

## مقاله پژوهشی اصیل

## ارتباط رضایت زناشویی با رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن

مژده نوید حمیدی<sup>۱</sup>، دکترای فیزیولوژی\* تهیمینه صالحی<sup>۲</sup>، دکترای پرستاریهادی رنجبر<sup>۳</sup>، دکترای پرستاریفاطمه علی‌پور<sup>۴</sup>، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

## خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط رضایت زناشویی و رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد

زمینه. نارسایی قلبی مزمن یکی از مشکلات مهم مربوط به سلامتی است که هزینه‌های سنگینی بر جامعه و خانواده بیماران تحمیل می‌کند. خودمراقبتی از جمله کلیدی‌ترین عوامل مدیریت بیماری است که از حمایت اجتماعی تاثیر می‌پذیرد. بیمار بالاترین سطح حمایت اجتماعی را از خانواده دریافت می‌کند.

روش کار. در این مطالعه، ۲۵۱ بیمار واجد شرایط ورود به مطالعه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ با دامنه نمرات بین ۴۷ تا ۲۳۵ که نمره بیشتر نشان‌دهنده رضایت بیشتر است؛ و پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی با محدوده نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ دارد که نمره کمتر به معنای خودمراقبتی بهتر است، استفاده شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها. میانگین نمره رضایت زناشویی در این مطالعه، ۱۴۵/۶۰ با انحراف معیار ۴۱/۹۸ بود و ۴۶/۹ درصد نمونه‌ها رضایت زناشویی نسبی داشتند. میانگین نمره خودمراقبتی در این مطالعه، ۳۴/۵۰ با انحراف معیار ۱۲/۲۴ بود و ۴۱/۲ درصد نمونه‌ها خودمراقبتی مناسب داشتند. بین رضایت زناشویی و خودمراقبتی، ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری. با توجه به ارتباط بین رضایت زناشویی و رفتارهای خودمراقبتی و نظر به اینکه بیشتر بیماران مورد پژوهش رضایت زناشویی نسبی داشتند، توصیه می‌شود عوامل موثر بر ارتقای این مولفه بیشتر مورد بررسی و توجه قرار گیرد و با حمایت و آموزش بیماران و خانواده‌های آنها در جهت افزایش رضایت زناشویی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی اقدام شود.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلبی مزمن، خودمراقبتی، رضایت زناشویی

۱ دانشیار، دپارتمان داخلی جراحی و علوم پایه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
 ۲ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: salehi.t@iums.ac.ir

۳ استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

نارسایی قلبی مزمن یکی از شایع‌ترین عوامل بستری، پذیرش اورژانسی و بستری مجدد در بیمارستان در میان افراد ۶۵ سال به بالا است (گودمن و همکاران، ۲۰۱۳) و با توجه به اینکه جوامع در حال مسن‌تر شدن هستند، شیوع این بیماری رو به افزایش است (سنه و همکاران، ۲۰۱۳). نارسایی قلبی مزمن به دلیل عود مجدد و طولانی بودن فرآیند درمان، یکی از بیماری‌های پرهزینه است که تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی می‌گذارد (ویک‌فیلد و همکاران، ۲۰۱۳) به نحوی که ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن ظرف ۶ ماه پس از ترخیص، دوباره بستری می‌شوند (سالی‌یر و همکاران، ۲۰۱۲) و مدت مورد نیاز برای تخفیف علائم، در هر بار بستری بین ۹ تا ۱۱ روز است (اکمان و همکاران، ۲۰۱۲). عوامل موثر بر بستری مجدد این بیماران شامل سن بالا، شرایط خانوادگی بیمار، شدت نارسایی قلبی، عوامل اجتماعی و رفتاری بیمار مانند فقدان حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی ضعیف (سالی‌یر و همکاران، ۲۰۱۲)، کمبود اطلاعات، پیگیری ضعیف و عدم تبعیت از دستورات درمانی و مراقبتی هستند. با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده این بیماری، تدوین برنامه‌های خاص برای مدیریت آن مورد نیاز است (ماهراموس و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از موارد بستری مجدد، مرگ و تاثیرات مخرب این بیماری بر کیفیت زندگی، با آگاهی و آموزش در جهت خودمراقبتی کاهش می‌یابد (گالاگر و همکاران، ۲۰۱۱). خودمراقبتی از برنامه‌هایی است که علاوه بر متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت‌های مربوط به بیماری، موجب افزایش آگاهی و مهارت عملی در رابطه با بیماری می‌شود و تبعیت از برنامه‌های آن، پیش‌آگهی بد نارسایی قلبی مزمن و هزینه‌های سنگین ناشی از آن را کاهش می‌دهد (چن و همکاران، ۲۰۱۴). این برنامه شامل پایش علائم و نشانه‌های بیماری و انجام اقدام مناسب هنگام وقوع آنها است (سیابانی و همکاران، ۲۰۱۳).

