



نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۵، شماره ۹۰، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۹ تا ۱۹
تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۶

همبستگی قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی

میمنت حسینی*، سکینه رشیدی^۲، پروانه وصلی^۳، سوده شهسواری^۴

۱. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول مکاتبات: میمنت حسینی meimanathosseini@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف:

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، فعالیت‌های مناسبی جهت بهبود وضعیت سلامت و نیز پیشگیری از تشدید نقصان عملکردی ناشی از نارسایی قلبی می‌باشند و قدرت درونی، عامل سلامت روانی و بهزیستی و در نتیجه یک جزء پویا از بهبودی کل نگر می‌باشد. هدف از انجام این پژوهش تعیین همبستگی قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ بود.

مواد و روش‌ها:

در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۱۴۵ نفر از زنان مبتلا به نارسایی قلبی به روش در دسترس از بین مراجعین به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سه قسمتی شامل: "پرسش‌نامه مشخصات فردی"، "پرسش‌نامه قدرت درونی" و "نیمرخ ۲ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت" بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اس پی اس اس ۲۰ استفاده گردید.

یافته‌ها:

بین متغیر قدرت درونی و تمامی ابعاد و کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($p < 0/001$) و همچنین بین تمامی ابعاد قدرت درونی (به غیر از بعد دانستن و جستجو با فعالیت بدنی و بعد پیوستگی با مسئولیت سلامتی و نیز بعد پیوستگی با فعالیت بدنی) با ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری:

بین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به نارسایی قلبی همبستگی معنی‌دار وجود دارد. لذا جهت افزایش سطح سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی، توجه به تقویت قدرت درونی توسط پرستاران، امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها:

قدرت درونی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زنان، نارسایی قلبی

مقدمه

طبق عقیده پندر^۲، رفتارهای شیوه زندگی سالم شامل: رشد معنوی، مسئولیت سلامتی، ورزش، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت تنش است (Hosseini, et al., 2012). سودمندی این رفتارها در ارتقاء سلامت افراد در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است. برای مثال، فعالیت‌های ورزشی نظیر انجام ۲۰ تا ۶۰ دقیقه ورزش‌های هوازی سه بار در هفته، برای تمام مبتلایان به نارسایی قلبی (کلاس یک تا سه) که در مرحله حاد بیماری قرار ندارند، توصیه شده است. کاهش علائم نارسایی قلبی نظیر کاهش تنگی نفس و خستگی در مبتلایان، بهبود تحمل فعالیت، کاهش مرگ و ناتوانی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۳ از مزایای ورزش در نارسایی قلبی می‌باشد (Coats, 2007).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باید به عنوان راهبردهای اصلی جهت حفظ و ارتقاء سلامت مورد بررسی قرار گیرد (Baheiraei, et al., 2011)، این در حالی است که مطالعه انجام شده توسط (Enjzab, et al., 2012) بر روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان میان‌سال یزد، نشانگر سطح پایین این رفتارها در جزء فعالیت جسمی و مسئولیت‌پذیری سلامتی بود. همچنین، مطالعه (Thanavaro, et al., 2010) بر روی زنان مبتلا به درد قفسه سینه^۴ و مطالعه (Kheirjoo, et al., 2012) بر روی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز نشان داد که رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سطح مطلوب قرار نداشت.

از سوی دیگر سلامت جسم و روان به هم وابسته و درهم تنیده در نظر گرفته می‌شوند. قدرت درونی، عامل سلامت روانی و بهزیستی روحی (Dingley, et al., 2001) و در نتیجه یک جزء پویا از بهبودی کل نگر می‌باشد (Lewis & Roux, 2011). قدرت درونی یک مفهوم دقیقاً مرتبط با شوق برای زندگی و انعطاف‌پذیری است که در بهبودی، بهزیستی، شادی و کیفیت زندگی حائز اهمیت می‌باشد. قدرت درونی به عنوان "یک منبع درونی ارتقاءدهنده بهزیستی در انسان" تعریف شده است (Alpers, et al., 2011).

قدرت درونی دربرگیرنده چهار مفهوم دانستن یا اندوه و جستجو (Knowing or Anguish and Searching)، پیوستگی (Connectedness)، تعهد (Engagement) و

نارسایی قلبی اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده‌ای است (Shojaei, 2008) که به عنوان مسیر مشترک نهایی تمام اختلالات قلبی شناخته می‌شود (Rafii, et al., 2009). تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی، هم در کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است. به طوری که تقریباً ۲-۱ درصد از افراد بزرگسال در کشورهای توسعه‌یافته به نارسایی قلبی مبتلا هستند (McMurray, et al., 2012). در سراسر دنیا ۲۳ میلیون فرد مبتلا به نارسایی قلبی وجود دارد و هر ساله دو میلیون مورد جدید نارسایی قلبی تشخیص داده می‌شود (Shiba, & Shimokawa, 2011). تعداد بیماران مبتلا به نارسایی قلب در ایران، حدود ۳۵۰۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد (Hekmatpou, et al., 2009).

در این میان ۵۵-۵۰ درصد از مبتلایان به نارسایی قلبی را زنان تشکیل می‌دهند (Shah, et al., 2009)، با این وجود در اکثر پژوهش‌های انجام شده، زنان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (Ginghina, et al., 2011). تجربه نارسایی قلبی در زنان، از جهات متعددی با مردان متفاوت است. مطالعه قلبی فرامینگهام^۱ نشان داد که زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از تاثیر نارسایی قلبی را بر زندگی روزمره گزارش می‌کنند، همچنین آن‌ها کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان دارند (Pierce, 2005).

