

ارتباط سازه‌های مدل ارتقای سلامت Pender با به کارگیری رویکردهای تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

پرستو گلشیری^۱، آرش نجیمی^۲، نجمه جعفری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این مطالعه، با هدف تعیین ارتباط بین سازه‌های مدل ارتقای سلامت Pender با به کارگیری رویکردهای تغذیه‌ای جهت کنترل فشار خون بالا در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مناطق روستایی شهرستان اصفهان انجام گرفت.

روش‌ها: در یک مطالعه‌ی مقطعی، ۲۳۳ بیمار مبتلا به فشار خون بالا از سطح مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان اصفهان انتخاب شدند و دریافت‌های غذایی آنان با پرسش‌نامه‌ی ثبت ۳ روزه‌ی غذایی و عوامل شناختی و تعهد به رویکرد تغذیه‌ای آنان با مدل ارتقای سلامت Pender بررسی شد و ارتباط بین دریافت‌های غذایی و رویکرد تغذیه‌ای آنان بررسی گردید.

یافته‌ها: بین سدیم دریافتی و آگاهی ارتباط معکوس و معنی‌داری به میزان ۰/۳۱۶ وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، بین نمره‌ی فواید درک شده و میزان سدیم دریافت ارتباط معکوس و معنی‌داری به میزان ۰/۲۱۱ مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۲$)، اما بین سایر معیارها (خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی) با میزان سدیم دریافتی ارتباط معنی‌داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: برابر یافته‌های این مطالعه، بین مدل ارتقای سلامت Pender و رویکردهای تغذیه‌ای جهت کنترل فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود داشت. از این رو، توصیه می‌شود مؤلفه‌های ارتقای سلامت Pender در واحدهای بهداشتی که با بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ارتباط هستند، به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: ارتقای سلامت؛ فشار خون؛ مکمل‌های تغذیه‌ای؛ سدیم غذا

ارجاع: گلشیری پرستو، نجیمی آرش، جعفری نجمه. ارتباط سازه‌های مدل ارتقای سلامت Pender با به کارگیری رویکردهای تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۵۹۷): ۸۰۳-۷۹۸.

مقدمه

عدم تبعیت بیمار بارها در مطالعات به عنوان عامل اصلی شکست کنترل فشار خون عنوان شده است و به طور معمول، به عوارض جانبی درمان و موانع مالی و کمبود انگیزه‌ی بیمار در زمینه‌ی درمان، نسبت داده می‌شود (۱)؛ در حالی که شواهدی دال بر مخالفت با این مسأله وجود دارد و مهم‌تر این که پرسنل درمانی در کنترل فشار خون از طریق توصیه به بیماران، موفق نبوده‌اند (۲).

بر این اساس، عدم تبعیت از رژیم درمانی توصیه شده، یکی از دلایل اصلی شکست کنترل فشار خون اعلام شده و مطالعات

نشان داده است که تبعیت از رژیم غذایی، از تبعیت درمانی نیز کمتر است (۳). با وجود اهمیت تغذیه و رژیم غذایی در پیش‌گیری و کنترل پرفشاری خون، الگوی تغذیه در کشورمان به سرعت در حال تغییر به سمت مصرف بیش از حد انرژی است و این تغییر، به صورت گرایش به انواع چربی‌های اشباع، کلسترول، مواد قندی، غذاهای پر انرژی با ظاهر جذاب، اما با ترکیبات کم ارزش غذایی، میان وعده‌های غذایی چرب یا شیرین و کاهش مصرف مواد غذایی فیبردار می‌باشد که خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر را می‌افزاید (۴).

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و پزشک خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: پرستو گلشیری؛ گروه پزشکی اجتماعی و پزشک خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: pgoleshiri@yahoo.com

که با احتساب میزان ریزش ۱۰ درصد، در نهایت ۲۳۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری به شیوه‌ی چند مرحله‌ای بود و از بین ۳۳ مرکز سلامت روستایی، ۱۰ خوشه انتخاب شد و به تناسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز، تعداد نمونه‌ی مربوطه تعیین و از بین بیماران دارای معیارهای ورود، ۲۳۳ بیمار به روش تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. به منظور بررسی عوامل شناختی و تعهد به رویکرد تغذیه‌ای، از مدل ارتقای سلامت Pender استفاده شد. اجزای این مدل شامل آگاهی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی می‌باشد (۷).

