



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Factors Influencing Adherence to the DASH Diet in Patients with Hypertension

ประภัสสร สเลลานนท์* ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ** อัจฉริยา พ่วงแก้ว***

Prapassorn Salaylanon,* Doungrut Wattanakitkrileart,** Autchariya Pongkaew***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok

, * คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

, * Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok

** Corresponding Author: doungrut.wat@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 140 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 6 เดือน มีการรู้คิดปกติ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร DASH และแบบสอบถามความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95, 0.94, 0.78 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 62.1 (SD = 11.67) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.62 ปี (SD = 8.96) ดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 ร้อยละ 61.4 ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ร้อยละ 34.3 ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้ร้อยละ 31.3 (Standard error = 5.909, F = 32.711,

Received: April 12, 2023; Revised: July 25, 2023; Accepted: August 13, 2023

$p < .01$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .553, p < .01$) พยาบาลควรส่งเสริมความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหาร DASH เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคอาหาร DASH แหล่งจำหน่ายอาหารสุขภาพ การเลือกซื้อและปรุงอาหาร DASH ที่สามารถทำได้โดยง่าย และนำเสนอประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตสูงจากการบริโภคอาหาร DASH เป็นต้น

คำสำคัญ: ความร่วมมือ การบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Abstract

A predictive correlational research design aimed to study the influence of family support, trust in provider, body mass index, duration of treatment, and self-efficacy on adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet) consumption in patients with hypertension. The samples consisted of 140 patients with essential hypertension, aged 18 years or above, both males and females, being treated with hypertensive medication at least 6 months, normal cognitive function, able to communicate in Thai and able to consume food on their own, who came for follow-up visits at OPD medicine in Somdech Phra Pinklao hospital. The research instruments comprised of personal information questionnaire and health record, family support questionnaire, trust in provider questionnaire, self-efficacy to consume DASH diet and adherence to the DASH diet questionnaire. The questionnaires and assessment tools were content validated and tested for reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.95, 0.94, 0.78 and 0.71, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that 50.7 % were male with average age of 62.1 (SD = 11.67); average duration of treatment for high blood pressure 9.62 years (SD = 8.96); BMI > 24.9 equal to 61.4%; 34.3% of the participants were adherent to DASH diet. Trust in provider, and self-efficacy together contributed for 31.3 % (Standard error = 5.909, $F = 32.711, p < .01$) of the variance explained in adherence to DASH diet. Only self-efficacy could predict adherence to DASH diet in patients with essential hypertension ($\beta = .553, p < .01$). Nurses should encourage hypertensive patients to have confidence to consume DASH diet such as providing information about the benefits of DASH diet, healthy food resources and giving examples of role models who consume DASH diet and become successful in controlling blood pressure.

Keywords: adherence, DASH diet, self-efficacy, essential hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก พบผู้ป่วยประมาณ 1.28 พันล้านคน โดยร้อยละ 46 ไม่ตระหนักถึงการเกิดโรค และร้อยละ 21 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้¹ ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน โดยผู้ป่วย 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง² American College of Cardiology และ American Heart Association (ACC/AHA) ได้ออกแนวปฏิบัติโดยให้ข้อเสนอแนะในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา เมื่อมีค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยเป้าหมายแรกหลังได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันโลหิต SBP/DBP $< 140/90$ มิลลิเมตรปรอท เป้าหมายต่อมาเมื่อได้รับการรักษา คือ SBP/DBP 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยอายุ 18 - 65 ปี³

ACC และ AHA ได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งเป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยา การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH)⁴ ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางเชิงกลยุทธ์ เพื่อปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญของ ความร่วมมือ (Adherence) ว่าหมายถึง การปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาหรือไม่ใช้ยา ดังนั้นความร่วมมือในการ

บริโภคจึงเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรค⁴ สำหรับการบริโภคอาหาร DASH ได้รับการยืนยันจากสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาว่า มีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูง DASH แปลว่า วิธีการบริโภคอาหารเพื่อหยุดหรือระงับความดันโลหิตสูง³ อาหาร DASH เป็นอาหารที่มีผักผลไม้ และอาหารไขมันต่ำ ประกอบด้วยเพิ่มการบริโภคธัญพืช ผลิตภัณฑ์อาหาร/นม แคลเซียมสูง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และถั่วเมล็ด ลดการบริโภคไขมัน น้ำมัน และน้ำตาล รวมถึงการควบคุมปริมาณโซเดียม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน⁵

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าอาหาร DASH เป็นหนึ่งในอาหารที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตได้มากที่สุด chez ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถลด SBP ลงได้ร้อยละ 90 (2.32 - 8.73 mmHg) และลด DBP ลงได้ร้อยละ 91 ของกลุ่มตัวอย่าง (1.27 - 4.85 mmHg)⁶ และพบว่าสามารถลด SBP (5.2 mmHg, 95% CI - 7.0, -3.4, $p < .001$) และลด DBP (2.6 mmHg, 95% CI - 3.5, -1.7, $p < .001$)⁷ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาพบว่า อาหาร DASH สามารถลด SBP ลงประมาณ 8 - 14 mmHg⁸ อย่างไรก็ดีตามแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าอาหาร DASH สามารถลดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังคงมีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในระดับที่ต่ำ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ร้อยละ 63⁹ และพบว่า ร้อยละ 35.5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในระดับต่ำ¹⁰ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ยังเป็นปัญหา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือ

ในการบริโภคอาหาร DASH เพื่อนำไปพัฒนาการจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

การศึกษานี้ใช้แนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญมีผลต่อความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการดำเนินโรคไปตลอดชีวิต จากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประเทศอินเดีย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากขึ้น¹¹ ในประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .514$, $p < .01$)¹² อย่างไรก็ตามการศึกษาในสาธารณรัฐเบนิน (Benin) พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 82.7 อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ (Trust in provider) เป็นปัจจัยในมิติทีมสุขภาพและระบบสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพในด้านารรักษา และการติดตามการรักษาในผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูง¹⁴ รวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีในระดับสูงสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)¹⁵ และเมื่อผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.06 เท่าของผู้ที่ไม่ร่วมมือ¹⁶ ต่างจากการศึกษาระยะยาว พบว่า ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารเหลือต่ำ¹⁷

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นส่วนหนึ่งของมิติด้านการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มี BMI ต่ำ จะมีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ที่เพิ่มมากขึ้น¹⁸ ต่างจากการศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า BMI ที่สูงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร DASH ($p = .139$)¹⁹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษา BMI ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รวมถึงพบการศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศ ซึ่งรูปร่าง ลักษณะ น้ำหนัก BMI แต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการศึกษาที่แตกต่างกัน

ระยะเวลาในการรักษา (Duration of treatment) เป็นปัจจัยด้านมิติด้านการรักษา จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 21 ปีขึ้นไป มีความร่วมมือในการบริโภคโซเดียมต่ำ ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม โปรตีน ปริมาณโพแทสเซียม และไฟเบอร์ ที่สูงขึ้น²⁰ ต่างจากการศึกษาของ อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิดา ดุษฎี พูลศิริ และ สมสมัย รัตนกริธากุล พบว่า ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้²¹ ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจรวมไปถึงระยะเวลาก่อนการได้รับยาลดความดันโลหิต

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยในมิติด้านผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้มีการศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร DASH สูงได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.343$, SE 0.074, $p < .001$)²² สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารคือน้อย ผักและผลไม้ มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญ (OR: 4.06, 95% CI: 0.60 - 3.01, $p = .02$)¹⁰ ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความร่วมมือในการบริโภคที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอาหาร DASH อีกทั้งวัฒนธรรมการบริโภคอาหารในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายการสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผลที่ได้ยังมีความขัดแย้ง และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารแตกต่างจากประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH โดยใช้กรอบแนวคิด MAM โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมตามเป้าหมายการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

