

رابطه بین محیط خانواده، تعهد زناشویی، حمایت همسر و رفتارهای خود مراقبتی در

بیماران قلبی: یک مطالعه معادلات ساختاری

فهیمة کوهستانی<sup>۱</sup>، \*یاسر رضاپور میرصالح<sup>۲</sup>، فاطمه بهجتی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۰/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۲۹)

**Relationship between Family Environment, Marital Commitment, Spousal Support and Self-care Behavior among Heart Failure Diseases: A Structural Equation Modeling Study**

Fahimeh Koohestani<sup>1</sup>, \*Yasser Rezapour Mirsaleh<sup>2</sup>, Fatemeh Behjati<sup>3</sup>

1. M.A. in Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

Original Article

(Received: Jan. 06, 2020 - Accepted: Nov. 19, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

**Objective:** Heart disease affects not only the patient but also his family. The main purpose of this study was to investigate the relationship between family environment, marital commitment, spousal support and self-care behavior among heart failure diseases. **Method:** This study was a correlational study using structural equation modeling. The statistical population of this study was heart failure patients referring to health centers in Kerman city in 1397. A total of 200 patients were selected by available sampling. The data gathered using self-care behaviors questionnaire (jaarsma & et al, 2003), marital commitment questionnaire (Stanley & Markman 1992), Family environment questionnaire (Moos & Moos, 1986), and spouse support Questionnaire (Sallis & et al, 1987) and analyzed by Pearson's correlation, regression analysis and structural modeling. **Findings:** The finding showed that the family environment and the spousal support could significantly predict self-care behaviors in patients ( $p < 0.05$ ) but the predicting role of marital commitment was not significant ( $p > 0.05$ ). Findings of structural equation modeling showed that family environment influenced patients self-care behaviors by increasing their spousal support. **Conclusion:** the results showed that spousal support has a significant mediating role in the relationship between family environment and self-care behaviors of cardiac patients and marital commitment has not a significant role in model predicting self-care behaviors.

**Keywords:** Heart Disease, Marital Commitment, Spouse Support, Family Environment, Self-Care Behaviors.

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی نه تنها خود فرد بلکه خانواده وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه بین محیط خانواده، تعهد زناشویی، حمایت همسر و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی بود. روش: مطالعه حاضر، یک مطالعه همبستگی بود که با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش بیماران قلبی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بود که از این بین نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رفتارهای خود مراقبتی جارسما و همکاران (۲۰۰۳)، تعهد زناشویی استنلی و مارکمن (۱۹۹۲)، جو خانوادگی مووس و مووس (۱۹۸۶) و حمایت همسر سالیس و همکاران (۱۹۸۷) جمع‌آوری و با آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که محیط خانواده و حمایت همسر قادر به پیش‌بینی معنی‌دار رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی بودند ( $p < 0.05$ )، اما نقش پیش‌بین تعهد زناشویی معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ). یافته‌های تحلیل معادلات ساختاری نشان داد که محیط خانواده خوب از طریق افزایش حمایت همسر بر رفتارهای خود مراقبتی بیمار تأثیر می‌گذارد. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که حمایت همسر در ارتباط بین محیط خانواده و رفتارهای خود مراقبتی بیماران قلبی نقش میانجی معنی‌داری دارد و تعهد زناشویی نقش معنی‌داری در مدل پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی ندارد.

واژگان کلیدی: بیماری قلبی، تعهد زناشویی، حمایت همسر، محیط خانواده، رفتار خود مراقبتی.

\*Corresponding Author: Yasser Rezapour Mirsaleh

\*نویسنده مسئول: یاسر رضاپور میرصالح  
Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

مقدمه

دیکسون، کامرون، جانسون، بونکر، پیچ و کارتر<sup>۵</sup>، (۲۰۱۰)؛ بنابراین، برای غلبه بر مشکلات، عوارض درمان و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران، مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت از خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که لازمه این امر افزایش آگاهی، تغییر نگرش و کسب مهارت‌های خود مراقبتی می‌باشد (براز، محمدی و برومند، ۱۳۸۴). خود مراقبتی<sup>۶</sup>، به‌عنوان توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علائم، درمان مشکلات جسمی، روانی، تغییر سبک زندگی و درنهایت زندگی مطلوب با وجود یک بیماری مزمن تعریف می‌شود (دین، کری، کاپوچیو و اوشوت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). فعالیت‌های خود مراقبتی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علائم بیماری است (کامرون، کارتر، پیچ و استوارت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). در اغلب موارد عدم آگاهی و نامناسب بودن رفتارهای خود مراقبتی، منجر به بستری شدن مجدد بیماران می‌شود، بنابراین افزایش آگاهی بیماران از طریق آموزش، به بهبود رفتارهای خود مراقبتی کمک می‌کند (کاتو، کینوگاوا، یائو و کازوما<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). بهبود رفتارهای خود مراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماری‌شان است و این

بیماری قلبی<sup>۱</sup>، بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ای است که در جوامع غربی و ایران گسترش یافته و یکی از عوامل عمده ازکارافتادگی و مرگ محسوب می‌شود (لطفی کنگرشاهی، دهقانی آرانی، رستمی، اشرف تالش و ابوالحسنی، ۱۳۹۸). این بیماران علائم فیزیکی و روانی متعددی از قبیل تنگی نفس، فقدان انرژی و ضعف، خستگی، اختلالات خواب، افسردگی و درد قفسه سینه را تجربه می‌کنند (فرانسیس و تانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) که مجموعه این علائم باعث محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره بیمار، در انجام امور شخصی و اجتماعی وی می‌گردد که این نیز به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (رکتور، آناند و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶)، کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ‌ومیر بیمار ارتباط مستقیم دارد (گومز و بوچی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). اگرچه پیشرفت‌های زیادی در درمان بیماران قلبی در دو دهه اخیر اتفاق افتاده است، اما شیوع آن در حال افزایش است. بطوریکه آمارهای رسمی در ایران و جهان نشان می‌دهد اولین علت مرگ‌ومیر، بیماری‌های قلبی هستند. حدود ۵۰ میلیون نفر در سال فوت می‌کنند که از این میان بیش از ۱۱ میلیون نفر درگیر این بیماری بوده‌اند. همچنین، سالانه مبالغ هنگفتی صرف مراقبت از این بیماران می‌شود و قسمت اعظم آن ناشی از افزایش بازگشت بیماری، بستری مجدد در بیمارستان و استفاده از مراقبت‌های ویژه است (ریگل،

5. Riegel, Dickson, Cameron, Johnson, Bunker, Page & Worrall-Carter

6. Self-care

7. Dean, Kerry, Cappuccio & Oakeshott

8. Cameron, Worrall-Carter, Page & Stewart

9. Kato, Kinugawa, Ito, Yao & Kazuma

1. Heart Disease

2. Francis & Tang

3. Rector, Anand & Cohn

4. Gomes & Bocchi

محیط، رفتارهای خود مراقبتی بیمار بیشتر نیز می‌شود (لاکس، آلمیدا، تیلور و متیو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱).

مطالعات نشان می‌دهند که حمایت اعضای خانواده می‌تواند بستری شدن در بیمارستان را کاهش دهد و بر نتیجه بیماری تأثیر مثبت بگذارد (لوتیک، جارسما، ویگر و ون ولدوهیزن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

حمایت خانواده با نرخ پذیرش مجدد کمتر و مصرف بهتر از داروها ارتباط دارد درحالی‌که عدم حمایت عاطفی و زندگی به‌تنهایی با پریشانی روانی-اجتماعی در بیماران مرتبط است (دورس، لی، وو و تامسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). یافته‌های یک مطالعه نشان داد که خانواده‌های بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سطح بالایی از استرس را تجربه کرده‌اند و ارتباط نزدیک بین اعضای خانواده نقش مهمی در پیشگیری از بیماری و همچنین بهبودی از بیماری دارد (تئوبالد<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). در واقع بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و خانواده آنان نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت‌ها، تشخیص علائم عود بیماری و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند، لذا مشارکت دادن اعضای خانواده به‌ویژه همسر در تیم مراقبتی سبب فراهم شدن حمایت روحی روانی برای بیمار و بهبودی سریع‌تر وی شده و با ایجاد روحیه مثبت موجب کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود. همسران به‌طور معمول اولین کسانی هستند که در دوران بحران به‌عنوان منبع حمایتی عمل می‌کنند به‌طوری‌که رابطه مستحکم با والدین، خواهر و