خودمراقبتی یک رفتار آموختنی مبتنی بر توانایی افراد جهت انجام اعمال مراقبتی برای خود است و به عنوان راهبردی جهت تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود (هاشمی و همکاران، ۲۰۱۴). خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن از جمله در نارسایی قلبی مزمن به شکل اختصاصی تعریف می‌شود که شامل تبعیت از رژیم دارویی و غذایی، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم و نشانه‌های تشدید بیماری، مدیریت آنها و تصمیم‌گیری جهت اقدام درمانی مناسب است (جارسما و همکاران، ۲۰۱۳). خودمراقبتی یکی از اساسی‌ترین پایه‌های درمان نارسایی قلبی مزمن است که لزوم اجرای آن در همه مراحل این بیماری ضروری است (ولون و همکاران، ۲۰۱۴) و هدف آن، حفظ ثبات فیزیولوژیک و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران است (موزر و همکاران، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان می‌دهند حداقل ۵۰ درصد افراد مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری مجدد آنها می‌شود (خوش‌تراش و همکاران، ۲۰۱۳). خودمراقبتی ضعیف در این بیماران ارتباط مستقیمی با بدتر شدن حال عمومی و بستری مجدد دارد (دریاسری و همکاران، ۲۰۱۲). خودمراقبتی با درگیر کردن بیمار و ایجاد حس مسئولیت در او موجب بروز رفتارهایی در جهت کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض و حفظ سلامتی (کامرون و همکاران، ۲۰۱۲)، مدیریت بهتر علائم، احساس بهبود و تندرستی، افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی و استقلال بیشتر می‌شود (دریاسری و همکاران، ۲۰۱۲).

عوامل متعددی از جمله رضایت زناشویی و احساس حمایت از سوی همسر با خودمدیریتی و خودمراقبتی در بیماران مزمن مرتبط هستند. بیمار بخش مهمی از حمایت اجتماعی را از خانواده دریافت می‌کند، و در مورد بیماران متاهل، رضایت زناشویی نقش مهمی در این رابطه دارد؛ به طوری که بیماران با رضایت زناشویی بالا از بیشترین حمایت اجتماعی در دسترس برخوردارند (سایرز و همکاران، ۲۰۰۸)، زیرا اعضای خانواده به ویژه همسر، در روند درمان بیمار کاملاً درگیر می‌شوند (لی و همکاران، ۲۰۰۹)، به نحوی که احتمال مرگ در بیمارانی که تنها زندگی می‌کنند یا به لحاظ اجتماعی ایزوله هستند، بیشتر است (علی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس نتایج تحقیقات دهه اخیر، کسانی که از یک بیماری مزمن از جمله نارسایی قلبی رنج می‌برند در صورتی که از ارتباط و حمایت اجتماعی و زناشویی برخوردار باشند، احتمال کمتری دارد مجدداً در بیمارستان بستری شوند و کیفیت زندگی بالاتر و طول عمر بیشتری دارند؛ همچنین، بیمارانی که ازدواج کرده‌اند، با دیگران زندگی می‌کنند، یا با افراد دیگر روابط اجتماعی تنگاتنگی دارند، رفتارهای خودمراقبتی بهتری انجام می‌دهند و در نتیجه علائم افسردگی، کمتر در آنها بروز می‌کند (تری‌ودی و همکاران، ۲۰۱۲).

رضایت زناشویی عامل مهمی در احساس خوب بودن و رضایت کلی از زندگی محسوب می‌شود (سلیمان و همکاران، ۲۰۰۰). درباره ارتباط رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی یافته‌های متفاوتی به دست آمده است. برخی از این یافته‌ها نشان می‌دهند بیماران متاهلی که تحت حمایت اجتماعی زیاد قرار دارند نسبت به بیماران مجرد که به لحاظ اجتماعی و عاطفی ایزوله هستند، رفتارهای خودمراقبتی بیشتری از خود نشان می‌دهند (لی و همکاران، ۲۰۰۹). نارسایی قلبی مزمن بیماری‌ای نیست که بتواند به تنهایی توسط

خود بیمار مدیریت شود و نیاز به حمایت از جانب دیگران ضروری است. مثلاً با حمایت اجتماعی به بیمار کمک می‌شود اعتماد به نفس را در خود تقویت کند، حس کنترل بر بیماری داشته باشد و از توان خودمراقبتی خود اطمینان حاصل کند (سنه و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس برخی تحقیقات، بیماران متاهلی که تحت حمایت اجتماعی بالایی قرار دارند نسبت به بیماران مجرد رفتارهای خودمراقبتی بیشتری از خود نشان می‌دهند؛ در حالی که برخی دیگر از مطالعات این موضوع را تصدیق نمی‌کنند، به‌عنوان مثال، همسران گاهی با حمایت بیش از اندازه از بیماران موجب سلب استقلال آنان در انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شوند یا محبت بیش از اندازه همسر موجب درک احساس مورد ترحم واقع شدن در بیمار می‌شود (تری‌ودی و همکاران، ۲۰۱۲).

رضایت زناشویی عبارت از احساس عینی از خوشنودی، رضایت و لذت تجربه شده زن و مرد با توجه به تمام جنبه‌های رابطه زناشویی است. رضایت زناشویی نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی خود دارند (سیلیمین و همکاران، ۲۰۰۰). عوامل مختلف از جمله عوامل هیجانی و عاطفی، فیزیولوژیکی و بدنی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های حل مسئله، خشونت، استرس، الگوهای ارتباطی، و رابطه جنسی را در رضایتمندی زناشویی موثر می‌دانند (پاداش و همکاران، ۲۰۱۲).

