فراهم می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مؤثر از بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی عمل می‌کند و تأکید بر اهمیت شفقت به خود به‌عنوان عاملی تسهیل‌کننده در این رابطه حیاتی است. نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های سلامت معنوی (خودکارآمدی و طرح‌زندگی) و شفقت به خود (تجارب مشترک انسانی، کاهش انزوا و ذهن‌آگاهی) در مجموع توانستند ۴۷/۱ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلبی را تبیین کنند. این یافته‌ها حاکی از آن است که تقویت این متغیرها می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مؤثر در مدیریت مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری مزمن مورد توجه قرار گیرد. ترکیب این دو عامل (سلامت معنوی و شفقت به خود) ظرفیت قابل توجهی در ارتقای کیفیت زندگی روانی این بیماران دارد. از آنجاکه بیماری‌های قلبی به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی و وضعیت روانی بیماران تأثیر می‌گذارد، ضرورت مداخلات روان‌شناختی و معنوی در درمان این بیماران بیش از پیش حس می‌شود. این یافته‌ها می‌تواند راهنمایی برای پرستاران، روان‌شناسان و سایر متخصصان حوزه بهداشت باشد تا در برنامه‌ریزی‌های خود به اهمیت این ابعاد توجه کنند. با توجه به محدودیت‌های موجود

در این مطالعه، نظیر نمونه‌گیری محدود و عدم بررسی سایر عوامل مؤثر، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، به بررسی عمیق‌تر تأثیر سلامت معنوی و شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی بپردازند. در نهایت، این پژوهش نشان می‌دهد که ادغام مداخلات با هدف بهبود سلامت معنوی و شفقت به خود، نه تنها می‌تواند به مدیریت بهتری از شرایط بیماران نارسایی قلبی کمک کند، بلکه می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها منجر شود.

سپاسگزاری

از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

۱. حسنی، فاطمه؛ تیزدست، طاهره و زردبخش، محمدرضا (۱۳۹۹)، ارائه مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با میانجی‌گری خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به ام‌اس، پژوهش‌های جامعه‌شناختی، ۱۴ (۳): (پیاپی ۴۹).
۲. خواجوی، آرمان؛ معینی، مهین و شفیع، داوود (۱۳۹۷)، تأثیر یک برنامه آموزشی حمایتی خانواده‌محور تحت وب بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران نارسایی قلبی پس از ترخیص، یک کارآزمایی بالینی تصادفی، بالینی پرستاری و مامایی، ۷ (۴): ۲۹۴-۲۸۶.
۳. رحیم زاده، مریم. صف‌آرا، مریم و اقایوسفی، علیرضا (۱۴۰۲). ارتباط سلامت معنوی با سلامت و بهزیستی نوجوان. پژوهش در دین و سلامت، دوره ۹ شماره ۴ (۲۰۲۳)، ۱۹ آذر ۲۰۲۳، صفحه ۱۴۸-۱۶۳.
۴. زندگی، غزل؛ متو، سمانه؛ ظهراب‌نیا، الهام و رحمتی، صمد (۱۴۰۲)، نقش آشفتگی‌های روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان در دوران کرونا، رویش روان‌شناسی، ۱۲(۶): ۱۸۲-۱۷۳.
۵. سمیعی لاله، شجاع‌نهند حبیب، حسین پور محمدرضا، سمیعی صدیقه، سمیعی رضا (۱۴۰۳). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی. ۲۰ (۲۴): ۱-۱۳.
۶. شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم و جلوداری، آرش (۱۳۹۴)، ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت. خود در گروهی از زندانیان، فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۶ (۱۹): ۴۶-۳۱.
۷. صفی‌زاده، فائزه و فتحی، منصور (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان بافت در شرایط پاندمیک کرونا. مجله مطالعات روانشناسی و علوم

تربیتی، دوره: ۴، شماره: ۳۲.

۸. عاشوری، میترا؛ کچویی، محسن و وحیدی، الهه (۱۴۰۱)، بررسی ارتباط خودشفقتی با بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس با میانجی‌گری احساس تنهایی اجتماعی، مجله سلامت و مراقبت، ۲۴ (۱): ۶۳-۵۲.

۹. عباسی، هدیه؛ طهماسبی، ژینا و قمری، شکیلا (۱۳۹۹)، پیش‌بینی سلامت معنوی بر مبنای شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان سنندج، ششمین همایش بین‌المللی مدیریت، روان‌شناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار، تهران.

۱۰. فتحی، آیت‌الله؛ صادقی، سولماز؛ ملکی راد، علی‌اکبر؛ رستمی، حسین و عبدالمحمدی، کریم (۱۳۹۹)، تأثیر ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در اضطراب کرونا (کووید ۱۹) در دانشجویان دانشگاه آزادشهر تبریز در فروردین سال ۱۳۹۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)، ۲۳ (۵) (پیاپی ۱۴۷): ۷۰۹-۷۰۱.