مسئله اهمیت فهم فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران را آشکارتر ساخته و همچنین طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با این رفتارها را طلب می‌کند (محمودی، علوی و موسوی، ۱۳۹۱)؛ بنابراین، مراقبت از خود مهم‌ترین استراتژی کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد و هرگونه پیشرفت در نتایج درمان، بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خود و مدیریت پیامدهای درمان دارد و اگر بیمار بتواند مراقبت از خود را به‌طور مناسب انجام دهد، بیش از پنجاه درصد از موارد بستری، قابل‌پیشگیری خواهد بود. لذا در سال‌های اخیر، تمرکز درمان بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود بوده است (گونزالز، لوپون، هرروس، اروتیا، التیمیر، کل و وال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). برای بسیاری از افراد مبتلا به نارسایی قلبی، مراقبت از خود با مدیریت رژیم غذایی و با کمک اعضای خانواده انجام می‌شود (انجمن قلب آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). اعضای خانواده فرد مبتلا به نارسایی قلبی، خود را مسئول می‌دانند تا به پایبند بودن بیمار به محدودیت‌های رژیم غذایی و آشامیدنی و سایر توصیه‌های درمانی کمک کنند (هاسون، پیکاک و هالتسلندر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). در نتیجه، محیط عاطفی خانواده بایستی برای این حمایت آماده باشد. خانواده‌ای که از محیط صمیمی برخوردار باشد و استرس کمتری را به بیمار منتقل کند، شرایط مراقبت بهتری را نیز برای بیمار فراهم می‌کند و در نتیجه در این

4. Loucks, Almeida, Taylor & Matthews  
5. Luttik, Jaarsma, Veeger & van Veldhuisen  
6. Doris, S. F., Lee, D. T., Woo, J., & Thompson  
7. Theobald

1. González, Lupón, Herreros, Urrutia, Altimir, Coll & Valle  
2. American Heart Association  
3. Hodson., Peacock & Holtslander

آدامز و جونز<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) تعهد زناشویی را بر مبنای مبنای سه اصل رضایت زناشویی، احساس وظیفه جهت ادامه دادن به رابطه و وحشت از پیامدهای ناگوار پایان دادن به ازدواج دانسته‌اند (موسکو، ۲۰۰۹)؛ و بر همین اساس آدامز و جونز (۱۹۹۷) سه نوع تعهد زناشویی را مشخص کرده‌اند: ۱- تعهد به همسر (فداکاری) که به معنای تمایل فرد برای باقی ماندن در رابطه است و سه عامل در آن دخیل است: افراد موجود در رابطه، جذب رابطه شدن و هویت زوج‌ها. ۲- تعهد اخلاقی (تعهد به ازدواج)، عملی است که فرد اخلاقاً متعهد می‌شود به رابطه ادامه دهد و شامل اعتقاد به این ارزش‌هاست: عمل به قول خود، پاسداشت ازدواج به‌عنوان یک نهاد اجتماعی و اخلاقی و حفظ ازدواج به‌عنوان یک مسئولیت مقدس. ۳- تعهد اجباری (حس در دام افتادن) که به معنای ادامه دادن اجباری به ازدواج به خاطر وضعیت فرزندان، مسائل مالی و ... است؛ بنابراین، سطوح بالای تعهد زناشویی با ابراز عشق بیشتر، سازگاری و ثبات زناشویی بالاتر، مهارت‌های حل مسئله مناسب‌تر و رضایت زناشویی بالا رابطه دارد (چانگ، لنی، ریگل، وو، دکر و موزر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

بنابراین می‌توان گفت محیط خانواده و حمایت از همسر می‌تواند نقش بسزایی در رفتارهای خود مراقبتی بیمار قلبی داشته باشد. باین‌وجود، این دو متغیر علاوه بر اینکه می‌توانند به‌طور مستقیم رفتارهای خود مراقبتی در بیماران را تحت تأثیر قرار دهند، به‌طور غیرمستقیم از

برادر یا دوستان، کمبود روابط مستحکم با همسر را جبران نمی‌کند و نمی‌تواند مانع افسردگی و تنش در بیماران به هنگام بروز مشکلات زندگی گردد (هلگسون و کوهن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). لذا، حمایت همسر باعث بهبود ادراک عاطفی و شناختی، عزت‌نفس، تسلط و مقابله با محدودیت‌های فیزیکی می‌شود (بن‌سیرا و الیزر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). شواهد نشان می‌دهد کسانی که موردحمایت روان‌شناختی و عاطفی همسرشان قرار داشتند در مقایسه با افرادی که از هم جدا شده بودند یا درگیری با همسرشان داشتند از وضعیت سالم‌تری برخوردار بودند (لوکر و بوری، ۲۰۰۲). در سال ۱۹۷۶ مدالی و گلدبورت<sup>۳</sup> اطلاعاتی از بیش از ۱۰۰۰۰ بیمار مرد منتشر کردند که نشان می‌دهد عشق و حمایت همسر در کاهش خطر ابتلا به بیماری قلبی اهمیت دارد.

علاوه بر این، محققان دریافتند زوج‌هایی که قادر به ابراز نگرانی و دلواپسی در مورد بیماری همسرشان بودند سطوح بالایی از کیفیت زناشویی را دارا بودند که قوی‌ترین و پایدارترین عامل پیش‌بینی کننده آن تعهد زناشویی بود (موسکو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). تعهد زناشویی رابطه‌ای است که در آن افراد دیدگاه بلندمدتی روی ازدواجشان دارند، برای رابطه‌شان فداکاری می‌کنند، برای حفظ و تقویت همبستگی و اتحادشان قدم برمی‌دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان پاداش‌دهنده نیست، می‌مانند (هارمون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

1. Helgeson & Cohen
2. Ben-Sira & Eliezer
3. Medalie & Goldbourt
4. Mosko
5. Harmon

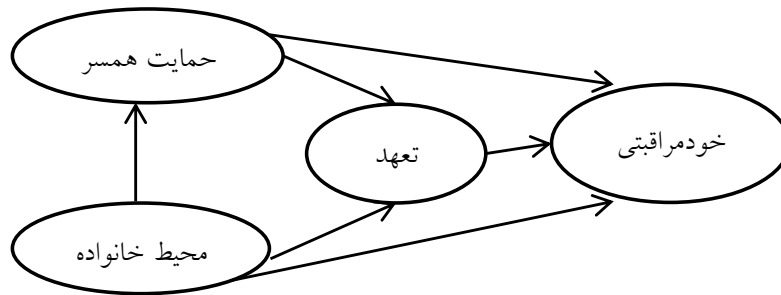
6. Adams & Jones

7. Chung, Lennie, Riegel, Wu, Dekker & Moser

مطالعات بیشتر در این زمینه برای مشخص کردن نحوه تأثیر محیط خانواده بر وضعیت بیماران قلبی وجود دارد. از سویی دیگر، با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی با هدف بررسی ارتباط متغیرهای مربوط به خانواده بیمار با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی در کشورمان انجام نشده است انجام این پژوهش از اهمیت زیادی برخوردار است و نتایج به دست آمده از این پژوهش را می توان در اختیار بیمارستان ها و کلینیک ها در جهت ارائه مشاوره و توصیه های روان شناختی به بیماران و خانواده های آن ها برای مقابله بهتر با بیماری شان و مشکلات روان شناختی ناشی از آن قرار داد. همچنین نتایج این پژوهش می تواند راهگشایی برای تحقیقات آتی در راستای بالابردن کیفیت زندگی بیماران باشد.

طریق تأثیرگذاری بر تعهد زناشویی که قوی ترین و پایدارترین عامل پیش بینی کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی است نیز می توانند منجر به بهبود رفتار خود مراقبتی در بیماران شود. ارتباط بین متغیرها را می توان در شکل ۱ نشان داد.

تاکنون اکثر پژوهش های انجام شده در حوزه روانشناسی سلامت بیماران قلبی، به وضعیت خود بیمار پرداخته اند و محدود پژوهش های انجام شده در خانواده بیماران نیز عمدتاً فشار مراقبت را روی مراقبان مورد بررسی قرار داده اند (جارسما، برونز، کرای، لوتیک و استرومبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). پژوهش های بسیار کمی در مورد ارتباط وضعیت خانوادگی و زناشویی بیماران قلبی با وضعیت بیماری آن ها انجام شده و عمده این پژوهش های اندک نیز به صورت آزمایشی به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی در بیماران قلبی پرداخته اند (ونگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). با این وجود، نیاز به



شکل ۱. مدل پیش فرض پژوهش

### روش

مراکز بهداشتی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بودند. به منظور رعایت موازین اخلاقی پس از اخذ معرفی نامه از ریاست دانشگاه جهت دریافت مجوز برای انجام پژوهش، پرسشنامه ها در اختیار بیماران قرار داده شد. از بیماران رضایت نامه کتبی

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است که با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به

1. Jaarsma, Brons, Kraai, Luttik & Stromberg  
2. Wong

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(N \cdot d^2)(t^2 \cdot p \cdot q)} = \frac{1400 \cdot 1.96^2 \cdot .814 \cdot .186}{(1400 \cdot .05 \cdot .05) + (1.96^2 \cdot .814 \cdot .186)} \cong 200$$

اجزای این فرمول عبارت‌اند از:

n: حجم نمونه

N: حجم جامعه آماری

t = ۱/۹۶ سطح اطمینان قابل قبول ۹۵ درصد

d = ۰/۰۵ دقت احتمالی مطلوب

p = ۰/۸۱۴ و q = ۰/۱۸۴ (محاسبه شده از روی

پیش‌آزمون انجام شده توسط محقق)

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های

زیر استفاده شد.