مطالعات زیادی که در سطح جهان در مورد رضایت زناشویی انجام شده‌اند نشان می‌دهند مشکلات جنسی و زناشویی هر جامعه‌ای، خاص آن جامعه است و تا حدودی با مسائل جوامع دیگر متفاوت است. بنابراین، نمی‌توان نتایج تحقیقات انجام‌شده در کشورهای دیگر را به ایران نیز تعمیم داد. اختلالات زناشویی در کشور ایران از جمله مشکلاتی است که همواره در پرده‌ای از ابهام بوده است. عدم طرح مسائل مربوط به روابط زناشویی در ایران، نشان‌دهنده عدم وجود آنها نیست، بلکه به دلیل شرم و حیا نسبت به این گونه مسائل است (گل‌مکانی و همکاران، ۲۰۱۳) که باعث شده در ایران مطالعات کمی روی آن انجام شود. از سوی دیگر، آمارها بیانگر افزایش پیشرونده تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی مزمن است که نیازمند برنامه منسجم خودمراقبتی هستند و در این فرآیند، خانواده و به ویژه همسر نقش مهمی ایفا می‌کنند. پرستاران نقش مهمی در فراهم کردن برنامه خودمراقبتی برای بیماران دچار نارسایی قلبی مزمن دارند و با این کار تاثیر قابل توجهی بر کاهش موارد بستری مجدد، کاهش هزینه‌های هنگفت این بیماری و حتی کاهش موارد مرگ دارند (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۲). مؤثرترین نقش پرستاران آموزش به بیمار است که باید قبل از ترخیص بیمار طراحی شود، در خانه ادامه یابد و بیمار را در امر مراقبت از خود تشویق نماید (خدادادی و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه این بیماران دارای کمترین سطح مراقبت از خود هستند (ولون و همکاران، ۲۰۱۴) و در پژوهش‌های قبلی، بیشتر به نقش حمایت‌های اجتماعی در خودمراقبتی پرداخته شده است و نقش رضایت از زناشویی که در حیطه حمایت اجتماعی قرار دارد و بالقوه می‌تواند منجر به تقویت یا تضعیف خودمراقبتی شود کمتر مورد توجه قرار گرفته است، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط رضایت زناشویی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد و یکی از اولین پژوهش‌هایی است که در آن، ارتباط رضایت از زناشویی با خودمراقبتی بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.

## مواد و روش‌ها

طراحی این پژوهش، مقطعی و از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو، پست سی‌سی‌یو و داخلی قلب بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل بیمارستان‌های امام خمینی، سینا و شریعتی بودند. نمونه‌گیری به مدت ۶ ماه به طول انجامید. نمونه پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با شرایط ورود به مطالعه، بستری در بخش‌های مکان پژوهش بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری نارسایی قلبی توسط پزشک و تایید بیماری بر اساس نتایج آزمایش‌های تشخیصی، تاهل، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، توانایی درک و صحبت کردن و خواندن به زبان فارسی، سن بالای ۳۰ سال، عدم بارداری، نبودن در وضعیت حاد بیماری، عدم شرکت در مطالعه دیگر به طور همزمان، نداشتن بیماری ناتوان‌کننده و مزمن تایید شده دیگر (از قبیل آرتریت روماتوئید، نارسایی کلیه، سرطان)، نداشتن مشکلات روانی مانند اسکیزوفرنی یا افسردگی، و نداشتن بیماری‌های شناختی مرتبط با کهولت سن مانند دمانس بود. پس از تاییدیه کمیته اخلاق (با کد ۹۱۱۱۴۴۹۰۱۴) جمع‌آوری داده در شیفت‌های صبح و عصر، در بخش‌های بستری انجام شد. کسب رضایت آگاهانه و سایر ملاحظات اخلاقی در پژوهش مانند حفظ محرمانگی اطلاعات واحدهای مورد پژوهش رعایت شد. ابزار پژوهش توسط بیماران به صورت خودگزارشی تکمیل شد. نمونه‌گیری با روش در دسترس و تا رسیدن به حجم نمونه‌ی مورد نیاز ادامه یافت.

ابزار پژوهش ۳ قسمت بود. بخش اول، ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها، و بخش دوم، فرم کوتاه‌شده رضایت زناشویی انریچ یا (ENRICH) Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness بود. این پرسش‌نامه اولین بار در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون طراحی و تدوین شد و شامل ۹ خورده مقیاس ارتباط زناشویی (۶ سؤال)، مسائل شخصیتی (۶ سؤال)، حل تعارض (۵ سؤال)، مدیریت مالی (۵ سؤال)، فعالیت‌های اوقات فراغت (۵ سؤال)، رابطه جنسی (۵ سؤال)، فرزندان و فرزندپروری (۵ سؤال)، بستگان و دوستان (۵ سؤال)، و جهت‌گیری مذهبی (۵ سؤال) است. مقیاس پاسخ‌گویی ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز با امتیاز ۱ تا همیشه با امتیاز ۵) است. دامنه نمرات بین ۴۷ تا ۲۳۵ است. نمرات، پس از تراز شدن به صورت نمره  $t$  در می‌آید. نمره کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید، نمره ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت، نمره ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط، نمره ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت بالا و نمره بالاتر از ۷۰ بیانگر رضایت بسیار زیاد از روابط زناشویی بین همسران است. همسانی درونی سئوالات پرسشنامه با آلفای کرونباخ توسط فوور و السون ارزیابی شده بود که برابر با ۰/۹۸ گزارش شد (فوورز و اولسون، ۱۹۸۹). پایایی این ابزار توسط راهیما و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از روش سنجش همبستگی درونی ۰/۸۲ گزارش شد.