نارسایی قلبی با ماهیت ناتوان‌کننده بالقوه خود می‌تواند بر فعالیت‌های زندگی روزانه تاثیر بگذارد. خستگی و تنگی نفس که از علائم اصلی این بیماری هستند، منجر به عدم تحمل فعالیت می‌شوند، در نتیجه این بیماران در انجام فعالیت‌های معمول زندگی، استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته می‌شوند (Abbasi, et al., 2010). بدین ترتیب، توانایی فرد درگیر شدن در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تحت تاثیر قرار می‌گیرد، این در حالی است که چنین رفتارهایی، فعالیت‌های مناسبی جهت بهبود وضعیت سلامت و نیز پیشگیری از تشدید نقصان عملکردی ناشی از بیماری می‌باشند (Pierce, 2005).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، فعالیت‌هایی می‌باشند که جهت نگهداری و یا افزایش سطح سلامت و خودشکوفایی و شادکامی فرد صورت می‌گیرند (Peker & Bermek, 2011).

2. Pender
3. Health-Related Quality of Life
4. Chest Pain

1. Framingham Heart Study

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-همبستگی، پنج بیمارستان دارای درمانگاه قلب فعال از بین بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. سپس ۱۴۵ زن مبتلا به نارسایی قلبی به روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه، سن ۴۰ و بالاتر، تشخیص نارسایی قلبی ثبت شده در پرونده و مدارک پزشکی بیمار، قرار داشتن در کلاس ۲ یا ۳ نارسایی قلبی، سپری شدن حداقل ۶ هفته از تشخیص بیماری، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و عدم وجود سابقه ابتلا به بیماری روانی و عدم مصرف داروهای روان گردان بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه شامل سه بخش به شرح زیر بود:

۱. "پرسش‌نامه مشخصات فردی": پرسش‌نامه‌ای پژوهشگر ساخته شامل ۱۲ عبارت که ۱۱ مورد درباره‌ی سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت تحصیلات همسر، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه خانواده، وضعیت پوشش بیمه، مدت زمان ابتلا به بیماری نارسایی قلبی، تعداد دفعات بستری در بیمارستان در یک سال گذشته و وضعیت ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی که توسط نمونه‌ها و یک عبارت در مورد طبقه بیماری بود که توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

۲. "پرسش‌نامه قدرت درونی" (Inner strength questionnaire): این ابزار، یک پرسش‌نامه‌ی ۲۷ عبارتی است که جهت سنجش قدرت درونی در زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن توسط Roux, et al., 2003 تدوین شده است (Putnam, 2008). این ابزار، ابعاد قدرت درونی را در ۴ بعد دانستن و جستجو (۷ عبارت)، بعد پیوستگی (۷ عبارت)، بعد تعهد (۶ عبارت) و بعد حرکت (۷ عبارت)، مورد بررسی قرار می‌دهد (Lewis & Roux 2011). پاسخ شامل ۵ گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، کمی موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می‌باشد. حداقل نمره برای این ابزار ۲۷ و حداکثر امتیاز ۱۳۵ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده قدرت درونی بالاتر است (Dingley, Lewis, 2008). در سال ۲۰۰۴ روایی این ابزار را در ۲۸۱ زن مبتلا به بیماری مزمن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و پایایی آن‌را به روش همسانی درونی تعیین نمود که تحلیل عاملی نشان دهنده مدل ۴ عاملی بود و آلفای کرونباخ کل $\alpha = 0.91$ گزارش گردید. در مطالعه کنونی معیار رتبه‌بندی به این ترتیب بود که نمرات ۲۷ الی ۵۴

حرکت (Movement) می‌باشد (Orshan, 2008). دانستن و جستجو بیانگر گذر از ترس، آسیب پذیری، ضعف و جستجو برای معنی کردن تجربه‌ی واقعه چالش برانگیز زندگی و حرکت از احساس ترس و شوک به سوی پذیرش است. پیوستگی توصیف کننده پرورش روابط حمایتی با خود، خانواده، دوستان و یک قدرت روحانی می‌باشد. تعهد به معنی خودسازی و پرداختن به امکانات زندگی و حرکت توصیف کننده بعد حرکت، استراحت، فعالیت، خودارزیابی صادقانه و تعادل ذهن و بدن می‌باشد (Dingley, 2008). تمام انسان‌ها ظرفیت ساخت و تقویت قدرت درونی را دارند (Lewis & Roux &, 2011). با وجود این که قدرت درونی قبل از وقوع وقایع چالش برانگیز زندگی نظیر بیماری‌های مزمن نیز در فرد وجود دارد؛ یک حادثه تغییر دهنده زندگی یا تجربه یک چالش، آغازگر تلنگر به قدرت درونی و به نمایش گذاشتن آن است (Orshan, 2008).

در پژوهشی که Putnam (2008) در مورد ارتباط قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تاثیر آن بر کیفیت زندگی زنان میان‌سال انجام داد، ارتباط مثبتی بین این دو عامل به دست آمد. همچنین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به عنوان عوامل پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی مشخص گردیدند. در پژوهش دیگری که Dingley (2008) در مورد قدرت درونی در زنان مبتلا به سرطان انجام داد، ارتباط قوی بین قدرت درونی و خودمدیریتی در این بیماران به دست آورد.