۱- پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی: این

پرسشنامه در ایران و در مطالعات مختلف

مورد استفاده قرار گرفته است و توسط جارسما و

همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) برای تعیین رفتارهای خود

مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

طراحی شده است که دربردارنده دوازده سؤال در

مورد رفتارهای خود مراقبتی بیماران نارسایی قلبی

شامل کنترل وزن، محدودیت مایعات،

دارودرمانی، فعالیت‌های بدنی، میزان استراحت،

مراجعه به مراکز درمانی هنگام افزایش وزن، تنگی

نفس، ورم پاها، احساس خستگی زیاد و همچنین

تزریق سالیانه واکسن آنفولانزا است و پاسخ هر

سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً

موافقم با نمره ۵ تا کاملاً مخالفم با نمره ۱،

تنظیم شده است. مجموع نمره کل این مقیاس بین

۶۰-۱۲ است و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده رعایت

ضعیف رفتارهای خود مراقبتی از سوی بیماران

می‌باشد. نمره ۲۸-۱۲ نشان‌دهنده خود مراقبتی

ضعیف، ۴۴-۲۹ خود مراقبتی متوسط، ۶۰-۴۵

جهت انجام پژوهش اخذ شد. جهت اجرای

صحيح پژوهش، توضیحات لازم در رابطه با نحوه

پر کردن پرسشنامه‌ها، عدم نیاز به نوشتن نام و

محرمانه بودن اطلاعات جمعیت شناختی

پرسشنامه‌ها ارائه شد و ضمن تشکر از همکاری

آزمودنی‌ها در این پژوهش، هرکدام به صورت

انفرادی در رابطه با اهمیت و اهداف تحقیق، توجیه

شدند. همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته شد با

کمال دقت و حوصله به سؤالات پاسخ دهند.

بدین ترتیب تمامی آزمودنی‌ها آگاهانه و با

رضایت کامل وارد فرآیند پژوهش شدند. همچنین

نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس

با ملاک‌های ورود به نمونه‌گیری: سن بالای ۲۵

سال، گذشت حداقل ۱ سال از شروع دوره

بیماری، گذشت حداقل ۱ سال از زندگی

زناشویی، سطح تحصیلات حداقل سیکل و

ملاک‌های خروج: سابقه بیماری روانی

شناخته شده، سابقه بیماری یا معلولیت جسمی

دیگری به جز بیماری قلبی، وقوع حوادث

استرس‌زا در ۶ ماه گذشته و مصرف داورهای

خاص روان‌پزشکی انتخاب شد.

اخذ تصمیم درباره حجم نمونه، از لحاظ

تأمین میران دقت نتایج نمونه‌گیری و صرفه‌جویی

در مقدار وقت و هزینه، از اهمیتی خاص

برخوردار است. حجم جامعه آماری (n=۱۴۰۰)

بود. به علت مشخص بودن حجم جامعه، برای

برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد

و نمونه موردنظر با سطح اطمینان ۹۵ درصد و

دقت احتمالی ۵ درصد، ۲۰۰ نفر مشخص گردید.

زناشویی داشت (استنلی و مارکمن، ۱۹۹۲). امانی (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ بدست آورد. در این پژوهش آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

۳- پرسشنامه محیط خانواده: این پرسشنامه توسط رادولف موس و پرینس موس<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) باهدف شناسایی محیط خانواده تهیه شده و دارای ۹۰ سؤال و سه بعد (رابطه، رشد فردی و نگهداری سیستم) می باشد که در ۱۰ خرده مقیاس تنظیم می شوند. در این پژوهش فقط از بعد رابطه (خرده مقیاس های انسجام، بیانگری و تعارض) که دارای ۲۷ سؤال می باشد استفاده شد، به این دلیل که ابعاد دیگر، وضعیت های فیزیکی و محیطی خانواده را موردسنجش قرار می داد و به علت اینکه در این پژوهش محیط عاطفی خانواده مدنظر بود، از آنها استفاده نشد. در اکثر پژوهش هایی که منظور از محیط خانواده جو عاطفی آن است، فقط از این بعد استفاده می شود. بعد رابطه سه خرده مقیاس انسجام (۹ سؤال)، بیانگری (۹ سؤال) و تعارض (۹ سؤال) را اندازه گیری می کند. نمرات خرده مقیاس تعارض را معکوس شد تا نمره کلی مقیاس قابل جمع شود. این پرسشنامه دوگزینه ای و به صورت صحیح و غلط نمره گذاری می شود. به پاسخ درست نمره (۱) و به پاسخ غلط نمره (۰) داده می شود. مجموع نمرات سؤال های مربوط به هر خرده مقیاس، نمرات آن مقیاس را تشکیل می دهد و مجموع نمرات خرده مقیاس ها نمره کلی مقیاس

خود مراقبتی خوب محسوب می شود. این ابزار توسط شجاعی و همکاران (۱۳۸۸) برای سنجش توان خود مراقبتی بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی تهران و ایران مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش آنها، روایی ابزار به روش روایی محتوا و پایایی ابزار به روش آزمون باز آزمون با ضریب همبستگی ۰/۶۸ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در پژوهش باقری و همکاران (۱۳۹۶) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

۲- پرسشنامه تعهد زناشویی: این پرسشنامه توسط استنلی و مارکمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۴ ماده می باشد و برای سنجش میزان تعهد نسبت به روابط همسران مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس دارای همسانی درونی بالایی است و از ضرایب پایایی ۰/۷۲-۰/۵۴ برخوردار است. پاسخ هر سؤال بر اساس درجه بندی لیکرت ۷ نقطه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است دامنه نمرات بین ۹۷-۱۴ قرار می گیرد که امتیاز بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر تعهد است (کلین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). میانگین آلفا در تمام نقاط زمانی ۰/۷۶ برای زنان و ۰/۷۶ برای مردان بود. میانگین کل سؤالات مقیاس ۶/۳۳ و انحراف استاندارد ۰/۵۵ بود. ساختار عاملی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین این پرسشنامه روایی همگرایی با پرسشنامه های مشابه در زمینه تعهد

1. Stanley & Markman

2. Kline

3. Moos & Moos

این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

#### یافته‌ها

تعداد بیماران مورد ارزیابی در این پژوهش ۲۰۰ نفر بود که سن بین (۲۰ تا ۸۳) سال داشتند؛ و از این تعداد ۱۱۸ نفر زن و ۸۲ نفر مرد بودند. تعداد سال‌های سپری‌شده از بیماری هم بین ۱ تا ۳۰ سال بوده است. نتایج آزمون همبستگی نشان داد ابعاد تشویق، مشارکت، پاداش و مجازات و همچنین نمره کل مقیاس در متغیر حمایت همسر رابطه مثبت و معناداری با مراقبت از خود دارد به این معنی که با بهبود حمایت همسر میزان مراقبت از خود افزایش می‌یابد ( $P < 0/01$ ).

پژوهش با ۹۹ درصد اطمینان تأیید می‌شود و ابعاد محیط خانواده، تعهد زناشویی و حمایت همسر با خود مراقبتی بیماران قلبی همبستگی معنی‌داری دارد. در نهایت تعهد زناشویی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری با مراقبت از خود در بیماران نشان داد به این معنی که با افزایش میزان تعهد فرد بیمار در زندگی زناشویی، میزان مراقبت از خود در بیماران قلبی افزایش می‌یابد ( $P < 0/01$ ). بررسی خلاصه مدل رگرسیون نشان داد که متغیرهای پیش‌بین با مراقبت از خود در بیماران قلبی رابطه دارند و سهم هر یک از متغیرهای محیط خانواده و حمایت همسر به ترتیب ۰/۰۴ و ۰/۱۲ درصد در این رابطه است (جدول ۳).

را نشان می‌دهد. در ایران مقیاس محیط خانواده توسط فرخ‌زاد (۱۳۸۷) مورداستفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شد و آلفای کرونباخ به ترتیب برای انسجام ۰/۷۸؛ بیانگری ۰/۶۸ و برای تعارض ۰/۷۲ به دست آمد. میزان آلفای کل نیز ۰/۷۶ بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش برای انسجام ۰/۹۱؛ بیانگری ۰/۸۷؛ و برای تعارض ۰/۹۰ به دست آمد. آلفای کرونباخ نمره کل نیز ۰/۹۳ به دست آمد.