برای بررسی دریافت‌های غذایی، از پرسش‌نامه‌ی ثبت ۳ روزه‌ی غذایی (دو روز معمولی و یک روز تعطیل) با استفاده از نرم‌افزار NUTRITIONIST 4 (NIV) استفاده شد. پرسش‌نامه‌ای که بر مبنای آن نرم‌افزار NIV تهیه شده است، ضریب پایایی ۰/۹۲ دارد (۸).

روش انجام کار بدین صورت بود که بعد از انجام هماهنگی‌های لازم، پژوهشگر به مراکز انتخاب شده مراجعه و بعد از انتخاب و دعوت از بیماران، پرسش‌نامه‌های پیش‌گفته به بیماران تحویل و در مورد اهداف طرح و چگونگی تکمیل آن‌ها آموزش داده شد. اطلاعات به دست آمده در پایان، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) شد و با استفاده از آزمون‌های آماری t ، χ^2 و آزمون همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۳۳ بیمار انتخاب و وارد مطالعه شدند که ۱۲ نفر به علت عدم دقت در پاسخگویی به سؤالات، از مطالعه خارج شدند و تحلیل داده‌ها بر روی ۲۲۱ بیمار انجام گرفت. در جدول ۱، توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران آمده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
سن (سال)	
< ۴۰	۱۳ (۵/۹)
۴۰-۴۹	۹۷ (۴۳/۹)
≤ 50	۱۱۱ (۵۰/۲)
تأهل	
مجرد	۲۳ (۱۰/۴)
متأهل	۱۹۸ (۸۹/۶)
اشتغال	
بی‌کار	۲۹ (۱۳/۱)
شاغل	۱۹۲ (۸۶/۹)
تحصیلات	
زیر دیپلم	۱۱۷ (۵۲/۹)
دیپلم	۷۶ (۳۴/۴)
دانشگاه	۲۸ (۱۲/۷)

رویکرد تغذیه‌ای نوین که به Dietary approach to stop hypertension (DASH) موسوم است، شامل توصیه‌هایی در جهت محدودیت مصرف نمک، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و نان و غلات سبوس‌دار و همچنین، توصیه‌هایی در مورد مصرف روغن مایع و لبنیات کم چرب می‌باشد که ابتدا در زمینه‌ی پرفشاری خون ارایه شد و به تدریج، اثربخشی آن در دیابت و همچنین، برای افراد سالم به اثبات رسید (۴).

تغییر رفتار و اصلاح سبک زندگی، بسیار سخت و پیچیده است و موانع متعددی برای آن وجود دارد و به نظر می‌رسد شناسایی این موانع، از مهم‌ترین عوامل موفقیت برنامه‌ها محسوب می‌شود (۵). از آن جایی که تعداد محدودی از مطالعات در ایران به بررسی ارتباط عوامل شناختی تبعیت از رژیم غذایی DASH پرداخته است و از طرف دیگر، مدل Pender به عنوان یک روش قابل اجرا در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است. همچنین، بررسی‌ها نشان داده است بیماران مبتلا به فشار خون بالا، تبعیت کاملی از دستورهای دارویی و تغذیه‌ای جهت کنترل فشار خون ندارند (۶).

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط سازه‌های مدل Pender با به کارگیری رویکردهای تغذیه‌ای جهت توقف فشار خون بالا (DASH) در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مناطق روستایی اصفهان انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی مقطعی بود که با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1397.168 در سال ۱۳۹۷ در سطح مناطق روستایی شهرستان اصفهان انجام شد. جامعه‌ی آماری مطالعه، بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان اصفهان بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی ابتلا به بیماری توسط پزشک، داشتن پرونده در مرکز سلامت، واجد شرایط جهت مصرف داروهای کاهنده‌ی فشار خون، سن بیشتر از ۳۵ سال و کمتر از ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه‌ی جراحی یا بستری شدن در ۳ ماه اخیر، تمایل داشتن به شرکت در مطالعه، عدم ابتلا به دمانس و عدم تبعیت از هر گونه رژیم غذایی خاص بودند. همچنین، عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در طرح در حین مطالعه و عدم دسترسی به فرد در حین مطالعه با وجود پی‌گیری محققین، به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه‌ی مورد نیاز مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات همبستگی، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و حداقل ارتباط ۰/۲ به تعداد ۱۹۴ نفر تعیین گردید.

میزان سدیم دریافتی، ارتباط معکوس و معنی‌داری به میزان ۰/۲۱۱ مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۲$)، اما بین سایر معیارها (خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی) با میزان سدیم دریافتی ارتباط معنی‌داری دیده نشد. دریافت فیبر نیز ارتباط مستقیم و معنی‌داری با آگاهی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار و تأثیر گذارنده‌های وضعیتی داشت (جدول ۳).

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر، نشان داد چربی و کلسترول دریافتی ارتباط معکوس و معنی‌داری با آگاهی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی دارد. همچنین، مشخص شد که انرژی دریافتی ارتباط معکوس و معنی‌داری با موانع درک شده داشت و دریافت سدیم ارتباط معکوس و معنی‌داری با آگاهی و فواید درک شده نشان داد.

در نهایت، مشخص شد که دریافت فیبر ارتباط مستقیم و معنی‌داری با آگاهی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار و تأثیر گذارنده‌های وضعیتی دارد. در یک مطالعه، Byrd و همکاران ارتباط بین سطح آگاهی افراد در مورد تأثیرات مواد غذایی را با میزان مصرف چربی توسط فرد مورد بررسی قرار دادند که برابر نتایج به دست آمده، بین سطح آگاهی و مصرف چربی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (۹). در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که مصرف کربوهیدرات در بیماران ارتباط معنی‌داری با شاخص‌های آگاهی و سازه‌های مدل Pender ندارد؛ در حالی که در مطالعه‌ی Byrd و همکاران، سطح آگاهی با مصرف کربوهیدرات نیز ارتباط معنی‌داری داشته است (۹).

در مطالعه‌ی دیگری در ارتباط با عوامل مؤثر در فشار خون، بررسی تأثیر خودکارآمدی بر کنترل فشار خون مورد بررسی قرار گرفته و مشخص شده است که استفاده از راهبردهای ارتقای خودکارآمدی، می‌تواند در کنترل فشار خون بیماران مؤثر باشد (۱۰). این نتایج، مؤید این است که برای کنترل فشار خون می‌توان از راهکارهای مؤثرتری نسبت به روش‌های معمول بهره جست. در مطالعه‌ی کامران و همکاران، ۶۷۱ بیمار روستایی شهرستان اردبیل که دچار پرفشاری خون بودند، بررسی شدند. در این مطالعه، بیماران از ادراک و آگاهی متوسطی برخوردار بودند. مقدار چربی دریافتی ۹۲/۱ گرم، پروتئین ۱۱۰/۳ گرم و کربوهیدرات ۳۱۷ گرم در روز و مقدار انرژی دریافتی روزانه به طور میانگین ۲۵۳۹ کیلوکالری به دست آمد. میانگین نمره‌ی ادراک با آگاهی تغذیه‌ای ارتباط مستقیم

میانگین نمره‌ی آگاهی در مورد رژیم غذایی بیماران ۵/۳۶، نمره‌ی فواید درک شده‌ی رژیم غذایی ۱۸/۵۵، موانع درک شده در مورد رژیم غذایی ۱۵/۸۶، خودکارآمدی درک شده ۲۳/۲۳، احساس مرتبط با رفتار ۱۸/۴۳، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی بر رژیم غذایی ۲۲/۱۱ و حمایت اجتماعی ۴۷/۲۶ به دست آمد. همچنین، میانگین چربی دریافتی ۱۴۵/۵ ± ۵۴/۷ گرم، کلسترول ۲۶۰/۵ ± ۴۵۶/۳ میلی‌گرم، انرژی دریافتی ۴۸۵/۱ ± ۲۶۳۹/۴ کیلوکالری، پروتئین ۱۷/۸ ± ۱۰۸/۵ گرم، کربوهیدرات ۴۹/۷ ± ۲۹۴/۱ گرم، سدیم ۳۴۱/۷ ± ۲۶۰۵/۷ میلی‌گرم، پتاسیم ۵۱۳/۳ ± ۵۱۵۵ میلی‌گرم و فیبر ۵/۹ ± ۲۸/۳ گرم به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار زیر گروه‌های سازه‌های مدل Pender و زیر گروه‌های تغذیه‌ای

سازه‌های مدل Pender	زیر گروه‌های تغذیه‌ای
آگاهی در مورد رژیم غذایی	چربی (گرم) ۵/۳ ± ۲/۳
فواید درک شده	کلسترول (میلی‌گرم) ۱۸/۵ ± ۴/۴۵
موانع درک شده	انرژی دریافتی (کیلوکالری) ۱۵/۹ ± ۳/۷
خودکارآمدی درک شده	پروتئین (گرم) ۱۷/۸ ± ۱۰۸/۵
احساس مرتبط با رفتار	کربوهیدرات (گرم) ۱۸/۴ ± ۳/۶
تأثیر گذارنده‌های وضعیتی	سدیم (میلی‌گرم) ۳۴۱/۷ ± ۲۶۰۵/۷
	پتاسیم (میلی‌گرم) ۵۱۳/۳ ± ۵۱۵۵
حمایت اجتماعی	کلسیم (میلی‌گرم) ۴۷/۳ ± ۹/۹
	فیبر (گرم) ۵/۹ ± ۲۸/۳

داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار آورده شده است.

برابر نتایج به دست آمده، چربی دریافتی ارتباط معکوس و معنی‌داری با آگاهی در مورد رژیم غذایی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی داشت. کلسترول دریافتی، ارتباط معکوس و معنی‌داری با آگاهی، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، احساس مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی و حمایت اجتماعی داشت. انرژی دریافتی، ارتباط معکوس و معنی‌داری با موانع درک شده داشت.

بین میانگین سدیم در رژیم غذایی یک روز افراد مورد مطالعه و میانگین نمره‌ی آگاهی ارتباط معکوس و معنی‌داری به میزان ۰/۳۱۶ وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، بین نمره‌ی فواید درک شده و

جدول ۳. همبستگی Pearson میان چربی و املاح دریافتی و سازه‌های مدل Pender

آگاهی	فواید درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی	احساس مرتبط با رفتار	تأثیر گذارنده‌های وضعیتی	حمایت اجتماعی		
همبستگی	-۰/۵۵۹	-۰/۵۹۶	-۰/۱۹۰	-۰/۲۴۸	-۰/۲۲	-۰/۲۳۱	چربی	
مقدار P	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	دریافتی	
همبستگی	-۰/۵۳۵	-۰/۵۸۸	-۰/۱۴۱	-۰/۱۹۷	-۰/۱۶۷	-۰/۱۹۱	کلسترول	
مقدار P	< ۰/۰۰۱°	< ۰/۰۰۱°	۰/۰۳۷°	۰/۰۰۳°	۰/۰۱۳°	۰/۰۰۴°		
همبستگی	۰/۴۱۸	۰/۵۴۹	۰/۰۵۵	۰/۵۰۲	-۰/۰۵۲	۰/۷۰۷	انرژی	
مقدار P	۰/۰۶۰	۰/۰۴۱°	۰/۴۲۰	۰/۰۴۵°	۰/۴۴۰	۰/۰۲۵°	دریافتی	
همبستگی	۰/۰۰۸	-۰/۰۰۶	-۰/۰۲۰	۰/۰۸۳	-۰/۰۱۱	۰/۰۴۳	پروتئین	
مقدار P	۰/۹۱۰	۰/۹۳۰	۰/۷۷۰	۰/۱۷۰	۰/۸۷۰	۰/۵۲۰		
همبستگی	۰/۰۱۵	< ۰/۰۰۱	-۰/۰۳۴	-۰/۰۶۰	-۰/۰۳۲	۰/۰۷۵	کربوهیدرات	
مقدار P	۰/۸۳۰	۰/۹۹۰	۰/۶۲۰	۰/۳۷	۰/۶۴۰	۰/۲۷۰	ت	
همبستگی	-۰/۳۱۶	-۰/۲۱۱	-۰/۰۸۲	-۰/۱۲۱	۰/۰۷۳	۰/۰۸۴	سدیم	
مقدار P	< ۰/۰۰۱°	۰/۰۰۲°	۰/۲۳۰	۰/۰۷۰	۰/۲۷۹	۰/۲۱۶		
همبستگی	۰/۰۲۸	۰/۰۵۸	-۰/۰۵۶	۰/۰۰۵	۰/۰۹۸	-۰/۰۱۰	پتاسیم	
مقدار P	۰/۶۸۰	۰/۳۹۰	۰/۴۱۰	۰/۹۵۰	۰/۱۵۰	۰/۸۸۰		
همبستگی	۰/۱۱۰	۰/۰۲۱	۰/۱۳۰	۰/۰۹۰	۰/۰۶۰	۰/۱۱۰	کلسیم	
مقدار P	۰/۵۲۰	۰/۹۸۰	۰/۱۴۰	۰/۹۰۰	۰/۹۷۰	۰/۵۱۰		
همبستگی	۰/۳۴۴	۰/۱۳۳	۰/۲۴۱	۰/۱۸۱	۰/۲۱۶	۰/۱۲۱	فیبر	
مقدار P	< ۰/۰۰۱°	۰/۰۴۹°	< ۰/۰۰۱°	۰/۰۰۷°	۰/۰۰۱°	۰/۰۷۳		