پرستاری به عنوان یک حرفه، متعهد به ارتقاء سلامت در افراد جامعه است. دیدگاه کل‌نگر در پرستاری بر این امر دلالت دارد که انسان دارای موجودیت یک‌پارچه می‌باشد و در نتیجه زمینه‌های سلامت جسمی، روانشناختی و روحی تفکیک شدنی نیستند زیرا دارای یک تمامیت درهم تنیده می‌باشند. بهزیستی و وجوه مختلف سلامتی افراد، دارای ارتباط چند سویه و تبادل پذیر با یکدیگر هستند (Roux et al., 2002). نقش تاثیرگذار قدرت درونی و نیز رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بهبود کیفیت زندگی، کسب نتایج مثبت سلامتی و خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن Putnam (2008)؛ Dingley (2008) و Roux, et al., (2002) به اثبات رسیده است. لذا این پژوهش با هدف تعیین همبستگی قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ انجام گردید.

زندگی ارتقاء دهنده سلامت" $0/98$ ، برای "پرسش‌نامه قدرت درونی" $0/93$ و برای "نیمرخ ۲ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت" $0/95$ به دست آمد. جهت بررسی روایی صوری پرسش‌نامه از نظرات افراد صاحب‌نظر که در تعیین روایی محتوا شرکت داشتند، استفاده شد. همچنین از نظرات ۵ نفر از بیماران واجد شرایط در ارتباط با قابل درک بودن و مناسب بودن شکل ظاهری عبارات استفاده شد.

از دو روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون مجدد جهت تعیین پایایی ابزارها استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از ۱۵ نفر از بیماران واجد شرایط در مورد "پرسش‌نامه قدرت درونی" $0/89$ α = به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ " $0/93$ α = به دست آمد. برای انجام آزمون مجدد، ۱۵ نفر از بیماران واجد شرایط انتخاب شده و به فاصله دو هفته پرسش‌نامه ۳ قسمتی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های مذکور، ضریب همبستگی پیرسون بین دو نوبت تکمیل ابزارها، سنجیده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای "پرسش‌نامه قدرت درونی" $0/87$ r = و برای "نیمرخ ۲ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت" $0/89$ r = بدست آمد.

به منظور گردآوری اطلاعات پس از اخذ مجوز کتبی از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، یکی از پژوهشگران به بیمارستان‌های منتخب مراجعه نموده و با ارائه معرفی‌نامه، رضایت کتبی مسئولین مرکز مربوطه را کسب نمود. سپس به درمانگاه‌های این بیمارستان‌ها مراجعه نموده و ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش به مسئول درمانگاه و با هماهنگی وی، با بررسی پرونده بیماران قلبی زن مراجعه کننده به درمانگاه قلب، بیمارانی که تشخیص نارسایی قلب در پرونده آنان ثبت شده بود را شناسایی نمود. به علت در دسترس نبودن آمار دقیق بیماران زن مبتلا به نارسایی قلبی و اینکه امکان استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری وجود نداشت، از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و توضیح در مورد اهداف پژوهش و قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها، رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آن‌ها اخذ شد. به منظور راحتی نمونه‌ها و کسب اطلاعات دقیق‌تر محل آرامی در درمانگاه برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شد. سپس، پرسش‌نامه در اختیار افراد شرکت کننده در پژوهش قرار داده شد. در خصوص آن دسته از بیمارانی که

به عنوان قدرت درونی ضعیف، نمرات $0/54$ الی $0/81$ به عنوان قدرت درونی متوسط و نمرات $0/81$ الی $1/08$ به عنوان قدرت درونی خوب و نمرات $0/108$ الی $1/35$ به عنوان قدرت درونی عالی در نظر گرفته شد.

۳. "نیمرخ ۲ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (اچ پی ال پی ۲) [Health-promoting lifestyle profile II (HPLPI)]: این ابزار، یک پرسش‌نامه ۵۲ عبارتی است که بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر توسط Walker و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شده است (Baheiraei, 2011). این ابزار فراوانی به کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در ۶ زیر مقیاس تحت عناوین تغذیه (۹ عبارت)، فعالیت بدنی (۸ عبارت)، مسئولیت سلامتی (۹ عبارت)، مدیریت تنش (۸ عبارت)، روابط بین فردی (۹ عبارت) و رشد معنوی (۹ عبارت) اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ شامل ۴ گزینه (هرگز، گاهی اوقات، معمولاً و همیشه) می‌باشد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین $208-52$ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است (Mohammadi, 2011; Zeidi, et al., 2012). جهت حفظ وزن ۴-۱ پاسخ‌های عبارات و مقایسه هدفمند نمرات در میان زیرمقیاس‌ها، استفاده از میانگین‌ها به جای مجموع نمرات پیشنهاد شده است (Hosseini, et al., 2012). در مطالعه کنونی، به دلیل عدم وجود استاندارد خاصی در مورد نقطه برش، امتیاز به دست آمده از پرسش‌نامه به ۴ قسمت تقسیم گردید و امتیاز ۱ الی $1/75$ به عنوان رفتار ارتقاء دهنده سلامت ضعیف، نمره $1/76$ الی $2/50$ به عنوان رفتار ارتقاء دهنده سلامت متوسط و نمره $2/51$ الی $3/25$ به عنوان رفتار ارتقاء دهنده سلامت خوب و نمره $3/26$ الی ۴ به عنوان رفتار ارتقاء دهنده سلامت عالی در نظر گرفته شد. به علاوه، همسانی درونی در مورد مقیاس "نیمرخ ۲ شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت" برابر با $0/86$ α ذکر شد.