۴- پرسشنامه حمایت همسر برای رفتارهای رژیم و ورزش کردن که توسط سالیس<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۷) ساخته شد. این پرسشنامه از دو عامل عادت‌های رژیم غذایی و عادت‌های ورزشی ساخته شده است. عادت‌های رژیم غذایی از دو عامل تشویق (۶ مورد) و کارشکنی (۷ مورد) با واریانس ۰/۵۹ و مقیاس ورزشی از دو عامل مشارکت و درگیری (۱۲ مورد) و پاداش و مجازات (۳ مورد) با واریانس ۰/۵۹ تشکیل شده است. سؤالات در یک طیف ۵ درجه‌ای از هیچ (نمره ۱) تا اغلب (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات مربوط به کارشکنی و مجازات و تنبیه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی آزمون توسط سالیس و همکاران (۱۹۸۷) به روش باز آزمایی از ۰/۵۵ تا ۰/۸۶ و همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ به دست آمد. روایی سازه این آزمون نیز از اجرای تحلیل عامل تأییدی و اکتشافی تأیید شد (سالیس و همکاران، ۱۹۸۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ



جدول ۱. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای مختلف تحقیق

ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. انسجام	۱									
۲. بیانگری	-۰/۰۴	۱								
۳. (عدم) تعارض	۰/۳۲**	-۰/۰۱	۱							
۴. محیط خانواده	۰/۶۵**	۰/۴۷**	۰/۷۱**	۱						
۵. تعهد زناشویی	۰/۲۲**	۰/۰۹	-۰/۲۱**	۰/۲۷**	۱					
۶. تشویق (عدم)	۰/۱۸*	۰/۲۸۴**	-۰/۱۸۷*	۰/۲۲۴*	۰/۴۶**	۱				
۷. خرابکاری	۰/۰۶	-۰/۰۲	۰/۲۹**	۰/۱۹**	۰/۱۲	۰/۱۵*	۱			
۸. مشارکت	۰/۱۶*	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۵*	۰/۰۹	۰/۵۴**	۰/۰۲۲	۱		
۹. پاداش و تنبیه	۰/۲۸**	-۰/۰۰۵	۰/۲۲**	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۱	
۱۰. حمایت همسر	۰/۲۲**	۰/۰۶	۰/۱۸**	۰/۲۴**	۰/۲۰**	۰/۷۶**	۰/۳۴**	۰/۹۰**	۰/۵۲**	۱
۱۱. خود مراقبتی	۰/۱۶*	۰/۰۵	۰/۱۶*	۰/۲۳**	۰/۰۸	۰/۲۰**	۰/۰۰۹	۰/۳۰**	۰/۲۱**	۰/۲۹**

\*\* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱ \* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

جدول ۲. تحلیل واریانس مدل ابعاد محیط خانواده، تعهد زناشویی و حمایت همسر با خود مراقبتی

بیماران قلبی

مدل	منبع تغییرات	DF	مجموع مربعات	F	Sig
رگرسیون	۳۱۵/۷۵۰	۳	۱۰۵/۲۵	۲/۹۷	۰/۰۳
باقی مانده	۶۷۵۷/۷۳۷	۱۹۱	۳۵/۳۸۱		
جمع	۷۰۷۳/۴۸	۱۹۴			
رگرسیون	۳۱۸/۵۴۱	۴	۷۹/۶۳	۲/۲۴	۰/۰۶
باقی مانده	۶۷۵۴/۹۴۷	۱۹۰	۳۵/۵۵		
جمع	۷۰۷۳/۴۸۷	۱۹۴			
رگرسیون	۹۰۳/۶۴۴	۸	۱۱۲/۹۵	۳/۴۰	۰/۰۰۱
باقی مانده	۶۱۶۹/۸۴۴	۱۸۶	۳۳/۱۷		
جمع	۷۰۷۰/۴۸۷	۱۹۴			

میزان مراقبت از خود در بیماران قلبی افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/26$ ). همچنین حمایت همسر نیز با مراقبت از خود رابطه مثبت و معناداری نشان داد ( $P < 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان حمایت همسر، میزان مراقبت از خود در بیماران قلبی افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/12$ ).

به‌منظور بررسی بیشتر ماهیت رابطه در متغیرهای ذکر شده؛ ضرایب رگرسیون در مدل بر اساس جدول ۴ بررسی شدند و نشان داد بین محیط خانواده و مراقب از خود در بیماران قلبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ )، به این معنا که با افزایش میزان حمایت خانواده،

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون ابعاد محیط خانواده، تعهد زناشویی و حمایت همسر با خود مراقبتی بیماران قلبی

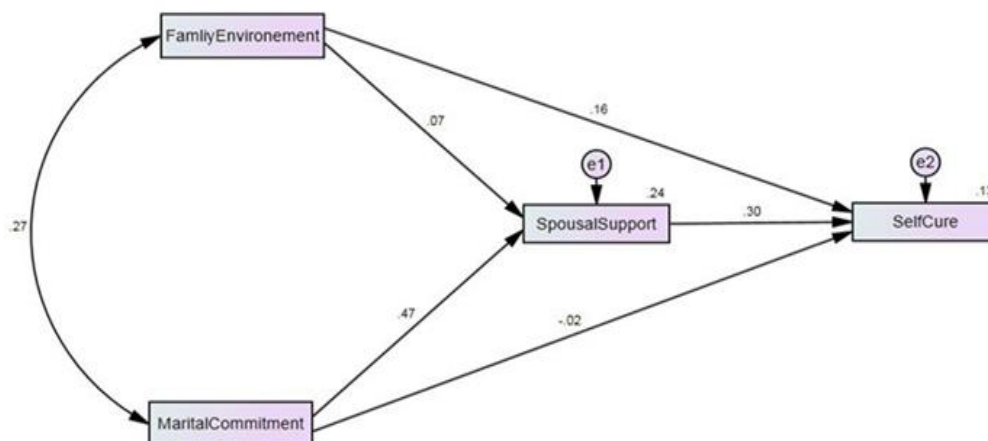
مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	خطای استاندارد	R <sup>2</sup> chang	F change	معناداری
۱	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۳۰	۵/۹۴	۰/۰۴	۲/۹۷	۰/۰۳
۲	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۰۲	۵/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۰۷	۰/۷۸
۳	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۰۹	۵/۷۵	۰/۰۸	۴/۴۱	۰/۰۰

جدول ۴. ضرایب رگرسیون ابعاد محیط خانواده، تعهد زناشویی و حمایت همسر با خود مراقبتی بیماران قلبی

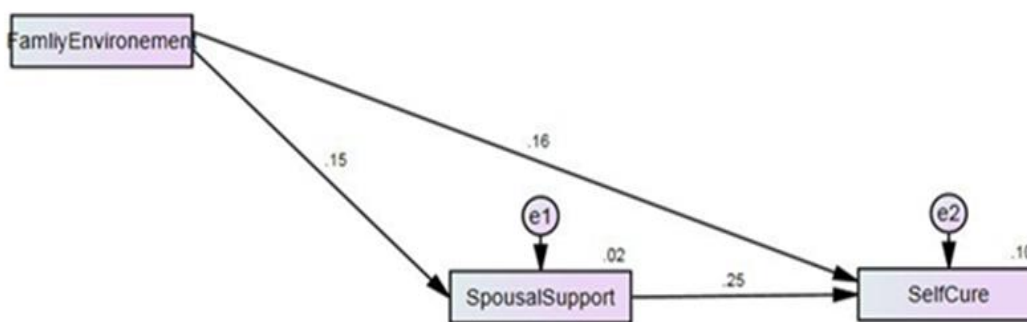
مدل	ضرایب استاندارد شده	T	Sig	ضرایب همبستگی جزئی	هم خطی چندگانه
۱	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۷۸	۰/۰۲	۰/۹۱
	۰/۲۵	۳/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۳
	۰/۱۷	۲/۳۹	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۵
	-۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۵۹	-۰/۰۳	۰/۹۱
	۰/۲۷	۳/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷	۰/۹۶
	۰/۱۶	۲/۲۳	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۸۹
	۰/۲۶	۳/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۱
	۰/۱۲	۱/۶۵	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۰
۲	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۵۷	-۰/۰۴	۰/۹۰
	۰/۲۷	۳/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۲۷	۰/۹۶
	۰/۱۶	۲/۲۱	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۸۶
۳	۰	.	.	.	۰/۰۰

ساخاری است؛ اما در آن به جای متغیر پنهان از متغیرهای مشاهده شده استفاده می شود. در این روش ابتدا مدل بر اساس روابط پیش بینی شده بین متغیرها طراحی و سپس با بررسی شاخص های برازش و پارامترهای حاصل، مدل را ارزیابی می کنند. برای بررسی مدل ابتدا مسیرهای یک طرفه از دو متغیر برون زاد محیط خانواده، تعهد زناشویی به سمت متغیر درون زاد مراقبت از خود در نظر گرفته شد. همچنین مسیر یک طرفه از حمایت همسر به سمت دیگر متغیر درون زاد در مدل، مراقبت از خود قرار داده شد. به علاوه مسیرهای یک طرفه از هر کدام از متغیرهای محیط خانواده، حمایت همسر به سمت مراقبت از خود نیز در نظر گرفته شد. همچنین ارتباط بین محیط خانواده، تعهد زناشویی نیز در نظر گرفته شد. در ابتدا مدل اصلی شامل همه مسیرهای مورد نظر آزمون شد (شکل ۱)، شاخص های برازش مدل اولیه در جدول ۵ گزارش شده است.