بخش سوم ابزار، پرسش‌نامه رفتار خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی یا The European Heart Failure Self-care Behavior (EHFSCB) است که در سال ۲۰۰۳ توسط جارسما طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ گویه است و بدون تعیین ابعاد مختلف، رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران می‌سنجد و در آن، از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از "کاملاً موافقم" (با امتیاز ۱) تا "کاملاً مخالفم" (با امتیاز ۵) استفاده می‌شود. امتیاز کلی در دامنه نمرات ۱۲ تا ۶۰ به دست می‌آید. نمرات کمتر به معنای خودمراقبتی بهتر است. کسب امتیاز ۱۲ تا ۲۸ نشان‌دهنده خودمراقبتی خوب، امتیاز ۲۹ تا ۴۴ نشان‌دهنده خودمراقبتی متوسط و نمرات ۴۵ تا ۶۰ نشان‌دهنده خودمراقبتی ضعیف است (جارسما و همکاران، ۲۰۱۳). پایایی ابزار توسط علیزاده و همکاران (۱۳۹۲) با روش بازآزمایی مجدد به میزان ۰/۹۱ محاسبه شد و در این پژوهش با روش همبستگی درونی مورد سنجش قرار گرفت و آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۱ به دست آمد. جهت تعیین اعتبار علمی، هر سه پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه انریچ و پرسشنامه رفتار خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی به ۲۰ نفر از اعضای هیئت علمی داده شد که ۱۴ نفر شامل ۸ عضو هیئت علمی پرستاری، سه متخصص قلب و عروق و سه متخصص روان‌پزشکی نظرات خود را به تیم تحقیق ارائه دادند و روایی محتوای ابزارها تأیید شدند. با توجه به اینکه دو پرسشنامه رضایت زناشویی و رفتار خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی قبلاً ترجمه شده و روان‌سنجی آنها در نسخه فارسی انجام شده بود، این تأیید از متخصصان دریافت شد که این ابزارها برای انجام در پژوهش حاضر مناسب هستند. ثبات درونی دو پرسشنامه به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ انجام شد. آلفای محاسبه‌شده برای پرسشنامه انریچ ۰/۹۶ و برای پرسشنامه خودمراقبتی، ۰/۷۹ بود. اعتبار سئوالات پرسشنامه دموگرافیک با استفاده از روش اعتبار محتوا با نظرخواهی از صاحب‌نظران و انجام اصلاحات تأیید شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

## یافته‌ها

بیشترین درصد بیماران شرکت‌کننده در مطالعه، مرد (۵۸/۸ درصد) بودند و در گروه سنی بین ۵۵ تا ۶۵ سال (۳۴/۴ درصد) قرار داشتند. میانگین سن بیماران، ۵۹/۶۶ سال با انحراف معیار ۱۱/۱۴ و میانگین شاخص توده بدنی، ۲۶/۹۷ با انحراف معیار ۴/۵۰ بود. ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین نمره رضایت زناشویی، ۱۴۵/۶ با انحراف معیار ۴۱/۹۸ و میانگین نمره خودمراقبتی، ۳۴/۵ با انحراف معیار ۱۲/۲۴ بود. اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن رضایت زناشویی نسبی داشتند. در رابطه با خودمراقبتی، اکثریت شرکت‌کنندگان در پژوهش، سطح خودمراقبتی خوب داشتند (جدول شماره ۲).

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره رضایت زناشویی و نمره خودمراقبتی، ارتباط منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $r = -0.1852, p \leq 0.001$ )، به این معنا که با افزایش نمره رضایت زناشویی، نمره خودمراقبتی کاهش پیدا می‌کرد. با توجه به جهت منفی پرسشنامه خودمراقبتی، این نتیجه به این معنی است که با افزایش رضایت زناشویی رفتارهای خودمراقبتی افزایش پیدا می‌کند.

بین ابعاد رضایت زناشویی و خودمراقبتی نیز ارتباط منفی و معنی‌دار وجود داشت (جدول شماره ۳).