جهت تعیین روایی ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، از سه روش شاخص روایی محتوا (Content validity index)، نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و روایی صوری استفاده شد. به این ترتیب پرسش‌نامه ۳ قسمتی، در اختیار ۳ نفر روان‌پرستار، ۳ نفر پرستار بهداشت جامعه و ۴ نفر دکترای پرستاری که همگی از اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران بودند، قرار داده شد و روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات ۱۰ نفر تایید گردید. شاخص روایی محتوا برای ابزار "نیمرخ ۲ سبک

داشتند. وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت هیچ‌یک از واحدهای مورد پژوهش عالی نبود. میانگین و انحراف معیار امتیازات کسب شده در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۲ آورده شده است.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر قدرت درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به طور کلی و نیز تمامی ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت همبستگی مستقیم و معنی‌داری دارد (جدول ۳). همبستگی امتیاز قدرت درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برابر با ۰/۷۷ است که نشان از وجود یک همبستگی مستقیم بین دو متغیر دارد. به این معنی که با افزایش یا کاهش متغیر قدرت درونی متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز در همان جهت تغییر خواهد کرد ($p < 0/01$).

جدول ۲. دامنه نمرات، میانگین و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیرمقیاس‌های آن در زنان مبتلا به نارسایی قلبی

نام متغیر	دامنه نمرات ابزار	دامنه نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۱-۴	۱/۶۶-۳/۰۳	۲/۴۰	۰/۳۵
مسئولیت سلامتی	۱-۴	۱/۴۴-۳/۵۶	۲/۵۰	۰/۴۶
فعالیت بدنی	۱-۴	۱-۲/۶۳	۱/۱۹	۰/۲۷
تغذیه	۱-۴	۱/۶۷-۳/۵۶	۲/۵۸	۰/۳۹
رشد معنوی	۱-۴	۱/۲۲-۴	۲/۸۴	۰/۷۷
روابط بین فردی	۱-۴	۱/۴۴-۳/۷۸	۲/۸۷	۰/۵۷
مدیریت تنش	۱-۴	۱/۵۰-۳/۵۰	۲/۴۴	۰/۴۵

جدول ۳. نتایج همبستگی بین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی

نام متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	مقدار p
مسئولیت سلامتی	۰/۳۴	۰/۰۰۱
فعالیت بدنی	۰/۳۰	۰/۰۰۱
تغذیه	۰/۳۳	۰/۰۰۱
رشد معنوی	۰/۸۳	۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۰/۵۳	۰/۰۰۱
مدیریت تنش	۰/۷۳	۰/۰۰۱
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به طور کلی	۰/۷۷	۰/۰۰۱

تحصیلات سطح پایینی داشتند، برحسب نیاز توضیحات اضافی داده شد. سپس از آنان درخواست شد پس از تکمیل پرسش‌نامه آن را به پژوهشگر که در کنار منشی درمانگاه مستقر بود، تحویل دهند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت و از آمار توصیفی برای توصیف داده‌ها و آزمون همبستگی پیرسون برای سنجش ارتباط بین داده‌ها استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که کمترین و بیشترین سن نمونه‌های پژوهش، به ترتیب ۴۳ و ۸۳ سال با میانگین سنی ۵۷/۴۶ سال و انحراف معیار ۶/۵۷ سال بود. ۸۹/۶ درصد از نمونه‌های پژوهش متاهل بودند. ۵۴/۵ درصد از نمونه‌های پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی بودند. ۵۱/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش در کلاس دو بیماری و ۴۸/۳ درصد آن‌ها در کلاس سه بیماری بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به نارسایی قلبی در شرکت‌کنندگان ۱۵/۲۹ ماه با انحراف معیار ۱۰/۷۲ ماه بود. ۵۱/۷ درصد از شرکت‌کنندگان سابقه بستری در یک سال گذشته را داشتند. ۴۸/۳ درصد از شرکت‌کنندگان علاوه بر نارسایی قلبی به بیماری جسمی دیگری مبتلا بودند.

همچنین نتایج نشان داد که ۶۵/۵ درصد از نمونه‌ها دارای قدرت درونی مطلوب، ۳۲/۴ درصد در وضعیت متوسط و ۲/۱ درصد از آنان در وضعیت ضعیف قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیازات کسب شده در قدرت درونی و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. دامنه نمرات، میانگین و انحراف معیار مقیاس قدرت درونی و زیرمقیاس‌های آن در زنان مبتلا به نارسایی قلبی

نام متغیر	دامنه نمرات ابزار	دامنه نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
قدرت درونی	۲۷-۱۳۵	۴۸-۱۲۵	۹۲/۶۰	۱۹/۲۶
دانستن و جستجو	۷-۳۵	۱۶-۳۴	۲۱/۲۶	۴/۴۳
پیوستگی	۷-۳۵	۱۱-۳۴	۲۴/۸۵	۵/۴۴
تعهد	۶-۳۰	۸-۲۸	۲۱/۲۶	۵/۱۹
حرکت	۷-۳۵	۹-۳۲	۲۱/۱۱	۶/۴۰

به علاوه، نتایج نشان داد که وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۵۴/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش متوسط و ۴/۱ درصد آن‌ها رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ضعیف