علاوه بر این مؤلفه مشارکت در محیط خانواده نیز رابطه مثبت و معناداری با مراقبت از خود نشان داد ( $P > 0/001$ )، به این معنا که با افزایش میزان مشارکت در خانواده، میزان مراقبت از خود در بیماران قلبی افزایش می یابد ( $\beta = 0/27$ ). در نهایت مؤلفه پاداش در متغیر حمایت همسر نیز رابطه مثبت و معناداری با مراقبت از خود نشان داد ( $P > 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان تشویق از سوی همسر، میزان مراقبت از خود در بیماران قلبی افزایش می یابد ( $\beta = 0/16$ ). بنابراین فرضیه پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می شود و محیط خانواده، تعهد زناشویی و حمایت همسر قادر به پیش بینی معنی دار خود مراقبتی در بیماران قلبی هستند. به منظور بررسی مدل علی محیط خانواده، تعهد زناشویی و مراقبت از خود با نقش واسطه ای حمایت همسر از نرم افزار AMOS و روش تحلیل مسیر و تحلیل میانجی در چهارچوب مدل سازی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. تحلیل مسیر کاملاً بر اساس موازین معادلات



شکل ۱. مدل اولیه عوامل مؤثر بر مراقبت از خود در حالت استاندارد



شکل ۲. مدل نهایی عوامل مؤثر بر مراقبت از خود بعد از انجام شاخص‌های برازش

جدول ۵. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری اولیه

شاخص	X <sup>2</sup>	DF	CMIN/DF	RMR	GFI	IFI	NFI	RFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۲۹/۷۶	۱	۲۹/۷۶	۴۸/۱۴	۰/۹۳	۰/۴۶	۰/۴۵	-۲/۲۹	۲/۲۸	۰/۴۰	۰/۳۸

جدول ۶. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری نهایی

شاخص	X <sup>2</sup>	DF	CMIN/DF	RMR	GFI	IFI	NFI	RFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۴/۱۸	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۸۵	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۰۶

مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج برازش مدل و شاخص‌های نیکویی برازش در جدول ۶ آورده شده است. شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است و شاخص‌های برازش، دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند.

در جدول ۸ در روابط بین متغیرهای مدل پس از حذف متغیر تعهد زناشویی برازش مطلوب مشاهده می‌شود. بر این اساس هم اثرات مستقیم و هم اثرات غیرمستقیم حمایت همسر بر مراقبت

برای برازش مدل مسیرهای غیر معنادار که شامل رابطه تعهد زناشویی با حمایت همسر و مراقبت از خود بودند، از مدل حذف شدند، مدل نهایی در نمودار ۲ نشان داده شده است. برآوردهای مربوط به شاخص‌های برازش کلیت مدل و پارامتر اصلی (اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر مراقبت از خود) در نمودار ۲ و جدول ۶ گزارش شده است.

در این پژوهش چند شاخص برای برازش مدل شامل شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI, TLI؛ بنتلر، ۱۹۹۰)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA؛ برون و کوداک، ۱۹۹۳) و شاخص برازش مطلق (GFI؛ بنتلر، ۱۹۹۰)،

این یافته به این معنا است که محیط خانواده از طریق افزایش حمایت در همسر بیمار باعث افزایش خود مراقبتی بیماران می‌شود؛ بنابراین فرضیه پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌شود و حمایت همسر در ارتباط بین تعهد زناشویی، محیط خانواده و رفتار خود مراقبتی در بیماران قلبی نقش میانجی ایفا می‌کند.

از خود معنادار هستند. بررسی‌ها و تحلیل‌های مربوط به اثرات میانجی حمایت همسر بین تعهد زناشویی، محیط خانواده و رفتار خود مراقبتی بر اساس جدول ۹ نشان داد که حمایت همسر بین محیط خانواده و رفتار خود مراقبتی نقش واسطه‌ای کامل دارد ( $\beta=0/09$ ؛  $P<0/001$ )، درحالی‌که بین تعهد زناشویی و مراقبت از خود نقش واسطه‌ای ایفا نمی‌کند و از مدل حذف شد.

جدول ۷. برآورد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر مراقبت از خود در مدل اصلاح‌شده اول

برآورد						متغیر وابسته	متغیر مستقل
کل		غیرمستقیم		مستقیم			
P	مقدار	P	مقدار	P	مقدار		
۰/۲۶	۰/۵۴	-	-	۰/۲۲	۰/۵۴	حمایت همسر	محیط خانواده
-	۱/۰۰	-	-	-	۱/۰۰		تعهد زناشویی
۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۱۷	مراقبت از خود	محیط خانواده
۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۸۶	۰/۰۹	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۸		تعهد زناشویی
۰/۰۰۲	۰/۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۰/۰۹	حمایت همسر	

جدول ۸. برآورد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر مراقبت از خود در مدل اصلاح‌شده اول

برآورد						متغیر وابسته	متغیر مستقل
کل		غیرمستقیم		مستقیم			
P	مقدار	P	مقدار	P	مقدار		
۰/۲۶	۰/۵۴	-	-	۰/۲۲	۰/۵۴	حمایت همسر	محیط خانواده
۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۱۷		محیط خانواده
۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۸۶	۰/۰۹	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۸	مراقبت از خود	حمایت همسر

بود؛ بنابراین شدت اثرات مستقیم و غیرمستقیم نیز مقایسه گردید (جدول ۹). این مقایسه نشان داد اثرات غیرمستقیم محیط خانواده بر خود مراقبتی بیش از اثرات مستقیم است؛ بنابراین شاهد یک نقش میانجیگری کامل برای متغیر حمایت همسر بین محیط خانواده و مراقبت از خود هستیم.

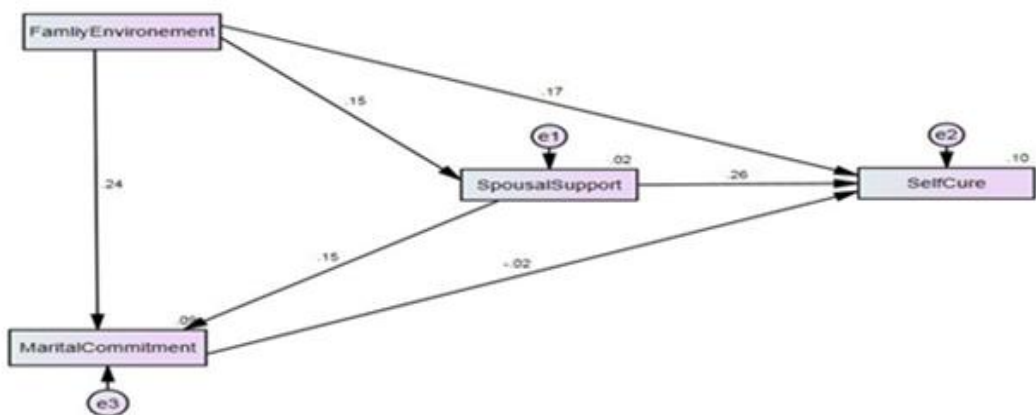
به منظور بررسی نقش میانجی یک متغیر در معادلات ساختاری (SEM) بایستی شدت اثرات مستقیم و غیرمستقیم مقایسه گردد. چنانچه مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم هر دو معنادار باشند، شاهد یک میانجی-گری نسبی و اگر صرفاً مسیرهای غیرمستقیم معنادار باشند، شاهد میانجی گری کامل برای متغیر واسطه‌ای خواهیم

جدول ۹. اثرات میانجی حمایت همسر در ارتباط بین تعهد زناشویی، محیط خانواده و مراقبت از خود

مراقبت از خود			متغیر
اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	
$\beta = 0.25$	$\beta = 0.09$	$\beta = 0.16$	محیط خانواده
$P > 0.05$	$P < 0.001$	$P > 0.05$	

در این مدل متغیر خود مراقبتی هنوز اثر معناداری ندارد ولی دو برتری نسبت به مدل اصلاح شده اول دارد. اول اینکه مسیر مستقیم حمایت خانواده به خود مراقبتی در مدل اصلاح شده اول غیر معنادار است ولی در این مدل معنادار است. دوم اینکه با وجود غیر معنادار بودن متغیر حمایت همسر در مدل مانده و حذف نشده است.