رگرسیون خطی چند متغیره برای متغیرهای سن، جنسیت (مرد و زن)، تحصیلات (پایین‌تر از دیپلم و بالاتر از دیپلم)، شغل (شاغل یا بیکار)، نژاد (فارس و غیر فارس) و درآمد (کمتر از یک میلیون تومان و بیشتر از یک میلیون تومان) به روش Enter وارد مدل شدند. نتایج رگرسیون خطی نشان داد که مدل معنی‌دار بود (جدول شماره ۴). متغیرهای جنسیت مرد (۲۲/۲۱۷-)، تحصیلات بالاتر از

دیپلم (۱۵/۹۳۶)، شاغل بودن (۲۱/۷۳۳) و در آمد بیشتر از یک میلیون تومان (۵۵/۶۶۸) پیش‌بینی کننده رضایت زناشویی بودند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناسی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		مذهب	
زن	۱۰۳ (۴۱/۲)	اسلام	۲۳۴ (۹۳/۶)
مرد	۱۴۷ (۵۸/۸)	مسیحیت	۱۴ (۵/۶)
سن (سال)		سایر مذاهب	۲ (۰/۸)
۳۵ تا ۴۴	۶ (۲/۴)	قومیت	
۴۵ تا ۵۴	۸۵ (۳۴/۰)	فارس	۱۱۱ (۴۴/۴)
۵۵ تا ۶۴	۸۶ (۳۴/۴)	ترک	۷۸ (۳۱/۲)
۶۵ تا ۷۴	۳۴ (۱۳/۶)	کرد	۲۷ (۱۰/۸)
۷۵ تا ۸۵	۳۹ (۱۵/۶)	لر	۲۵ (۱۰/۰)
شاخص توده بدنی		سایر اقوام	۹ (۳/۶)
کمتر از ۲۱	۱۲ (۴/۸)	شغل	
۲۱ تا ۲۵	۶۴ (۲۵/۶)	بیکار	۲۱ (۸/۴)
۲۶ تا ۳۰	۱۲۰ (۴۸/۰)	خانه‌دار	۹۰ (۳۶/۰)
بیشتر از ۳۰	۵۴ (۲۱/۶)	کارمند	۱۱ (۴/۴)
درآمد ماهیانه (میلیون تومان)		کارگر	۴۳ (۱۷/۲)
کمتر از ۱	۱۲۳ (۴۹/۲)	بازنشسته	۴۴ (۱۷/۶)
۱ تا ۲	۹۸ (۳۹/۲)	آزاد	۴۱ (۱۶/۴)
بیشتر از ۲	۲۹ (۱۱/۶)	تحصیلات	
تعداد اعضای خانواده (نفر)		ابتدایی و پایین‌تر	۵۶ (۲۵)
۲ تا ۴	۱۰۳ (۴۱/۲)	راهنمایی تا دیپلم	۱۵۱ (۵۵)
۵ تا ۸	۱۴۷ (۵۸/۸)	کردانی و بالاتر	۴۳ (۲۰)

## بحث

پژوهش‌های متعددی به ارتباط بین حمایت‌های اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی پرداخته‌اند. یکی از منابع حمایتی مورد توجه در پژوهش‌ها، حمایت همسر یا شریک زندگی از بیمار است. پژوهش حاضر از محدود پژوهش‌هایی است که ارتباط رضایت از زناشویی را با خودمراقبتی بیماران به طور مستقیم مورد بررسی قرار داد. بین رضایت زناشویی و خودمراقبتی ارتباط منفی قوی وجود داشت که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. نتایج مطالعه لونگ (۲۰۱۹) نشان داد از دید زنان حمایت موثر همسر نقشی حیاتی در فرآیندهای مراقبتی دارد و به بهبود و ارتقای رضایت زناشویی منجر می‌شود. مسائل شخصیتی، مهارت‌های حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های

اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، بستگان و دوستان، جهت‌گیری مذهبی و نمره کلی رضایت از زناشویی کل نیز به همین ترتیب با نمره خودمراقبتی ارتباط منفی داشتند که نشان داد با افزایش رضایت زناشویی و ابعاد آن، رفتارهای خودمراقبتی بهبود می‌یابد. به عنوان نمونه، چنانچه بیمار از نظر مسائل مالی مشکلی نداشته باشد، به طور منظم برنامه‌های خودمراقبتی اعم از ویزیت به موقع پزشک، تهیه و رعایت رژیم دارویی و غذایی، تماس با واحد درمانی و ورزش منظم را اجرا می‌کند. اگر بیمار رابطه عاطفی مناسبی با همسر و فرزندان خود داشته باشد، می‌تواند در انجام اکثر امور خودمراقبتی به شکل مناسبی از کمک و مشارکت آنان بهره‌جوید و خودمراقبتی بهتری انجام دهد. دونوهو و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند مطالعات بسیاری بر نقش مهم و پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زناشویی بر پیامدهای سلامتی بیماران تاکید کرده‌اند، از جمله نتیجه مطالعه وسیع ویزمن و همکاران (۲۰۱۸) که به منظور بررسی ارتباط رضایت زناشویی با میزان مرگ جمعیت بزرگسال ایالات متحده انجام شده بود نشان داد میزان مرگ در افرادی که رضایت زناشویی بالایی داشتند، به صورت قابل توجهی پایین‌تر از افرادی بود که رضایت پایینی از زندگی زناشویی خود دارند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی فراوانی مطلق و نسبی رضایت زناشویی و خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش

تعداد (درصد)	متغیر
<b>رضایت زناشویی</b>	
۵۷ (۲۲/۸)	پایین (۳۰ تا ۴۰)
۱۲۴ (۴۹/۶)	نسبی (۴۱ تا ۶۰)
۶۹ (۲۷/۶)	بالا (۶۱ تا ۷۰)
<b>خودمراقبتی</b>	
۱۰۳ (۴۱/۲)	خوب (۱۲ تا ۲۸)
۶۶ (۲۶/۴)	متوسط (۲۹ تا ۴۴)
۸۱ (۳۲/۴)	ضعیف (۴۵ تا ۶۰)