انجام شد. یافته‌ها نشان داد که قدرت درونی در واحدهای مورد پژوهش در وضعیت خوب قرار دارد. در پژوهش (2008) Dingley بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه، میانگین امتیاز قدرت درونی ۱۰/۸۶ بود که حکایت از قدرت درونی عالی داشت. بر طبق نتایج پژوهش Putnam (2008) روی زنان میان‌سال، میانگین نمره قدرت درونی در شرکت‌کنندگان ۵۶/۸۶ بوده است که بیانگر قدرت درونی متوسط در شرکت‌کنندگان می‌باشد. طبق نظر Roux, et al., (2002) وجود یک تجربه یا واقعه مهم در زندگی، مبداء بروز قدرت درونی است. قدرت درونی قبل از وقوع یک چالش در زندگی نیز وجود دارد و تجربه وقایع چالش برانگیز در زندگی، بر توانایی و قابلیت قدرت درونی موثر می‌باشد. در پژوهش حاضر و نیز پژوهش (2008) Dingley واحدهای مورد پژوهش چالش خاصی (ابتلا به بیماری) را تجربه کرده‌اند که این چالش به عنوان عامل موثر در توسعه قدرت درونی آن‌ها عمل نموده و موجب شده قدرت درونی در آنان در سطح مطلوب باشد. در حالی که در پژوهش Putnam (2008) حدود سه چهارم از شرکت‌کنندگان از سلامت کامل برخوردار بودند و در نتیجه عامل تسریع و تسهیل کننده بروز و توسعه قدرت درونی را نداشتند.

در میان ابعاد قدرت درونی، شرکت‌کنندگان در بعد پیوستگی، نمره بالاتری را کسب کرده‌اند که با نتایج پژوهش (2008) Dingley هم‌خوانی دارد. پیوستگی بیانگر ارتباط عمیق با خداوند، خانواده و دوستان است. کسب نمره بالاتر در بعد پیوستگی در نمونه‌های پژوهش می‌تواند به این دلیل باشد که هنگامی که بیماری، فقدان، غم یا یک تغییر بزرگ در زندگی اتفاق می‌افتد، افراد از منابع معنوی برای کمک به تطابق یا برآورده کردن نیازهای خود استفاده می‌کنند (Potter & Perry, 2009). در پژوهش Putnam (2008) شرکت‌کنندگان در بعد پیوستگی کمترین نمره را به دست آورده‌اند که این تفاوت در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی و مذهبی بین جوامع باشد. در جامعه ایران، مذهب، معنویت و ارتباطات معنوی با خداوند و همچنین خانواده و ارتباطات خانوادگی نقش مهمی را در زندگی افراد ایفاء می‌کنند. ایرانیان همواره و به ویژه در زمان بروز مشکلات، به عقاید مذهبی خود به عنوان یک منبع مهم حمایتی می‌نگرند. همچنین افراد خانواده‌ها در زمان بروز مشکلاتی نظیر بیماری یک عضو خانواده، سعی بر برقراری روابط نزدیک‌تر و کمک به حل مشکل می‌-

همچنین نتایج نشان داد که تمامی ابعاد قدرت درونی (به غیر از بعد دانستن و جستجو با فعالیت بدنی و بعد پیوستگی با مسئولیت سلامتی و نیز بعد پیوستگی با فعالیت بدنی) همبستگی مستقیم و معنی‌داری با ابعاد متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند ($p < 0/01$). با توجه به ضرایب مشاهده شده در مطالعه کنونی و نظر به اینکه ضریب همبستگی کمتر از ۰/۳ ضعیف، ۰/۷ متوسط و بالاتر از ۰/۷ بالا قلمداد می‌شود (Watson, et al., 2008)، ضریب همبستگی بین مسئولیت سلامتی، فعالیت بدنی، تغذیه و روابط بین‌فردی با قدرت درونی متوسط بوده و همبستگی سایر متغیرها با قدرت درونی بالا می‌باشد. همچنین، بیشترین همبستگی میان ابعاد حرکت و رشد معنوی و کمترین همبستگی بین ابعاد پیوستگی و مسئولیت سلامتی وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج همبستگی بین ابعاد قدرت درونی و ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی

ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	دانشتن و جستجو (۲* و مقدار P)	پیوستگی (۲* و مقدار P)	تعهد (۲* و مقدار P)	حرکت (۱* و مقدار P)
مسئولیت سلامتی	۰/۳۲ **۰/۰۰۱	۰/۱۹ ۰/۰۲۲	۰/۳۶ **۰/۰۰۱	۰/۳۴ **۰/۰۰۱
فعالیت بدنی	۰/۱۸ ۰/۰۳۳	۰/۱۹ ۰/۰۲۰	۰/۳۶ **۰/۰۰۱	۰/۳۳ **۰/۰۰۱
تغذیه	۰/۲۲ **۰/۰۰۸	۰/۲۴ **۰/۰۰۳	۰/۳۶ **۰/۰۰۱	۰/۳۴ **۰/۰۰۱
رشد معنوی	۰/۶۱ **۰/۰۰۱	۰/۷۳ **۰/۰۰۱	۰/۷۸ **۰/۰۰۱	۰/۸۲ **۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۰/۶۱ **۰/۰۰۱	۰/۴۰ **۰/۰۰۱	۰/۵۳ **۰/۰۰۱	۰/۵۴ **۰/۰۰۱
مدیریت تنش	۰/۵۴ **۰/۰۰۱	۰/۶۱ **۰/۰۰۱	۰/۶۹ **۰/۰۰۱	۰/۷۳ **۰/۰۰۱

*ضریب همبستگی پیرسون

**معناداری

بحث

این مطالعه با هدف تعیین همبستگی قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