شاخص‌های اصلاح مدل ما را به مدل دیگری هم رساند که در شکل ۳ مشاهده می‌کنید. این مدل نشان می‌دهد پیش فرض ما مبنی بر اینکه تعهد زناشویی بر حمایت همسر اثر دارد درست نبوده و برعکس این موضوع صدق می‌کند و این حمایت همسر است که بر تعهد زناشویی اثر مستقیم دارد.



شکل ۳. مدل نهایی عوامل مؤثر بر مراقبت از خود بعد از انجام شاخص‌های برازش

به این معنا که با افزایش میزان مشارکت در خانواده، میزان حمایت همسر افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/15$ ). مؤلفه حمایت همسر نیز رابطه مثبت و معناداری با تعهد زناشویی نشان داد ( $P < 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان مشارکت در خانواده، میزان مراقبت از خود افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/15$ ). همچنین حمایت همسر با مراقبت از خود نیز رابطه مثبت و معناداری نشان داد ( $P < 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان حمایت همسر، میزان مراقبت از خود افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/26$ ).

بررسی ضرایب رگرسیون در مدل اصلاح شده دوم (شکل ۳) در مورد مؤلفه محیط خانواده نشان می‌دهد، این مؤلفه رابطه مثبت و معناداری با تعهد زناشویی نشان داد ( $P < 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان مشارکت در خانواده، میزان زناشویی افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/24$ ). همچنین مؤلفه محیط خانواده رابطه مثبت و معناداری با مراقبت از خود نشان داد ( $P < 0/05$ )، به این معنا که با افزایش میزان مشارکت در خانواده، میزان مراقبت از خود افزایش می‌یابد ( $\beta = 0/17$ ). علاوه بر این مؤلفه محیط خانواده رابطه مثبت و معناداری با حمایت همسر نشان داد ( $P < 0/05$ ).

جدول ۱۰. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	$X^2$	DF	CMIN/DF	RMR	GFI	IFI	NFI	RFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۳/۵۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۸۱	۰/۹۱	۰/۹۸	۰/۰۶

جدول ۱۱. اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت همسر در ارتباط بین محیط خانواده و مراقبت از خود

مراقبت از خود		متغیر
اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	
$\beta = 0/034$	$\beta = 0/16$	محیط خانواده
$P > 0/05$	$P < 0/05$	

جدول ۱۲. اثرات مستقیم و غیرمستقیم در ارتباط بین محیط خانواده و تعهد زناشویی

تعهد زناشویی		متغیر
اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	
$\beta = 0/022$	$\beta = 0/24$	محیط خانواده
$P > 0/05$	$P < 0/05$	

مراقبتی بیماران دیابتی تیپ دو انجام شد نیز نشان داد که بیش از ۹۰ درصد بیماران با کمک خانواده، خود مراقبتی داشتند و بیشترین نوع مراقبت‌ها، درمانی و در مرتبه دوم تغذیه‌ای بود. روسلند و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی با عنوان تأثیر خانواده بر خود مدیریتی بیماران قلبی و دیابتی نشان دادند اکثر بیماران صرف‌نظر از سن و وضعیت سلامتشان گزارش دادند که اعضای خانواده مرتباً به دنبال کمک به آن‌ها در کنترل بیماری مزمن با انجام رفتارهای خود مراقبتی هستند. در تبیین این یافته‌ها، خود مراقبتی را می‌توان به‌کارگیری شیوه زندگی سالم باهدف کمک به پیشگیری از بیماری‌ها و صدمات بیان نمود که نقش مهمی در کاهش استفاده از خدمات بهداشتی دارد (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۲). پیگیری و اجرای مستمر رفتارهای خود مراقبتی توسط بیمار به همراه مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرده و یا بروز آن را به تعویق اندازد. مطالعات نشان داده‌اند که عملکرد خانواده می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت اعضای آن داشته باشد و سلامت اعضای خانواده نیز می‌تواند بر عملکرد طبیعی خانواده اثرگذار باشد. از مهم‌ترین راه‌های توسعه خود مراقبتی برنامه‌ریزی آموزشی برای افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها است. بدین معنی که آموزش رفتارهای خود مراقبتی همراه با مشارکت فعالانه بیمار و اعضای خانواده در بهبود سطح رفتارهای خود مراقبتی بیماران مؤثر است. از سوی دیگر گسستگی روابط و عدم دریافت حمایت اجتماعی لازم از طرف خانواده به‌عنوان مهم‌ترین عامل

در جدول ۱۰ شاخص‌های برازش مدل سوم گزارش شده است. جدول شماره ۱۰ و نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد که در مدل اولیه (قبل از اصلاح مدل) متغیرهای تعهد زناشویی و حمایت همسر و محیط خانواده تأثیر مثبت و معنی‌داری بر مراقبت از خود دارند درحالی‌که تأثیر مستقیم محیط خانواده بر تعهد زناشویی بر حمایت همسر معنادار نیست. در جداول ۱۱ و ۱۲ اثرات غیرمستقیم محیط خانواده بر مراقبت از خود و تعهد زناشویی مشاهده می‌شود که معنادار نیست. در واقع در مدل اصلاح شده دوم همه مسیرهای مستقیم به‌جز مسیر تعهد زناشویی به خود مراقبتی معنی‌دار است و همه مسیرهای غیرمستقیم غیر معنی‌دار هستند.

#### نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین محیط خانواده، تعهد زناشویی، حمایت همسر و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که محیط خانواده با رفتارهای خود مراقبتی بیماران قلبی رابطه معنی‌داری دارد. به‌عبارتی دیگر، هرچه محیط خانواده یک بیمار قلبی بهتر باشد و جو مناسبی بین اعضای خانواده برقرار باشد، بیمار قلبی رفتارهای خود مراقبتی بیشتری دارد. این یافته با پژوهش سعیدی نجات و همکاران (۱۳۹۳) و روسلند و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. مطالعه سعیدی نجات و همکاران (۱۳۹۳) که باهدف نقش پشتیبانی خانواده در میزان خود



مراقبت‌های پزشکی واردش نمی‌کنند و اینکه همسرها چه تعهدی به هم داشته باشند ربطی به حمایت همسر ندارد. از آنجایی که بحث سلامت و جان وزندگی مهم است یک همسر می‌تواند درعین حالی که تعهد ندارد در امر درمان مشارکت کند. از سوی دیگر، برخی افراد، تعهد را محدود به تعهد جنسی و ارتباطی می‌دانند نه تعهد عاطفی. خصوصاً اینکه افراد نمونه این پژوهش شامل کسانی بودند که مدت‌زمان زیادی از زندگی مشترکشان گذشته بود و تعهد ارتباطی داشتند. لزوماً تعهد جنسی و ارتباطی رابطه‌ای با حمایت همسر ندارد. به‌عبارتی دیگر، یک فرد ممکن است ارتباط عاطفی کمی با همسر خود داشته باشد ولی از لحاظ جنسی و ارتباطی به وی متعهد هم باشد. درحالی‌که این تعهد عاطفی و صمیمیت بین زوجین است که باعث می‌شود از یکدیگر بیشتر حمایت کنند و مراقب وضعیت یکدیگر باشند؛ بنابراین، تعهد ارتباطی و جنسی ممکن است با تعهد عاطفی و صمیمیت و در نتیجه آن رفتار خود مراقبتی بیشتر در همسر، مرتبط نباشد. بر اساس نظریه گاتمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) تعهد زناشویی یک رابطه دوطرفه است. فرد در یک رابطه دوتایی، تعلق فردی خود را از دست می‌دهد و احساس تعلق دوطرفه می‌شود. به‌عبارتی دیگر، فرد در یک رابطه متعهد، صرفاً نمی‌تواند به علایق شخصی خودش توجه داشته باشد. هرچیزی که سلامت فرد را به خطر بی‌اندازد درواقع سلامت رابطه را به خطر انداخته است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که در یک رابطه متعهدانه، انجام رفتارهای خود مراقبتی