جدول شماره ۳: همبستگی رضایت زناشویی و ابعاد آن با خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش

مقدار P	ضریب همبستگی	خودمراقبتی	متغیر
$\leq 0/0001$	-۰/۷۸۰		رضایت زناشویی
$\leq 0/0001$	-۰/۷۹۷		ارتباط زناشویی
$\leq 0/0001$	-۰/۷۷۹		مسائل شخصیتی
$\leq 0/0001$	-۰/۷۷۹		حل تعارض
$\leq 0/0001$	-۰/۷۵۳		مدیریت مالی
$\leq 0/0001$	-۰/۸۰۶		فعایات‌های اوقات فراغت
$\leq 0/0001$	-۰/۷۷۹		رابطه جنسی
$\leq 0/0001$	-۰/۷۹۵		فرزندان و فرزندپروری
$\leq 0/0001$	-۰/۷۷۶		بستگان و دوستان
$\leq 0/0001$	-۰/۷۹۴		جهت‌گیری مذهبی
$\leq 0/0001$	-۰/۸۵۲		رضایت زناشویی کل

جدول شماره ۴: عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی در واحدهای مورد پژوهش

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	
	B	خطای معیار	$\beta$	t
ثابت	۴۹/۲۰۰	۲۳/۶۶۹	-	۲/۰۷۹
سن	۰/۰۷۹	۰/۲۲۹	۰/۰۲۱	۰/۳۴۷
جنسیت	-۲۲/۲۱۷	۷/۱۸۳	-۰/۲۶۰	-۳/۰۹۳
تحصیلات	۱۵/۹۶۳	۵/۱۲۴	۰/۱۹۰	۳/۱۱۵
نژاد	۴/۱۳۹	۴/۷۴۷	۰/۰۴۹	۰/۸۷۲
شغل	۲۱/۷۳۳	۷/۱۴۴	۰/۲۵۷	۳/۰۴۲
درآمد	۵۵/۶۶۸	۷/۶۳۹	۰/۴۲۰	۷/۲۸۷

پژوهش انجام شده توسط واترسون (۲۰۱۳) بر روی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در مورد ارتباط بین رضایت از زناشویی و رفتارهای خودمراقبتی نشان داد که کیفیت بالای زندگی زناشویی با کاهش مرگ و میر بیماران مرتبط بود و بیمارانی که رضایت زناشویی بالاتری داشتند، خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دادند.

در مورد ارتباط حمایت اجتماعی با رفتارهای خودمراقبتی نیز نتایج پژوهش سایرز و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی که بخش مهمی از آن از سوی خانواده و همسر تامین می‌شود، سبب بهبود مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شود. نتایج حاصل از مطالعه هوکر و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که رضایت بالاتر از زندگی زناشویی موجب بهبود خودکارآمدی بیمار در زمینه تبعیت از رژیم درمانی و درگیر شدن بیمار و خانواده او در امر درمان می‌شود و در نتیجه، با افزایش رضایت زناشویی، بقای این بیماران افزایش می‌یابد، زیرا رضایت زناشویی به‌عنوان یک لذت تجربه‌شده و احساس ذهنی پیشرونده از رضایت دوجانبه بین زوجین تعریف شده و در واقع، نگرش و احساس مثبت زوجین از یکدیگر است که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیشتر فرد کمک نماید. با این حال نتیجه تحقیق تریودی (۲۰۱۲) نشان داد که گاهی حمایت بیش از اندازه همسر از بیمار، موجب سلب استقلال وی در انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود و مشکلاتی در فرآیند درمان و روند بهبود ایجاد می‌کند. به علاوه، مطالعه متزگر و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد خودمراقبتی بیماران با رضایت زناشویی بالا در افرادی بالاتر است که در کنار رضایت زناشویی، آگاهی اعضای خانواده نیز در مورد امور خودمراقبتی بالا باشد، زیرا سازگاری و رضایت زناشویی نه فقط در موارد بیماری که به طور کلی بر زندگی فردی و اجتماعی افراد تاثیر قابل توجهی دارد و کاهش کیفیت زندگی یک مشکل لاینفک در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است. کیفیت زندگی در این بیماران به دلیل علائم جسمی بیماری (نظیر تنگی نفس، ضعف، خستگی و کاهش توان جسمی، اضطراب و افسردگی، کاهش توان و میل جنسی)، اثرات منفی ناشی از درمان و محدودیت‌های اجتماعی ایجادشده در اثر بیماری آسیب می‌بیند. پر واضح است که این عوارض، رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهند و به مرور زمان موجب کاهش آن می‌شوند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تحصیلات و ابتلا به سایر بیماری‌ها با رضایت از زناشویی ارتباطی نداشتند، اما پژوهش‌های مختلف به نتایج متفاوتی در این زمینه دست یافته‌اند، از جمله پژوهش متزگر (۲۰۱۲) نشان داد که تحصیلات و آگاهی بالاتر با خودمراقبتی بهتر همراه است. مطالعه دونوهو و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیانگر عدم تفاوت معنادار در بی‌ثباتی ضربان قلب و مشکلات قلبی در افراد متاهل و مجرد بود، یعنی تاهل و رضایت از آن ارتباطی با پیامدهای سلامتی در بیماران قلبی ندارد. مطالعه ویزمن و همکاران (۲۰۱۸) نیز بیانگر عدم ارتباط جنسیت با دو مقوله رضایت زناشویی و طول عمر بود که می‌تواند به دلیل استقلال زنان و حقوق برابر زنان و مردان در کشورهای توسعه‌یافته باشد، و توجه به این نکته که حمایت و کمک برای بهبود مراقبت و مدیریت بیماری، همیشه از سوی همسر نیست و سایر افراد خانواده نیز نقش مهمی در این حیطه دارند. در این راستا تریودی و همکاران (۲۰۱۶) نیز بیان کردند با توجه