انتخاب شده بودند. معیار ورود افراد نداشتن مشکل روانی و یا گفتاری بوده‌است و وضعیت سلامت شرکت‌کنندگان تعیین نگردیده بود ولی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر مبتلایان به نارسایی قلبی بودند. از آنجایی که وضعیت سلامت افراد بر فراوانی شرکت در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تأثیر می‌گذارد، تفاوت در نتایج مطالعه حاضر و مطالعه Enjezab, et al. (2012) می‌تواند قابل توجه باشد. نتایج پژوهش Pierce (2005) روی زنان مبتلا به نارسایی قلبی و همچنین پژوهش Beal, et al. (2009) روی زنان مبتلا به فیبرومیالژی نشان‌دهنده وضعیت خوب رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در این زنان بوده است. این تفاوت می‌تواند ریشه در تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی بین کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته داشته باشد. تفاوت در وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در جوامع مختلف ناشی از تاثیر عوامل فردی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی می‌باشد که بر وضعیت سلامت افراد تأثیرگذار هستند. هنجارهای اجتماعی، رسانه‌های جمعی، سیاست‌های بهداشتی ملی، فعالیت‌های تبلیغاتی و وضعیت محیطی بر رفتارهای سلامتی در افراد موثر می‌باشند (Baheiraei, et al., 2011). متأسفانه در کشور ما برنامه‌های ارتقاء سلامت هنوز جایگاه واقعی خود را در سامانه خدمات بهداشتی و درمانی پیدا نکرده است و هنوز عمده بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می‌شود (Mirzaii, 2009). بر طبق نتایج پژوهش حاضر، واحدهای مورد پژوهش بالاترین نمره را در بعد روابط بین فردی به‌دست‌آورده‌اند. در بیشتر پژوهش‌های انجام شده در حوزه سبک زندگی، هم در افراد سالم و هم در افراد دارای وضعیت‌های مزمن، نمره بالا در ابعاد حمایت بین فردی گزارش شده است (Kheirjoo, et al., 2012). همچنین شرکت‌کنندگان در بعد رشد معنوی و تغذیه بر اساس نمرات کسب شده در وضعیت خوب و در بعد مسئولیت سلامتی و مدیریت تنش در وضعیت متوسط قرار دارند که با پژوهش Pierce (2005) بر روی زنان مبتلا به نارسایی قلبی هم‌خوانی دارد. در پژوهش Kheirjoo, et al. (2012) بر روی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، همچنین پژوهش Beal, et al. (2009) بر روی زنان مبتلا به فیبرومیالژی، ابعاد رشد معنوی، تغذیه و مسئولیت سلامتی در وضعیت خوب و بعد مدیریت تنش در وضعیت متوسط قرار داشت. در توضیح وضعیت متوسط مسئولیت سلامتی در نمونه‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که مسئولیت سلامتی به معنی پذیرش

کمترین نمره کسب شده در ابعاد قدرت درونی مربوط به بعد حرکت می‌باشد. این بعد توصیف‌کننده بعد حرکت، استراحت، فعالیت، ارزیابی واقع‌گرایانه از توانایی‌ها و محدودیت‌های فردی و تعادل ذهن و بدن می‌باشد. کسب نمره پایین در این بعد از قدرت درونی می‌تواند ناشی از آگاهی پایین زنان مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به مزایای فعالیت و حرکت متعادل برای آن‌ها و ترس از تشدید علائم در صورت فعالیت و نیز آشنایی اندک این زنان با فعالیت‌های تن‌آرامی که به تعادل ذهن و بدن منجر می‌گردد، باشد.

یافته‌ها نشان داد که ۶۵/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش از لحاظ وضعیت قدرت درونی در سطح مطلوب قرار داشتند و سایر نمونه‌ها دارای قدرت درونی متوسط و ضعیف بودند. در واقع می‌توان گفت تمامی افراد از پس وقایع چالش‌برانگیز زندگی نظیر ابتلا به یک بیماری مزمن با قدرت درونی تقویت شده، تکوین نمی‌یابند. این منبع مهم انسانی متأثر از عوامل درونی فرد و نیز عوامل محیطی خارجی می‌باشد (Lewis & Roux, 2011). تقویت قدرت درونی در بیماران از طریق کمک به آن‌ها برای حفظ ارتباط با خانواده، دوستان و نیز حفظ و ارتقاء روابط معنوی، کسب اطلاعات در مورد بیماری، دسترسی به منابعی برای پاسخ‌گویی به سوالات، تشویق بیماران به بیان ترس‌هایشان و نیز شناسایی قدرت‌های وجودی خویش، مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌های درمانی، دسترسی به منابع حمایتی و نیز تمرکز بر کسب سلامت بجای تمرکز بر بیماری امکان‌پذیر می‌گردد. در این پژوهش ۳۴/۵ درصد شرکت‌کنندگان از قدرت درونی متوسط و یا ضعیف برخوردار بودند که لزوم توجه پرستاران، مسئولین و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را جهت کمک به زنان مبتلا به نارسایی قلبی برای شناسایی، حفظ و تقویت قدرت درونی خود، روشن می‌سازد.