بازدارنده خود مراقبتی بود (گلشیری و همکاران، ۱۳۹۰). پس با توجه به مطالعات انجام‌شده می‌توان نتیجه گرفت که اعضای خانواده اغلب در زمینه مدیریت بیماری مزمن مانند تهیه غذای کم‌سدیم، کمک به مصرف داروها و انگیزه دادن به بیمار برای ورزش کردن یا فعالیت‌های جسمی درگیر هستند و خانواده عامل مهمی در پیروی از تغییرات شیوه زندگی که اغلب به‌عنوان بخشی مهمی از درمان نارسایی قلبی شناخته شده است، می‌باشد (کلارک و دانبار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). بر اساس نظریه مینوچین<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) زمانی که محیط خانواده از انسجام لازم برخوردار باشد، قوانین خانواده بهتر رعایت می‌شوند، اعضا به یکدیگر احترام بیشتری می‌گذارند و توجه آن‌ها نسبت به هم افزایش پیدا می‌کند. بر این اساس، هرچه محیط خانواده منسجم‌تر باشد، قوانین مراقبت از فرد بیمار نیز جزئی از این انسجام تلقی می‌شوند و در نتیجه فرد ملزم به رعایت این قوانین و حفظ انسجام خانواده می‌شود (دتزل و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

یافته‌ها همچنین نشان دادند که بین تعهد زناشویی با مراقبت از خود رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش ملک آسا و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان نقش الگوی تعاملی و رفتارهای مراقبتی در پیش‌بینی تعهد زناشویی ناهمسو می‌باشد. شاید این نتیجه حاکی از آن باشد که چون تعهد زناشویی یک مقوله جدایی است و به ارتباطات بین دو نفر برمی‌گردد، اصولاً افراد در

1. Clark & Dunbar  
2. Minuchin  
1. Detzel & et.al

2. Gottman

نظریه رفتارگرایی، حمایت همسر یا اطرافیان باعث ایجاد یک محیط انگیزاننده همراه با تشویق و یا تنبیه برای انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیمار می‌شود. در این وضعیت، رفتارهای خود مراقبتی بیمار تقویت و رفتارهایی که با سلامت در تضاد است، تنبیه می‌شود؛ بنابراین، بیمار برای به دست آوردن تقویت بیشتر، رفتارهای خود مراقبتی بیشتری را انجام می‌دهد (کندی، راجرز و بائر، ۲۰۰۷).

یافته‌ها همچنین نشان دادند که از بین سه متغیر حمایت همسر، محیط خانواده و تعهد زناشویی، فقط محیط خانواده و حمایت همسر نقش معنی‌داری در پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی داشتند. با این وجود، ضرایب تأثیر نشان داد که نقش حمایت همسر در خود مراقبتی بیماران بیشتر بود؛ بنابراین، می‌توان گفت همسر اصلی‌ترین و کلیدی‌ترین فرد در کنترل بیماری است و عامل اصلی کاهش تنش‌های روانی اجتماعی بعد از یک حمله قلبی یا جراحی قلب است و نقش بسیار مهمی در افزایش منابع حمایتی و عاطفی خانواده و همچنین افزایش سازگاری بیمار دارد. همچنین هنگامی که بیماران با تغییرات متعدد ناشی از بیماری مزمن مواجه می‌شوند، اغلب همسر خود را به‌عنوان یک منبع اولیه برای کمک و راحتی می‌شناسند. داشتن همسر اغلب نشان‌دهنده بالاترین سطح حمایت اجتماعی در دسترس است زیرا همسران معمولاً با بیمار زندگی می‌کنند و تعهد بلندمدت با تماس چهره به چهره مستمر

برای حفظ سلامت خود، نوعی تعهد به رابطه زناشویی نیز محسوب می‌شود. با این وجود، عدم معنی‌داری این رابطه در پژوهش حاضر، می‌تواند دلایلی باشد که در بالا ذکر شد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که حمایت همسر باعث افزایش رفتارهای خود مراقبتی بیماران می‌شود. این یافته با پژوهش منصوریه و همکاران (۱۳۹۶) و زارع و شاه‌آبادی (۱۳۸۹) همسو می‌باشد. منصوریه و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان همبستگی حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی نشان دادند که حمایت مداوم و مؤثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آن‌ها موجب بهبود رفتارهای خود مراقبتی در بیماران می‌شود. زارع و شاه‌آبادی (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر کنترل و درمان بیماری دیابت نوع دو در یزد نشان دادند هرچقدر بیمار، تحت حمایت بیشتری از جانب همسر و اطرافیان خود قرار گرفته باشد نسبت به پیروی از فعالیت‌های خود مراقبتی وفادارتر بوده است؛ بنابراین حمایت اجتماعی همسر می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر ارتقا رفتارهای خود مراقبتی در بیماران شناخته شود و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌توانند با در نظر گرفتن این موضوع در برنامه آموزشی خود بر نقش حمایتی همسر نگاه ویژه داشته و آن‌ها را نیز در برنامه‌های درمانی بیماران مشارکت دهند تا با تقویت حمایت‌های اجتماعی افراد گام مهمی در جهت بهبود رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی بیماران بردارند. بر اساس

الگوی نظری موس (۱۹۹۰) در مورد محیط خانواده مطابقت داشت. در واقع، محیط خانواده با ایجاد یک بستر مناسب، منجر به تعهد و حمایت بیشتر همسر می‌شود. هرچند، بعد از شکل‌گیری تعهد و حمایت، همین موارد منجر به تقویت محیط خانواده می‌شود و ما شاهد یک دور مثبت هستیم (موس، ۱۹۹۰)؛ بنابراین، محیط خانواده می‌تواند یک چتر حمایتی ایجاد کند و با بالابردن حساسیت همسر نسبت به بیماری، مشارکت بیشتری را در پیشگیری و در ادامه درمان بیمار به همراه داشته باشد (لاکس و همکاران، ۲۰۱۱). محیط خانواده جو عاطفی را ایجاد می‌کند که همسر انگیزه بیشتری برای حمایت دارد. در خانواده‌هایی که صمیمیت بیشتر و تعارض کمتر است فرد سلامت همسرش را جزئی از سلامت خانواده می‌داند و در نتیجه حمایت خود را بیشتر می‌کند. همراهی اعضای خانواده به‌ویژه همسر، با بیمار در جلسات آموزشی و آشنایی و آگاهی‌شان از مسائل بیماران یکی از روش‌هایی است که می‌تواند نقش مهمی در افزایش همکاری، حمایت و کاهش موانع اجتماعی در زمینه تبعیت از رژیم غذایی در افراد بیمار داشته باشد. در واقع بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و خانواده آنان نیازمند آموزش و حمایت در ارتباط با رژیم دارویی، نحوه مصرف داروها، رژیم غذایی، فعالیت‌ها، تشخیص علائم عود بیماری و انجام اقدام مناسب در هنگام بروز علائم هستند. لذا استفاده از یک برنامه آموزشی و حمایتی متناسب با نیازهای بیمار و مراقبین آنها می‌تواند به‌طور چشمگیری از

برقرار می‌کنند (چانگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹)؛ بنابراین می‌توان همسر بیمار را به‌عنوان یکی از بهترین منابع حمایتی در بحران‌ها و شرایط تنش‌زای زندگی به‌ویژه در کنترل بیماری قلبی دانست. در نتیجه پیشنهاد می‌گردد در مداخلات موردنظر برای افراد مبتلا به بیماری قلبی به نقش همسران در کنترل این بیماری توجه شود و از مشارکت آنها در راستای خود مراقبتی استفاده گردد. بر اساس الگوی نظری موس<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) از محیط خانواده، همسر جزء محوری و اصلی محیط خانواده است و هرگونه مشکل در ارتباط با همسر، می‌تواند مابقی اجزای محیط خانواده را نیز تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین، می‌توان گفت، وقتی حمایت همسر در یک رابطه وجود داشته باشد، سایر اجزای محیط خانواده نیز می‌توانند عملکرد مطلوبی داشته باشند. از این جهت، نقش همسر، می‌تواند فراتر از محیط خانواده تعریف شود و محیط خانواده می‌تواند در حمایت همسر تجلی پیدا کند (موس، ۱۹۹۰) و بیشتر بودن نقش همسر در پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی بیمار نسبت به محیط خانواده وی، قابل انتظار بود.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که حمایت همسر در ارتباط بین محیط خانواده و رفتار خود مراقبتی نقش میانجی ایفا می‌کند. همچنین، متغیر تعهد زناشویی در مدل حذف شد تا مدل به برازش مطلوب رسید. در واقع محیط خانواده با ایجاد شرایط مطلوب و کم استرس موجب حمایت همسر و حمایت همسر باعث افزایش رفتارهای خود مراقبتی می‌شد. این مسئله نیز، با

1. Loucks &amp; et.al

2. chung &amp; et.al

3. Moos

خانواده، حمایت فرزندان و شدت بیماری قابل کنترل نبود که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. پیشنهاد می شود برای اطمینان از یافته های پژوهش، مطالعاتی با روش تحقیق های دیگری مانند آزمایشی انجام شود تا تأثیر هر یک از متغیرهای مورد مطالعه بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

از تمامی بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر می کنیم و از خداوند بزرگ برای این عزیزان سلامتی و عافیت آرزو مندیم.