۱۱. محمدی سعید، سلطان‌آبادی سمانه، ادیبی مریم، نوری محمد، دوازده امامی محمد حسن (۱۴۰۰). بررسی ارتباط بین سبک‌های دل‌بستگی و بهزیستی روان‌شناختی در میان نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست: نقش میانجی شفقت به خود و تمایز یافتگی خود. رویش روان‌شناسی. ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۶): ۱۵۱-۱۶۰

۱۲. محمودی، هیوا (۱۳۹۶)، مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خود-دلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد و افراد عادی، روان‌شناسی سلامت، ۷ (۲۵): ۳۴-۲۱.

۱۳. میکائیلی منیع، فرزانه؛ طباطبایی، سیدموسی و رادمعصومی، سیده فاطمه (۱۴۰۰)، مقایسه دیدگاه زمانی، بهزیستی معنوی و بهزیستی روانی در نوجوانان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در اعتکاف، مجله پژوهش در دین و سلامت (پژوهش دین و سلامت)، ۷ (۳): ۷۹-۶۸.

14. Clark, E. M., Williams, B. R., Huang, J., Roth, D. L., & Holt, C. L. (2018). A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of Religion and Health*, 57 (6), 2258-2278.
15. Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 2 (5), 499-503.
16. Giménez-Llort, L., Martín-González, J. J., & Maurel, S. (2021). Secondary impacts of COVID-19 pandemic in fatigue, self-compassion, physical and mental health of people with multiple sclerosis and caregivers: The Teruel Study. *Brain Sciences*, 11 (9), 1233.
17. Hashemi, Z., Aghajanihashjin, T., & Shokrgozar, A. R. (2022). The relationship of spiritual wellbeing with mental health, resilience and life expectancy in cardiovascular patients. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*, 8 (3), 38-52.
18. Hu, Y., Jiao, M., & Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliative Care*, 18 (1), 1-8.
19. Jiang, Y., Chen, Z., Nuerdawulieti, B., Chen, M., Nan, J., Li, J., & Ge, Y. (2024). Factors associated with the core dimensions of spiritual health among older adults with chronic obstructive

- pulmonary disease: A cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 692–706. <https://doi.org/10.1111/jan.15825>
20. Krok, D., & Zarzycka, B. (2020). Self-efficacy and psychological well-being in cardiac patients: Moderated mediation by affect and meaning-making. *The Journal of Psychology*, 154 (6), 411–425.
 21. Li, W., Guo, Y., Lai, W., Wang, W., Li, X., Zhu, L., ... & Lu, C. (2023). Reciprocal relationships between self-esteem, coping styles and anxiety symptoms among adolescents: between-person and within-person effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17 (1), 21.
 22. Lippi, G., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 5, 21.
 23. López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9 (1), 325–331.
 24. Mohammadi, N., Aghayousefi, A., Alipour, A., Sadeghi, M., Nikrahan, G., & Roohafza, H. (2017). The role of psychological well-being indicators in predicting metabolic risk factors in patients with chronic coronary heart disease. *Positive Psychology Research*, 3 (3), 17–32.
 25. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223–250.
 26. Neff, K., & Germer, C. (2022). The role of self-compassion in psychotherapy. *World Psychiatry*, 21 (1), 58–59.
 27. Nery-Hurwit, M., Yun, J., & Ebbeck, V. (2018). Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, 11 (2), 256–261.
 28. Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behavior: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15 (1), 113–139.
 29. Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (3), 250–255.
 30. Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 368, m313.
 31. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069–1081.
 32. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014; 83(1):10–28.
 - 33.
 34. Ryff, C. D. (2016). Psychological well-being and health: Past, present and future. *Psicologia della Salute*, 2016 (1), 7–26.
 35. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727.
 36. Shirazi, S. (2018). Examining the relationship between illness perception, adherence to medication

- regimen and readmission in patients with heart failure [Doctoral dissertation, Tabriz University of Medical Sciences].
37. Sotiropoulou, K., Patitsa, C., Giannakouli, V., Galanakis, M., Koundourou, C., & Tsitsas, G. (2023). Self-compassion as a key factor of subjective happiness and psychological well-being among Greek adults during COVID-19 lockdowns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (15), 6464.
 38. Thurston, R. C., Fritz, M. M., Chang, Y., Barinas Mitchell, E., & Maki, P. M. (2021). Self-compassion and subclinical cardiovascular disease among midlife women. *Health Psychology*, 40 (11), 747-753.
 39. Vasigh, A., Tarjoman, A., & Borji, M. (2020). Relationship between spiritual health and pain self-efficacy in patients with chronic pain: A cross-sectional study in west of Iran. *Journal of Religion and Health*, 59 (3), 1115-1125.
 40. World Health Organization. (2021). HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. World Health Organization.
 41. World Health Organization. (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. World Health Organization.