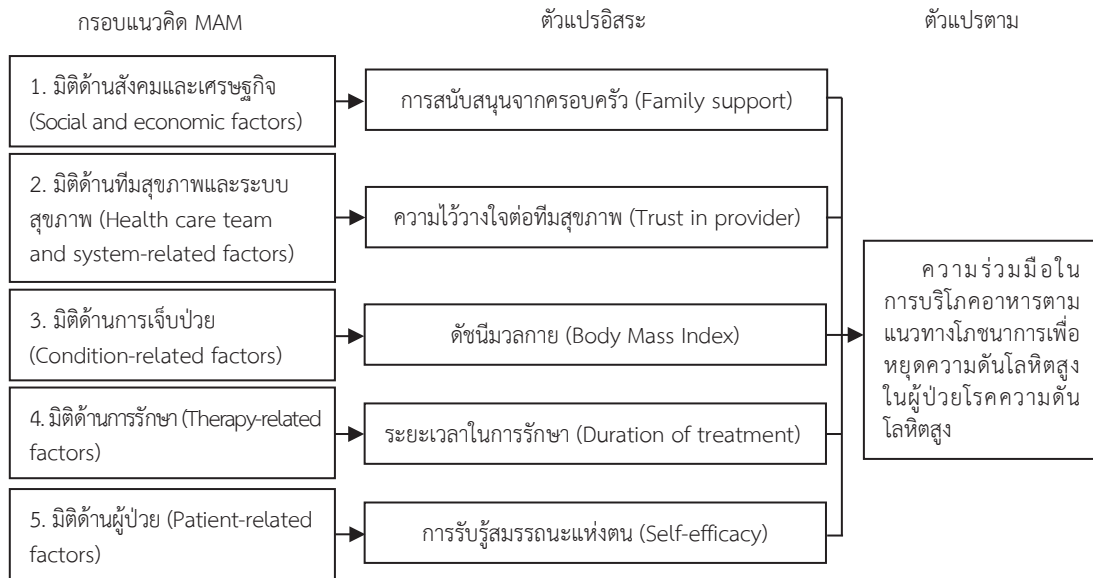
1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional adherence model) ขององค์การอนามัยโลก⁴ กล่าวถึง ความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 5 มิติ คือ 1) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพทางการเงิน การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว 2) มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ความพึงพอใจ และการสื่อสาร 3) มิติด้านการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย 4) มิติด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ระยะเวลาในการรักษา และ 5) มิติด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาติดตามการรักษาในหออตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าแห่งประเทศไทยและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้าดังต่อไปนี้ 1) เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 6 เดือน 2) มีการรู้คิดปกติ โดยคะแนนการประเมินความสามารถในการรู้คิด (Mini-Cog) อย่างน้อย 3 คะแนน ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน โดยใช้ภาษาไทยได้ และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง 4) สามารถบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเป็น 2nd hypertension เช่นภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ โรคไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากเส้นเลือดไปเลี้ยงไตผิดปกติ, Cushing's syndrome, Primary

aldosteronism หรือในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด 2) มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ความดันโลหิตอยู่ในระดับวิกฤติ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและโรคเมร็งระยะลุกลาม เป็นต้น 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และโรคทางจิตอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power รุ่น 3.1.9.2 ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ตัวแปรอิสระ 5 ตัว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญ²² ซึ่งตัวแปรที่นำมาใช้มีความสัมพันธ์ $r = .166$ นำไปคำนวณ $r^2 = .027$ และจึงนำไปคำนวณค่าขนาดอิทธิพล $f^2 = .027$ เมื่อนำมาคำนวณกลุ่ม



ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก (468 ราย) ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ค่าอิทธิพลของความสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r^2 = .15$, $\alpha = .05$, Power of test = 0.90 ตัวแปรอิสระ 5 ตัว นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 116 ราย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทดแทน ร้อยละ 20 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยแบบประเมิน Mini-Cog ฉบับภาษาไทย²³ เพื่อใช้คัดกรองผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คะแนนรวม 3 - 5 หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษาระดับสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การประกอบอาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การติดตามวัดความดันโลหิต ความถี่ในการติดตามวัดความดันโลหิต การได้รับความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร DASH และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับยาลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ โรคร่วม ชื่อยาและขนาดของยาที่ใช้ นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย (BMI)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH พัฒนาโดย เสาวลักษณ์ มูลสาร²⁴ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 5 - 11 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย คะแนน 12 - 18 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง คะแนน 19 - 25 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก

3.2 แบบสอบถามความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ (The health care relationship trust scale: Trust in clinical nurse: HCR) พัฒนาโดย Bova และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริพร บุตตะพิมพ์ และคณะ²⁵ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มี 13 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ คะแนนต่ำ หมายถึง ความไว้วางใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง ความไว้วางใจอยู่ในระดับสูง

3.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH พัฒนาโดย เสาวลักษณ์ มูลสาร²⁴ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 0 - 9 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อยู่ในระดับน้อย คะแนน 10 - 19 หมายถึง มีการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 20 - 28 หมายถึง มีการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อยู่ในระดับมาก

3.4 แบบสอบถามความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พัฒนาโดย

เสาวลักษณ์ มูลสาร²⁴ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 มีข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน > 75 % (คะแนนเฉลี่ยรวม > 48.75 หรือคะแนนเฉลี่ยรายข้อ > 3.75 คะแนน) หมายถึง มีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH²⁶

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH แบบสอบถามความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH และแบบสอบถามความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH เท่ากับ 1, 0.85, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ

หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH แบบสอบถามความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH และแบบสอบถามความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH เท่ากับ 0.95, 0.94, 0.78 และ 0.71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH และความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2021/628.1908) วันที่อนุมัติ 19 สิงหาคม 2564 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 18 สิงหาคม 2565 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือ (COA-NMD-REC 042/64) วันที่อนุมัติ 28 ตุลาคม 2564 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 27 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักประโยชน์ที่จะได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับการวิจัย และการรักษาความลับ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่พึงจะได้รับจากโรงพยาบาลแห่งนี้ คำตอบหรือข้อมูลจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ ซึ่งหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจะถูกเก็บไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจึงนำไปทำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา กับตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) วิเคราะห์หาอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้สถิติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.12 ปี (SD = 11.67) เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.6 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 46.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน > 15,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 42.1 และมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 46.4 ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 52.9) อาศัยอยู่กับบุตร โดยอาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 42.9 ประกอบอาหารเอง ร้อยละ 28.6 วัดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 40 รองลงมาวัดความดันโลหิตที่ที่พักอาศัย ร้อยละ 37.9 ซึ่งความถี่

ในการติดตามวัดความดันโลหิต ร้อยละ 40 อยู่ในช่วงทุก 3 - 4 เดือนตามวันนัดติดตามการรักษา ประมาณสองในสามของผู้ป่วย (ร้อยละ 60.7) ได้รับความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร DASH จากแพทย์และพยาบาล รองลงมา คือ จากแผ่นพับ (ร้อยละ 27.1) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาด้วยยาเฉลี่ย 9.62 ปี (SD = 8.96) อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 47.1 โดยร้อยละ 59.3 ได้รับยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Calcium-channel blockers (CCBs) พบโรคร่วมไข้มันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 70 และดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 25 - 25.9 ร้อยละ 32.9

2. ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.3 มีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH และระดับของปัจจัยที่ศึกษาดังนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 มีความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH (n = 140)

ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH	จำนวน	ร้อยละ
ร่วมมือ (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 75 หรือ $\geq$ 48.75 คะแนน)	56	34.3
ไม่ร่วมมือ (คะแนน < ร้อยละ 75 หรือ < 48.75 คะแนน)	84	65.7
(Min = 25, Max = 62, Mean = 45.5, SD = 6.9)		

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH (n = 140)

ปัจจัยที่ศึกษา	ร้อยละ	ระดับ
การสนับสนุนจากครอบครัว	45.7	มาก
ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ	96.4	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	50	มาก

3. ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไม่บริโภคอาหารประเภทหมักดอง การใช้น้ำมันพืช และการไม่บริโภคอาหารรสเค็มจัด และให้ความร่วมมือน้อยที่สุดในการบริโภคผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ (n = 140)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. การไม่บริโภคอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้แช่อิ่ม	4.54	0.81	มีความร่วมมือ
2. การใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ประกอบอาหารแทนน้ำมันจากสัตว์	4.26	1.11	มีความร่วมมือ
3. การไม่บริโภคอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ไช้เค็ม	4.07	1.04	มีความร่วมมือ
4. การไม่บริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน	4.01	1	มีความร่วมมือ
5. การไม่บริโภคอาหารประเภทของทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ปลาทอด กุ้งทอด เป็นต้น	3.93	1	มีความร่วมมือ
6. การบริโภคผัก เช่น พวักผักใบเขียว	3.76	1.11	มีความร่วมมือ
7. การไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือ เกลือป่น ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว	3.63	1.42	ไม่มีความร่วมมือ
8. การบริโภคปลาและสัตว์ปีก เช่น เนื้อไก่ และเนื้อเป็ด	3.51	1.07	ไม่มีความร่วมมือ
9. การไม่ใช้ชุปก้อน ผงปรุงรส และ/หรือ ผงชูรสในการปรุงอาหาร	3.30	1.45	ไม่มีความร่วมมือ
10. การบริโภคผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น ส้ม ชมพู เป็นประจำจะช่วยลดความดันโลหิตได้	3.18	1.20	ไม่มีความร่วมมือ
11. การบริโภคอาหารประเภทถั่ว เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว	2.44	1.06	ไม่มีความร่วมมือ
12. การบริโภคข้าวซ้อมมือ (ข้าวกล้อง) เมล็ดธัญพืช เช่น ข้าวโพด ลูกเดือย งา	2.41	1.35	ไม่มีความร่วมมือ
13. การบริโภคผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เช่น นมพร่องมันเนย นมขาดมันเนย	2.35	1.24	ไม่มีความร่วมมือ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า มีเพียงความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .236, p < .01$ และ $r = .567, p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากครอบครัว ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 140)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การสนับสนุนจากครอบครัว	1					
2. ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ	-.009	1				
3. ดัชนีมวลกาย	-.054	-.028	1			
4. ระยะเวลาในการรักษา	.028	.018	.083	1		
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.111	.355**	-.205*	-.017	1	
6. ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH	.147	.236**	-.129	-.002	.567**	1

* p < .05, ** p < .01.

5. วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่า ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 31.3 (Standard error = 5.909, df = 2, F = 32.711, p < .01) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ($\beta = .553$, p < .01) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple regression analysis) (n = 140)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
Constant	30.549	2.918		10.469	.001
1. ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ	.036	.068	.040	.531	.596
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.707	.096	.553	7.356	.001*

R = .569, R² = .323, R²adj = .313, Standard error = 5.909, df = 2, F = 32.711, p < .01

* p < .01

ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ (X_1) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (X_2) สามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH (y) อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 31.3 กำหนดให้ β_0 คือ ค่า Beta ของ constant β_1 , β_2 คือ ค่า Beta ของตัวแปรต้นแต่ละตัว มีสมการทำนาย คือ $y = \beta_0 + \beta_1(X_1) + \beta_2(X_2)$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.3 มีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ จากผลการวิจัยใกล้เคียงกับการศึกษาของ Reyes-García และคณะ²⁷ ซึ่งพบว่า ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 34.7 - 37.6 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ร้อยละ 37.3⁹ ต่างจากการศึกษาของ อัมภาร หาญณรงค์, ชนัญชิดา สุขฤทธิ, ทูลศิริ และ สมสมัย รัตนกริธากุล²¹ ศึกษาถึงการบริโภคอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงต่อการบริโภคอาหาร DASH พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยภาพรวมดี (Mean = 92.86, SD = 15.53 จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน) ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่บริโภคอาหารประเภทหมักดอง (Mean = 4.54, SD = 0.81) รองลงมา คือ ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร (Mean = 4.26, SD = 1.11) และการไม่บริโภคอาหารรสเค็มจัด (Mean = 4.07, SD = 1.04) ตามลำดับ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร DASH จากแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 60.7 รองลงมาได้จากแผ่นพับที่แจก ณ คลินิก ร้อยละ 27.1 ซึ่งอาหารทั้งสองประเภทเป็นอาหารที่มีรสเค็มประกอบด้วยชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามลดการบริโภค รวมถึงการใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เรื่องอาหาร DASH ยังเป็นสิ่งที่สะดวกเพราะซื้อได้ทั่วไป และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การบริโภคผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายให้เหตุผลว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์นม

ทำให้เกิดอาการท้องเสีย ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุพบการบริโภคผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำในระดับต่ำเช่นกัน²⁸

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลการวิจัยที่ได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .567, p < .01$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\beta = 0.553, p < .01$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ จากผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด MAM ขององค์การอนามัยโลก⁴ ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงสามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้อย่างมีนัยสำคัญ (OR: 4.06, 95% CI: 0.60 - 3.01, $p = .02$)¹⁹ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูง ส่งผลให้มีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH สูง และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคได้ (Beta = .216, $p < .01$)²² แม้ว่าการศึกษานี้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับความรู้ในการบริโภคอาหาร DASH จากทีมสุขภาพ (แพทย์/พยาบาล) สูงถึง ร้อยละ 60.7 และจากแผ่นพับที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรม อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูง มีการประกอบอาหารเองทุกมื้อ ร้อยละ 14.29 และประกอบอาหารเองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.43 จึงสามารถเลือกชนิดของอาหารได้ ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำ ประกอบอาหารเอง



ทุกมือ ร้อยละ 1.42 และประกอบอาหารเองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 2.86 จึงอาจทำให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH คือ ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาในการรักษา สามารถอภิปรายผลแต่ละปัจจัยได้ ดังนี้

ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ระดับต่ำ ($r = .236, p < .05$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ต่างจากการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศแทนซาเนีย พบว่า ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพส่งผลต่อความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁴ และการศึกษาที่เมือง Malé สาธารณรัฐมัลดีฟส์ พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในระดับสูงสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)¹⁵ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลขาดการกระจายตัว โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 มีความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.7 ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 เดือน ถึง 10 ปี ย่อมมีประสบการณ์ รวมถึงความคุ้นเคยกับแพทย์ที่รักษาและพยาบาลมาเป็นเวลาระยะหนึ่ง และการไปพบแพทย์ตามนัดจะได้พูดคุย พบแพทย์และพยาบาลในทุกครั้งจึงทำให้มีความคุ้นเคยและไว้วางใจต่อทีมสุขภาพในระดับที่สูง

การสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ($r = .147$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH แตกต่างกับการศึกษาของ Chacko & Jeemon ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับน้อย (ร้อยละ 73.4) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการได้รับการสนับสนุนจาก

ครอบครัวมากขึ้นจะทำให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น ($p < .001$)¹¹ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 15.88 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยร้อยละ 16.4 มีคะแนนต่ำสุด หมายถึงไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆ จากครอบครัวเลย อาจเป็นเพราะโรคความดันโลหิตสูงไม่มีอาการเด่นชัด ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.7 แม้จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับมาก แต่ซื้ออาหารสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ และซื้ออาหารสำเร็จทุกมื้อ รวมร้อยละ 32.1 ซึ่งอาจไม่สามารถเลือกบริโภคได้ จึงอาจทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH

ดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ($r = -.129$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วน ($BMI \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$) ร่วมด้วย มีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ที่ต่ำกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ($p = .02$)²⁰ และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า BMI ต่ำ จะมีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการบริโภค DASH จะช่วยลด BMI ลงได้ ($p < .001$)¹⁸ ทั้งนี้ เป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มี BMI เกินเกณฑ์ ($> 24.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 61.4 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 14.28 ประกอบอาหารเอง และซื้ออาหารสำเร็จเท่าๆ กัน และร้อยละ 32.14 ซื้ออาหารสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ และซื้ออาหารสำเร็จทุกมื้อ จึงอาจทำให้เลือกบริโภคอาหารได้ยาก

ระยะเวลาในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ($r = -.002$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 6 เดือน พบว่า มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เฉลี่ยเท่ากับ 6.57 ปี (SD = 3.28)²¹ และระยะเวลาป่วยเป็นโรคไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ต่างจากในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าระยะเวลาการรักษาที่นาน จะมีความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ดีขึ้น²⁰ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไทยมีความเคยชินกับการบริโภคอาหารไทย ซึ่งมีรสชาติจัดจ้าน และปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตมีมากขึ้น จึงมีทางเลือกในการควบคุมความดันโลหิต เช่น การลดน้ำหนัก การปรับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นต้น²⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้ร้อยละ 31.3 และมีเพียงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สามารถทำนาย

ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหาร DASH เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคอาหาร DASH แหล่งจำหน่ายอาหารสุขภาพ การเลือกซื้อและปรุงอาหาร DASH ที่สามารถทำได้โดยง่าย และนำเสนอประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตสูงจากการบริโภคอาหาร DASH เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความรู้ในการบริโภคอาหาร DASH การรับรู้อุปสรรค ซึ่งควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการบริโภคอาหาร DASH เช่น แหล่งจำหน่ายอาหารสุขภาพใกล้บ้าน ราคาอาหาร และความสะดวกในการเข้าถึงอาหาร DASH ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหาร DASH ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. [cited 2023 January 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Department of Disease Control. Department of Disease Control advise people to pay attention to their health measure blood pressure regularly prevent hypertension. [Internet]. [cited 2022 December 25]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views. (in Thai).
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/ AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Hypertension 2018;71(6):1269-1324.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Padma V. DASH in preventing hypertension. Advances in Biological Research 2014;8(2):94-6.

6. Schwingshackl L, Chaimani A, Schwedhelm C, Toledo E, Püsch M, Hoffmann G, et al. Comparative effects of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and pre-hypertensive patients: a systematic review and network meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2019;59(16):2674-87.
7. Siervo M, Lara J, Chowdhury S, Ashor A, Oggioni C, Mathers JC. Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr* 2015;113(1):1-15.
8. Thai Hypertension Society. 2015 Thai guidelines on the treatment of hypertension. [Internet]. [cited 2020 June 27]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf. (in Thai).
9. Abbas H, Kurdi M, Watfa M, Karam R. Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:1949-56.
10. Shim JS, Heo JE, Kim HC. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. *Clin Hypertens* 2020;26:5.
11. Chacko S, Jeemon P. Role of family support and self-care practices in blood pressure control in individuals with hypertension: results from a cross-sectional study in Kollam district, Kerala. *Wellcome Open Res* 2020;5:180.
12. Petprayoon S, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit T. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2014;26(1):38-51. (in Thai)
13. Leon N, Charles S, Agueh VD, Magloire D, Clemence M, Azandjeme C, et al. Determinants of adherence to recommendations of the dietary approach to stop hypertension in adults with hypertension treated in a hospital in Benin. *Universal Journal of Public Health* 2015;3(5):213-9.
14. Isangula K G, Seale H, Nyamhanga TM, Jayasuriya R, Stephenson N. Trust matters: patients' and providers' accounts of the role of trust in hypertension care in rural Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* 2018;20(1):1-15.
15. Hassan H, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension in Malé, Maldives. *Nurs Sci J Thail* 2023;41(1):100-13.

16. Ruangthip T, Wattanakitkrileart D, Charoenkitkarn V, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in patients with chronic heart failure. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):51-65. (in Thai).
17. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns* 2012;89(1):57-62.
18. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Obes Rev* 2016;17(5):442-54.
19. Farhadnejad H, Darand M, Teymoori F, Asghari G, Mirmiran P, Azizi F. The association of dietary approach to stop hypertension (DASH) diet with metabolic healthy and metabolic unhealthy obesity phenotypes. *Sci Rep* 2019;9(1):18690.
20. Kim H, Andrade FC. Diagnostic status of hypertension on the adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *Prev Med Rep* 2016;4:525-31.
21. Hanarong A, Toonsiri C, Rattanagreethakul S. Factors affecting eating behaviors among hypertensive patients. *JFONUBUU* 2017;25(3):52-65. (in Thai).
22. Mahmoodabad SSM, Dashti S, Argouei AS, Fallahzadeh H, Soltani M. Determinants of dietary approaches to stop hypertension (DASH) among prehypertension individuals: an application of protection motivation theory. *Medical Sciences* 2019;23(96):244-9.
23. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(5):594-600.
24. Moonsam S, Sumpowthong K. Effects of dietary behavior modification program guideline of the DASH with self-efficacy theory and social support on reducing the risk of hypertension among pre-hypertensive patients. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016;11(1):87-98. (in Thai).
25. Buttapim S, Wanitkun N, Sindhu S, Kasemsarn C. Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2018;29(2):127-40. (in Thai).
26. Francisco SC, Araújo LF, Griep RH, Chor D, Molina MDCB, Mil JG, et al. Adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) and hypertension risk: results of the longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Br J Nutr* 2020;123(9):1068-77.
27. Reyes-García A, López-Olmedo N, Basto-Abreu A, Shamah-Levy T, Barrientos-Gutierrez T. Adherence to the DASH diet by hypertension status in Mexican men and women: a cross-sectional study. *Prev Med Rep* 2022;27:101803.



28. Siriboonyarit N, Wattanakitrileart D, Phligbua W. Effects of nutrition education program through line application on dietary behaviors in patients with primary hypertension. Royal Thai Navy Medical Journal 2023;50(2):328-45. (in Thai).
29. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. [Internet]. [cited 2020 June 9]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf. (in Thai).