بروز علائم و شکایات آن ها کاسته و منجر به ارتقاء کیفیت زندگی شان گردد؛ بنابراین پیشنهاد می شود که مراکز درمان قلبی یک بخش درمان های حمایتی-روان شناختی برای همسران بگذارند و همچنین در کنار درمان های پزشکی به درمان های سالم سازی محیط خانواده نیز تأکید شود.

این پژوهش محدودیت هایی نیز دارد که باید هنگام تعمیم نتایج آن به این محدودت ها توجه کرد؛ که یکی از مهم ترین آن ها عدم همکاری اکثر بیمارستان ها و بیماران قلبی به هنگام جمع آوری اطلاعات مورد نیاز بود. محدودیت دیگر اینکه اندازه نمونه در این مطالعه نسبتاً کوچک بود که تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می کند. همچنین به علت ماهیت پژوهش، متغیرهای مداخله گری همچون وضعیت اجتماعی-اقتصادی

### منابع

زارع شاه آبادی، ا؛ حاجی زاده میمندی، م و ابراهیمی صدرآبادی، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر کنترل و درمان بیماری دیابت نوع دو در یزد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۳)، ۲۷۷-۲۸۳.

امانی، ا (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر عزت نفس و تعهد زناشویی زوجین. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۵(۲)، ۱-۲۲.

براز، ش؛ محمدی، ع و برومند، ب (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. فصلنامه حیات، ۱۱، ۵۱-۶۲.

سعیدی نجات، ش؛ چاهی پور، م؛ اسماعیلی، ح؛ زوار و؛ غنچه، ح؛ فتح علیزاده، س و امیدبخش، رقیه. (۱۳۹۳). نقش پشتیبانی خانواده در میزان خود مراقبتی بیماران دیابتی

- تیپ دو. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۶(۲)، ۹۵-۱۰۲.
- علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۳)، ۵۳-۷۱.
- شجاعی، ف؛ عاصمی، ص؛ نجف یارندی، ا و حسینی، فاطمه (۱۳۸۸). رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ۸(۴)، ۳۶۱-۳۶۹.
- محمودی، ا؛ علوی، م و موسوی، ن (۱۳۹۱). بررسی ارتباط رفتارهای خود مراقبتی با میزان هموگلوبین ای وان سی بیماران دیابتی. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۰(۳)، ۲۰-۳۰.
- فرخ‌زاد، پ. (۱۳۸۷). تأثیر جو خانوادگی بر تمایلات روان رنجورانه فرزندان. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۳(۳)، ۴۱-۴۸.
- ملک آسا، م؛ سید موسوی، پ؛ صادقی، م و فلاح‌ت‌پیشه، م (۱۳۹۶). نقش الگوی تعاملی و رفتارهای مراقبتی در پیش‌بینی تعهد زناشویی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۲(۳)، ۲۷-۳۶.
- گلشیری، پ؛ صدری، غ؛ فرج زادگان، ز؛ صحافی، م و نجیمی، آ. (۱۳۹۰). آیا بین عملکرد خانواده و خود مراقبتی سلامت در زنان رابطه وجود دارد؟ مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۶۶، ۲۲۵۳-۲۲۶۱.
- منصوریه، ن؛ پور شریفی، ح؛ تابان صادقی، م و صیرفی، م (۱۳۹۶). همبستگی حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی: نقش میانجی درک از بیماری. نشریه مدیریت ارتقای سلامت، ۶(۵)، ۴۳-۵۰.
- لطفی کنگرشاهی، آ؛ دهقانی آرانی، ف؛ رستمی، ر؛ اشرف تالش، س ه؛ ابوالحسنی، م (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی. فصلنامه

- Adams, J. M., & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*, 72(5), 1177-96.
- American Heart Association. (2002). Heart and Stroke Statistical Update (American Heart Association, Dallas, TX).
- Bagheri-Saweh MI, Lotfi A, Salawati Ghasemi S (2018). Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *International Journal of Biomedicine and Public Health*. 2018, 1(1), 42-47.
- Ben-Sira, Z., & Eliezer, R. (1990). The structure of readjustment after heart attack. *Social Science & Medicine*, 30(5), 523-536.
- Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 92-100.
- Chung, M. L., Lennie, T. A., Riegel, B., Wu, J. R., Dekker, R. L., & Moser, D. K. (2009). Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 562-570.
- Clark, P. C., & Dunbar, S. B. (2003). Preliminary reliability and validity of a Family Care Climate Questionnaire for heart failure. *Families, Systems, & Health*, 21(3), 281-291.
- Dean, S. C., Kerry, S. M., Cappuccio, F. P., & Oakeshott, P. (2007). Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Family practice*, 24(3), 259-262.
- Detzel, T., Wesner, A. C., Fritz, A., da Silva, C. T. B., Guimarães, L., & Heldt, E. (2015). Family burden and family environment: Comparison between patients with panic disorder and with clinical diseases. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(2), 100-108.
- Doris, S. F., Lee, D. T., Woo, J., & Thompson, D. R. (2004). Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of psychosomatic research*, 57(6), 573-581.
- Francis, G. S., & Tang, W. W. (2019). Pathophysiology of congestive heart failure. *Reviews in cardiovascular medicine*, 4(S2), 14-20.
- Gomes, B. R., & Bocchi, E. A. (2020). Quality of Life in Heart Failure: An Important Goal in Treatment. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(1), 33-34.
- González, B., Lupón, J., Herreros, J., Urrutia, A., Altimir, S., Coll, R., & Valle, V. (2005). Patient's education by nurse: what we really do achieve?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 107-111.

- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of family psychology*, 7(1), 57-75.
- Harmon, D. K. (2005). Black men and marriage: The impact of spirituality, religiosity, and marital commitment on marital satisfaction. Unpublished Dissertations, The University of Alabama.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1999). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. In R. M. Suinn & G. R. VandenBos (Eds.), *Cancer patients and their families: Readings on disease course, coping, and psychological interventions* (p. 53–79). American Psychological Association.
- Hodson, A. R., Peacock, S., & Holtslander, L. (2019). Family caregiving for persons with advanced heart failure: An integrative review. *Palliative & supportive care*, 17(6), 720-734.
- Jaarsma, T., Brons, M., Kraai, I., Luttik, M. L., & Stromberg, A. (2013). Components of heart failure management in home care; a literature review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(3), 230-241.
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370.
- Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., & Kazuma, K. (2007). Factors associated with self-care behavior of heart failure patients assessed with the European heart failure self-care behavior scale Japanese version. *Journal of Cardiac Failure*, 13(6), S76.
- Kennedy, A., Rogers, A., & Bower, P. (2007). Support for self care for patients with chronic disease. *Bmj*, 335(7627), 968-970.
- Kline, G. H., Stanley, S. M., Markman, H. J., Olmos-Gallo, P. A., St Peters, M., Whitton, S. W., & Prado, L. M. (2004). Timing is everything: Pre-engagement cohabitation and increased risk for poor marital outcomes. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 311-318.
- Lockyer, L., & Bury, M. (2002). The construction of a modern epidemic: the implications for women of the gendering of coronary heart disease. *Journal of advanced nursing*, 39(5), 432-440.
- Loucks, E. B., Almeida, N. D., Taylor, S. E., & Matthews, K. A. (2011). Childhood family psychosocial environment and coronary heart disease risk. *Psychosomatic medicine*, 73(7), 563-71.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Veeger, N., & van Veldhuisen, D. J. (2006). Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with

- heart failure. *Heart & Lung*, 35(1), 3-8.
- Medalie, J. H., & Goldbourt, U. (1976). Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five year incidence study. *The American journal of medicine*, 60(6), 910-921.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moos, R. H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the Family Environment Scale. *Family process*, 29(2), 199-208.
- Moos, R., & Moos, B. (1994). Family environment scale manual: Development, applications, research. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mosko, J. (2009). *Commitment and attachment dimensions*. Unpublished Dissertation, Purdue University.
- Rector, T. S., Anand, I. S., & Cohn, J. N. (2006). Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of cardiac failure*, 12(2), 87-92.
- Riegel, B., Dickson, V. V., Cameron, J., Johnson, J. C., Bunker, S., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Symptom recognition in elders with heart failure. *Journal of nursing scholarship*, 42(1), 92-100.
- Rosland, A. M., Heisler, M., Choi, H. J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. *Chronic illness*, 6(1), 22-33.
- Sallis, J. F., Grossman, R. M., Pinski, R. B., Patterson, T. L., & Nader, P. R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive medicine*, 16(6), 825-836.
- Stanley, S. M., & Markman, H. J. (1992). Assessing commitment in personal relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 595-608.
- Theobald, K. (1997). The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 595-601.
- Wong, C. W., Kwok, C. S., Narain, A., Gulati, M., Mihalidou, A. S., Wu, P. & et al. (2018). Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*, 104(23), 1937-1948.