میانگین نمره واحدهای مورد پژوهش در متغیر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت ۲/۴۰ بود که نشانگر وضعیت متوسط این‌گونه رفتارها در زنان مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش Kheirjoo, et al. (2012) بر روی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید هم‌خوانی دارد. در حالی که در مطالعه Enjezab, et al. (2012) زنان میان‌سال یزدی نمره بالاتری را در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت کسب کرده بودند. شرکت‌کنندگان در پژوهش فوق به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان زنان میان‌سال شهر یزد

همبستگی مستقیم و معنی‌داری با ابعاد متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشتند. یافته‌های پژوهش (2008) Putnam نیز حاکی از همبستگی مستقیم معنی‌دار تمامی ابعاد قدرت درونی (به غیر از بعد دانستن و جستجو با بعد مسئولیت سلامتی، بعد پیوستگی با بعد فعالیت بدنی و بعد پیوستگی با بعد تغذیه) با ابعاد متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که موید یافته‌های پژوهش کنونی است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. لذا جهت افزایش سطح سلامت و بهزیستی و نیز کاهش هزینه‌های اقدامات مراقبتی در زنان مبتلا به نارسایی قلبی، توجه به توسعه و تقویت قدرت درونی توسط پرستاران، امری ضروری به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های مطالعه کنونی احتمال عدم دقت نمونه‌های پژوهش در پاسخ‌دهی به سوالات و نیز وضعیت روحی و روانی آنان بود که می‌توانست در نحوه پاسخ‌گویی آن‌ها به سوالات پرسشنامه، تاثیر بگذارد. کمبود پژوهش‌های کمی انجام شده در مورد قدرت درونی در سطح جهان و عدم انجام پژوهش در مورد قدرت درونی در ایران و نیز کمبود پژوهش‌های انجام شده در مورد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مبتلایان به بیماری‌های مزمن (به‌ویژه در بیماری نارسایی قلبی) در سطح جهان و ایران از محدودیت‌هایی بود که مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر را دشوار ساخت؛ بنابراین تلاش شد تا با استفاده از مطالعات مختلف مرتبط و پژوهش‌های کیفی انجام شده، تاثیر این محدودیت به حداقل رسانده شود. با توجه به این‌که مطالعات در زمینه ارتقاء سلامت در بیماری‌های مزمن به خصوص در مورد زنان در کشور ایران محدود است، می‌توان بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، پژوهش‌های دیگری را در جهت تکمیل آن به انجام رساند.

تشکر و قدردانی

این مقاله استخراج شده از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از نمونه‌های پژوهش و کلیه افرادی که در اجرای پایان نامه سهم داشته‌اند اعلام می‌دارند

مسئولیت سلامت خود و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی می‌باشد، این در حالی است که برخی از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، اصولاً اعتقادی به تاثیر مثبت رفتارهای خودمراقبتی بر روی تسکین علائم بیماری‌شان ندارند که این امر تبعیت آن‌ها از رفتارهای خودمراقبتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بیماران انگیزه‌ای جهت انجام این رفتارها ندارند (Khodadadi, et al., 2010).

در پژوهش حاضر، متغیر قدرت درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به طور کلی و نیز تمامی ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی مستقیم و معنی‌داری داشت که با نتایج پژوهش (2008) Putnam هم‌خوانی دارد. قدرت درونی عامل سلامت روانی و بهزیستی روحی و جزیی از معنویت و در نتیجه یک عنصر پویا در بهبودی کل نگر در نظر گرفته می‌شود (Roux, et al., 2011). توانایی مواجهه با چالش‌ها و تسهیل بهبودی و ایجاد تغییر دلخواه در زندگی، داشتن احساس کنترل بر شرایط و نیز تسلط بر خود و خویش‌داری، وجود توانایی برای ایجاد تعادل بین درون خود و تجارب زندگی و نیز محیط از پیامدهای حاصل از قدرت درونی می‌باشند (Dingley, et al., 2000; Lewis, 2004; Nygren, 2006). در نتیجه چنین می‌توان گفت که داشتن قدرت درونی بالاتر با سلامت روحی و روانی و معنوی بالاتر در ارتباط می‌باشد. با توجه به توضیحات فوق، می‌توان گفت که زنان مبتلا به نارسایی قلبی که از قدرت درونی بالاتری برخوردار می‌باشند، از توانایی بالاتری برای تطابق با شرایط بیماری مزمن و تلاش برای رسیدن به حداکثر سطح سلامتی برخوردار هستند. از آن‌جا که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، رفتارها یا اعمالی هستند که افراد آن‌ها را بدلیل تمایل نسبت به بهبود وضعیت سلامتی خود انجام می‌دهند (Peterson & Bredow, 2004)؛ در نتیجه احتمال انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به نارسایی قلبی که از قدرت درونی بالاتری برخوردار هستند، بالاتر بوده و رابطه مثبت معنی‌دار بین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در نمونه‌های پژوهش قابل توجیه می‌باشد.

نتایج حاکی از این بود که تمامی ابعاد قدرت درونی (به غیر از بعد دانستن و جستجو با فعالیت بدنی و بعد پیوستگی با مسئولیت سلامتی و نیز بعد پیوستگی با فعالیت بدنی)

REFERENCES

- Abbasi A, et al. (2010) [The relationship between functional ability and quality of life in patients with heart failure]. Iranian South Medical Journal. 13 (1) 31-40. (Persian)

- Alpers L M, et al. (2011) Experiences of inner strength in critically ill patients: A hermeneutical approach. *Intensive and Critical Care Nursing*. 28(3) 150-158.
- Baheiraei A, et al. (2011) Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed methods study. *BMC Public Health* 11(1) 191-195.
- Beal C C, et al. (2009) Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology, Health & Medicine*. 14(3) 343-353.
- Coats A J S (2007) *Heart Failure: A Practical Approach to Treatment*. Abraham WT. Krum H. (editor). USA. Mc Graw- Hill Companies.
- Dingley C E, et al. (2000) Inner strength: A concept analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*. 4(2) 30-35.
- Dingley C E, et al. (2001) Inner strength in women recovering from coronary artery disease: A ground theory. *Journal of Theory Construction and Testing*. 5(2) 45-52.
- Dingley C E. (2008) Inner strength as a predictor of quality of life and self-management in women with cancer. (dissertation). USA: University of Colorado, School of Nursing.
- Enjezab B, et al. (2012) Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 3(3s) 191-198.
- Gingham C, et al. (2011) A personalized medicine target: heart failure in women. *Journal of Medicine and Life*. 4(3) 280-286.
- Hekmatpou D, et al. (2009) Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units. *Journal of Critical Care Nursing*. 2 (3) 91-97. (Persian)
- Hosseini M, et al. (2012) [Psychometric of health promotion lifestyle profile 2" referred to urban health center]. *Payesh Journal*. 11(6) 849-856. (Persian)
- Kheirjoo E, et al. (2012) [Comparison of health promoting lifestyle of female Rheumatoid Arthritis patients with healthy women and its relationship with demographic factors]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 13(4) 61-70. (Persian)
- Khodadadi A, et al. (2010) [Evolution of knowledge of the principles of self-care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn Abitaleb Rafsanjan university hospital during]. *Journal Nursing, Midwifery and Paramedical of Rafsanjan*. 5(1 & 2) 9-16. (Persian)
- Lewis K L and Roux G. (2011) Psychometric testing of the Inner Strength Questionnaire: women living with chronic health conditions. *Applied Nursing Research*. 24 (3) 153-160.
- Lewis K L (2004) "The Psychometric Properties of the Inner Strength Questionnaire for Women with Chronic Health Conditions". (dissertation). USA: Virginia, Virginia Commonwealth University.
- McMurray J, et al. (2012) The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 33(14) 1787-1847.
- Mirzaii A (2009) [Health Education and Health Promotion]. Hatami H. (editor) (2009) *Textbook of Public Health*. 3rd edition. Volume 1. Tehran: Arjmand. (Persian)
- Mohammadi Zeidi I, et al. (2012) [Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 22(Supple 1) 103-113. (Persian)

- Motlagh Z, et al. (2011) [Study of Health promotion behaviors among university of medical science students]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 13(4) 29-34. (Persian)
- Nygren B (2006) "Inner strength among the oldest old a good aging". (dissertation). Sweden: Umea University, department of nursing.
- Orshan S (2008) *Maternity, Newborn & Women's Health Nursing. Comprehensive Care Across the life Span*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Peker K and Bermek G (2011) Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*. 75(3) 413-420.
- Peterson S J and Bredow T S (2004). *Middle Ranged Theories. Application to Nursing Research*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pierce C (2005) Health promoting behaviors of rural women with heart failure. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 5(2): 28-37. [Online]. Available at: <<http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/view/41/51>>. [Accessed 3 May 2012].
- Potter P A and Perry A G (2009) *fundamental of Nursing*. 7th edition. Missouri, Mosby Elsevier.
- Putnam K F (2008) "The relationship of inner strength and health promoting behaviors and their effect on quality of life in midlife women". (dissertation): USA: Virginia Commonwealth University, School of Nursing.
- Rafii F, et al. (2009) [The importance of the learning needs of patients with heart failure from the perspective of patients and nurses]. *Iranian Journal of Nursing*. 22(57) 19-30. (Persian)
- Roux G, et al. (2002) Inner strength in women: Meta synthesis of qualitative findings in theory development. *Journal of Theory Construction and Testing*. 6(1) 86-93.
- Shah R U, et al. (2009) Heart failure in women: epidemiology, biology and treatment. *Women's Health*. 5(5) 517-527.
- Shiba N and Shimokawa H (2011) Prospective care of heart failure in Japan: lessons from CHART studies. *European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine Journal*. 2(4) 425-438.
- Shojaei F (2008) [Quality of life in patients with heart failure]. *Hayat*. 14(2) 5-13. (Persian)
- Thanavaro J L, et al. (2010) Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart and Lung*. 39(5) 394-403.
- Watson R, et al. (2008) *Nursing Research Design and Methods*. USA, Churchill Livingstone Elsevier.

The correlation of inner strength and health promoting behaviors in women with heart failure

Meimanat hosseini¹, sakineh reshidi², parvaneh vasli³, soodeh shahsavari⁴

1. Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, School of Nursing And Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Alumnus MS, School of Nursing And Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. PhD in Biostatistics, Allied Medical Sciences School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: meimanathosseini@yahoo.com

Abstract

Background

Health promoting behaviors are appropriate actions to promote health and prevent further decompensation due to heart failure. Inner strength is a factor of psychological health and well-being and therefore is a dynamic element in holistic recovery. The aim of this study was to determine the correlation of inner strength and health promoting behaviors in women with heart failure referring to hospital affiliated with Beheshti University of Medical Sciences in 2013.

Materials and methods

In this descriptive-Correlation Study, 145 women with heart failure referring to hospital affiliated with Shaheed Beheshti Medical University were selected by convenience sampling method. A 3-part questionnaire including demographics, inner strength questionnaire and Health-promoting lifestyle profile II was used for data collection. Data were analyzed with SPSS 20.

Finding

There was significant correlation between inner strength and health promoting behaviors dimensions and health promoting behaviors in general ($p < 0.001$) as well as between all dimensions of inner strength (except knowing and Searching dimension with physical activity, connectedness dimension with health responsibility and connectedness dimension with physical activity) ($p < 0.01$).

Conclusion

There is significant correlation between inner strength and health promoting behaviors of women with heart failure. Therefore, attention to enhancement of inner strength by nurses seems necessary to improve the health in women with heart failure.

Keywords:

Inner strength, Health promoting behaviors, Women, Heart failure