به اینکه نارسایی قلبی دارای عود مکرر و کاهنده طول عمر است، مراقبین غیر رسمی نظیر افراد خانواده به خودمدیریتی بیماران کمک زیادی می‌کنند. با وجود این تفاوت‌ها، در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های تحقیقات دیگر همسو بود که نشان می‌دهد علی‌رغم وجود تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی بین کشورهای مختلف، یافته‌های اساسی این پژوهش با کشورهای دیگر تفاوت معنی‌داری ندارد.

در انجام این مطالعه محدودیت خاص و قابل توجهی وجود نداشت، با این حال قابل ذکر است که به دلیل عدم بستری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن درجه I و بدحال بودن و عدم همکاری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن درجه IV، فقط امکان مطالعه روی بیماران با نارسایی درجه II و III که در مکان پژوهش حضور داشتند، مقدور بود. چگونگی تاثیر رضایت از زناشویی بر حمایت توسط شریک زندگی و اعضای خانواده و همچنین، تاثیر آنها بر خودمراقبتی و مراقبت از شریک زندگی و طراحی مداخلاتی که بتواند از طریق بهبود روابط زناشویی بر خودمراقبتی تاثیر بگذارد نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرند. بررسی مکانیسم این ارتباط یا رابطه علت و معلولی بین این دو مفهوم از طریق پژوهش‌های کمی و کیفی می‌تواند شناخت ما را در زمینه بهبود خودمراقبتی بیماران افزایش دهد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی با کد طرح و کد اخلاق ۹۱۱۱۴۴۹۰۱۴ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران است. پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه بیمارانی که در پژوهش حاضر همکاری و مشارکت داشتند اعلام نمایند.

### منابع فارسی

- ابوباللی دریسری ق، وثوقی کرکزلو ن، محمد نژاد ا، نمادی وثوقی م، اکبری کاجی م. بررسی توان مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه ایران. ۲۰۱۲؛ ۴(۴): ۲۰۳-۸.
- پاداش ز، ایزدی خواه ز، عابدی م. رضایت زناشویی در میان بیماران دچار بیماری عروق کرونر. ژورنال پژوهش در علوم رفتاری. سال ۱۳۹۱؛ ۲(۵).
- خدادادی ا، سعیدی آ، اسماعیلی ه. بررسی آگاهی و دانش خود مراقبتی بیماران سندرم حاد عروق کرونر مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه ابي ابن ابيطالب شهرستان رفسنجان. ۱۳۸۹؛ ۵(۱): ص: ۱۶-۸.
- خوش تراش م، مومنی م، قنبری م، رحمت پور پ. رفتارهای خود مراقبتی و عوامل مرتبط به آن در مبتلایان به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر رشت. ژورنال پرستاری و مامایی ۱۳۹۲، ۲۳(۱): ۲۹-۲۲.
- راهپیمان، کاظمی س، سهرابی ن. رابطه بین سلامت عمومی و رضایت زناشویی با فرسودگی شغلی زنان شاغل در استانداری و فرمانداری های تابعه در استان فارس. جامعه شناسی زنان (زن و جامعه). ۱۳۹۱؛ ۲(۱۰): ۱۶۲-۳۷.
- علیزاده ز، اشک تراب ط، نیکروان مفرد م، زابری ف. همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت؛ ۱۳۹۲؛ ۳(۱): ۲۷-۳۴.
- گلمکانی ن، درمحمدی م، مظلوم ر. ارزیابی رضایت جنسی و رضایت زناشویی بعد از زایمان در زنان اول زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد. مجله ایرانی زنان، زایمان و نازایی. ۱۳۹۲؛ ۱۶(۵۵): ۱۳-۷.
- هاشمی ف، دولت آباد ف، یکتا تالاب س، ایاز م، زارع ن، منصوری پ. تأثیر برنامه مراقبت از خود اورم بر کیفیت زندگی بیماران سوختگی مراجعه کننده به مرکز سوختگی قطب الدین شیرازی، شیراز، ایران: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی. مجله بین المللی پرستاری و مامایی جامعه محور. ۲۰۱۴؛ ۲(۱): ۴۰.

### منابع انگلیسی

- Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Screening for determinants of self-care in patients with chronic heart failure. *Heart, Lung and Circulation*. 2012;21(12):806-8.
- Cené CW, Haymore LB, Dolan-Soto D, Lin F-C, Pignone M, DeWalt DA, et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2013; 19(3):202-10.