* معنی داری در سطح ۰/۰۵۰

خون تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری گرگان، پرسش‌نامه‌ی رویکرد تغذیه‌ای مبتنی بر سازه‌های مدل ارتقای سلامت Pender و همچنین، سطح فشار خون و رفتارهای آنان را در خصوص مصرف دارو بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد تعهد به اجرای برنامه‌های تغذیه‌ای با موانع درک شده، خودکارآمدی، احساسات مرتبط با رفتار، تعیین کننده‌های وضعیت و عوامل بین فردی، ارتباط معنی داری دارد (۱۳).

از آن جایی که نمره‌ی تمام سازه‌های الگوی ارتقای سلامت Pender در اغلب بیماران مشارکت کننده در مطالعه‌ی حاضر با بیشتر عوامل تغذیه‌ای از جمله میزان چربی دریافتی ارتباط داشت، توصیه می‌شود مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری و الگوهای تغییر رفتار در اولویت برنامه‌های مراقبتی کنترل بیماری پرفشاری خون قرار گیرد.

معنی دار و ارتباط معکوس معنی دار با میانگین چربی، کلسترول، انرژی دریافتی، فشار خون سیستول و دیاستول داشت. همچنین، آگاهی تغذیه‌ای ارتباط معکوس و معنی داری با میانگین چربی، کلسترول، انرژی دریافتی، فشار خون سیستول و دیاستول داشت (۱۱). این نتایج نیز همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد.

در مطالعه‌ی رضوانی و همکاران، ۲۱۱ زن یائسه‌ی مبتلا به پرفشاری خون در شهر قم وارد مطالعه شدند و چک لیست شاخص‌های تن‌سنجی و پرسش‌نامه‌ی آگاهی تغذیه‌ای توسط آنان تکمیل شد و ارتباط بین آگاهی تغذیه‌ای و فشار خون در آنان مورد بررسی قرار گرفت. برابر نتایج این مطالعه، بین سطح آگاهی تغذیه‌ای و فشار خون بیماران، ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشته است (۱۲). همچنین، میرکریمی و همکاران در یک مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۴۲۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر، حاصل پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ است که با شماره‌ی ۳۹۷۵۲۱ در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی تصویب و با حمایت‌های این معاونت انجام شد. از این رو، نویسندگان مقاله از زحمات ایشان تشکر می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

برابر یافته‌های این مطالعه، بین مدل ارتقای سلامت Pender و رویکردهای تغذیه‌ای جهت کنترل فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود داشت. از این رو، توصیه می‌شود مؤلفه‌های ارتقای سلامت Pender در واحدهای بهداشتی که با بیماران فشار خونی در ارتباط هستند، به کار گرفته شود.

References

1. Noohi F, Maleki M, Orei S. Hypertension. In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M, editors. Epidemiology and control of common disorders in Iran. 2nd ed. Tehran, Iran: Eshtiagh Publications; 2001. p. 23-30. [In Persian].
2. Wenzel D, Souza JM, Souza SB. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors. Rev Saude Publica 2009; 43(5): 789-95.
3. Vermeire E, Hearnshaw H, Van RP, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther 2001; 26(5): 331-42.
4. Egan BM, Basile JN. Controlling blood pressure in 50% of all hypertensive patients: an achievable goal in the healthy people 2010 report? J Investig Med 2003; 51(6): 373-85.
5. Miri M, Ramazani A, Hanafi H, Gholinejad B. Analysis of quality assessment of the prevention and control of hypertension plan in Birjand University of Medical Sciences. Ofogh-e-Danesh 2006; 12(2): 39-45. [In Persian].
6. Nagai M, Ohira T, Takahashi H, Nakano H, Sakai A, Hashimoto S, et al. Impact of evacuation on trends in the prevalence, treatment, and control of hypertension before and after a disaster. J Hypertens 2018; 36(4): 924-32.
7. Azadbakht L, Fard NR, Karimi M, Baghaei MH, Surkan PJ, Rahimi M, et al. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) eating plan on cardiovascular risks among type 2 diabetic patients: a randomized crossover clinical trial. Diabetes Care 2011; 34(1): 55-7.
8. Ebrahim S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: a systematic review. Health Technol Assess 1998; 2(11): 1-78.
9. Byrd K, Almanza B, Ghiselli RF, Behnke C, Eicher-Miller HA. Reported action to decrease sodium intake is associated with dining out frequency and use of menu nutrition information among US adults. J Acad Nutr Diet 2018; 118(5): 824-35.
10. Reza R, Parastoo G, Zahra E. The effect of a self-efficacy-based education program on blood pressure control in patients with hypertension. J Isfahan Med Sch 2019; 37(525): 454-61. [In Persian].
11. Kamran Az, Azadbakht, Sharifirad G, Abdoli R, Alizadeh A. Relationship between illness perceptions and nutritional knowledge with eating behaviors among Ardabil rural hypertensive patients. J Health Syst Res 2014; 10(2): 295-305. [In Persian].
12. Ramezani T, Dashti Z, Hozoori M, Mohebi S. The relationship of nutritional awareness with hypertension with anthropometric indices in menopausal women. Journal of Health and Care 2016; 18(2): 139-49. [In Persian].
13. Seyyed Kamal Mirkarimi SK, Maghsoudloo M, Ozouni-Davaji RB, Raeisi V, Charkazi A, Raeisi M. The determinants of hypertension and commitment to implementing a nutrition program based on the Pender Health Promotion Model. Journal of Health Literacy 2018; 3(1): 50-60. [In Persian].

The Relationship between Pender's Health Promotion Model Constructs and Applying Nutritional Supplements in Patients with Hypertension

Parastoo Golshiri¹, Arash Najimi², Najmeh Jafari³

Original Article

Abstract

Background: This study aimed to investigate the relationship between Pender's Health Promotion Model constructs and applying nutritional supplements in patients with hypertension in rural areas of Isfahan Township, Iran.

Methods: In a cross-sectional study, 233 patients with high blood pressure were selected from rural health centers in Isfahan Township. Patient's dietary intake was assessed by a 3-day dietary questionnaire, and cognitive factors and a commitment to nutritional approach with Pender Health Promotion Model. The relationship between dietary intake and nutritional approach was studied as well.

Findings: There was an inverse and significant relationship of 0.316 between sodium intake and knowledge ($P < 0.001$). Moreover, there was a significant negative correlation of 0.121 between the benefit score and the sodium intake ($P = 0.002$), but no relationship between other criteria (perceived self-efficacy, behavioral sensation, status affecting, and social support) and sodium intake.

Conclusion: The findings of this study showed that there was a significant relationship between Pender Health Promotion Model and nutritional approaches for controlling blood pressure. Therefore, it is recommended to use Pender Health Promotion Components in health units associated with hypertension.

Keywords: Health Promotion; Blood Pressure; Dietary supplements; Sodium, dietary

Citation: Golshiri P, Najimi A, Jafari N. **The Relationship between Pender's Health Promotion Model Constructs and Applying Nutritional Supplements in Patients with Hypertension.** J Isfahan Med Sch 2021; 38(597): 798-803.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine and Family Physician, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Medical Education, Medical Education Development Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Parastoo Golshiri, Associate Professor, Department of Community Medicine and Family Physician, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: pgolshiri@yahoo.com