- Chiang L-C, Chen W-C, Dai Y-T, Ho Y-L. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*. 2012; 49(10):1230-42.
- Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014; 10(2):378-86.
- Donoho CJ, Seeman TE, Sloan RP, Crimmins EM. Marital status, marital quality, and heart rate variability in the MIDUS cohort. *J Fam Psychol*. 2015; 29(2):290-295. Doi: 10.1037/fam0000068
- Ekman I, Wolf A, Olsson L-E, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European heart journal*. 2012; 33(9):1112-9.
- Fowers, B.J. and Olson, D.H., 1989. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*, 15(1), pp.65-79.
- Gallagher R, Luttik M-L, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 26 (6):439-45.
- Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2013; 50(7):945-53.
- Hooker SA, Grigsby ME, Riegel B, Bekelman DB. The impact of relationship quality on health-related outcomes in heart failure patients and informal family caregivers: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014(30.5S):S52-S63.
- Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient education and counseling*. 2013; 92 (1):114-20.
- Lee CS, Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, et al. Gender differences in heart failure self-care: a multinational cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2009; 46 (11):1485-95.
- Leung PWS. Impact of Fathers' Support on Marital Satisfaction and Caregiving Strain: Viewpoints of Mothers of Persons With Intellectual Disability in Hong Kong. *Journal of Policy and Practice in Intellectual disabilities* 2019
- Mahramus T, Penoyer DA, Frewin S, Chamberlain L, Wilson D, Sole ML. Assessment of an educational intervention on nurses' knowledge and retention of heart failure self-care principles and the Teach Back method. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2014; 43(3):204-12.
- Metzger M, Norton SA, Quinn JR, Gramling R. Patient and family members' perceptions of palliative care in heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2013;42(2):112-9
- Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. *Current cardiology reports*. 2012;14(3):265-75.
- Salyer J, Schubert CM, Chiaranai C. Supportive relationships, self-care confidence, and heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;27(5):384-93.
- Sayers SL, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;35(1):70-9.
- Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*. 2013;2(1):320.
- Silliman B, Schumm WR. Marriage preparation programs: A literature review. *The Family Journal*. 2000;8 (2):133-42.
- Trivedi RB, Piette J, Fihn SD, Edelman D. Examining the interrelatedness of patient and spousal stress in heart failure: conceptual model and pilot data. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;27(1):24-
- Trivedi R. et al., A Couples' Based Self-Management Program for Heart Failure: Results of a Feasibility Study- ,2016Font. *Public Health*, 29 August 2016 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00171>
- Wakefield BJ, Boren SA, Groves PS, Conn VS. Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 28(1):8-
- Whisman, M. A., Gilmour, A. L., & Salinger, J. M. (2018). Marital satisfaction and mortality in the United States adult population. *Health Psychology*, 37(11), 1041-1044. <https://doi.org/10.1037/hea0000677>
- Wouterson J. Marital status, marital quality, self-care and mortality in Chronic Heart Failure patients 2013. Available from: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=130545>.
- Vellone E, Chung ML, Cocchieri A, Rocco G, Alvaro R, Riegel B. Effects of Self-Care on Quality of Life in Adults With Heart Failure and Their Spousal Caregivers Testing Dyadic Dynamics Using the Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of family nursing*. 2014; 20(1):120-41.

## Original Article

**Relationship of marital satisfaction and self-care behavior in people with chronic heart failure**

Mojdeh Navidhamidi<sup>1</sup>, PhD  
Tahmine Salehi<sup>2</sup>, PhD  
Hadi Ranjbar<sup>3</sup>, PhD  
Fatemeh Alipoor<sup>4</sup>, MSc

**Abstract**

**Aim.** This study was conducted to examine the relationship of marital satisfaction and self-care behavior in people with chronic heart failure

**Background.** Chronic heart failure is one of the most important problems in public health and it would impose heavy costs on society and family. Self-care plays an important role in managing heart failure and can be influenced by social support. The patients receive the highest level of social support from their families.

**Method.** In this descriptive study, 251 patients were selected by convenience sampling method. The instruments were Enrich marital satisfaction questionnaire, and The European Heart Failure Self-care Behavior (EHFSCB). Collected data were analyzed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistics.

**Findings.** The results showed that 58.8 percent of participants were male, with a mean age of 59.66 years. The mean score of marital satisfaction was  $145.6 \pm 41.98$ . Most participants (46.9 percent) had partial marital satisfaction. The mean score of self-care was  $34.5 \pm 12.24$  and most participants (41.2 percent) reported good self-care. There was a statistically significant negative correlation between the marital satisfaction and self-care scores.

**Conclusion.** Due to the positive effect of self-care behaviors on marital satisfaction and because most people with chronic heart failure have partial marital satisfaction, it is recommended to study factors influencing these components. It is suggested to support and teach patients and their families in order to improve marital satisfaction and promote self-care behaviors in these patients.

**Keywords:** Chronic heart failure, Self-care behavior, Marital satisfaction,

1 Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing and Basic Science, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Assistant Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) email: salehi.t@iums.ac.ir

3 Assistant Professor, Psychological Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran