

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
Effects of Dietary Behavior Modification Program Guideline of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) with Self Efficacy Theory on Reducing Risk of Hypertension among Pre - hypertensive Patients

ปิยพร ศรีพนมเขต*

Piyaporn Sripanomkhate

Corresponding author : E-mail : piyaporn744@gmail.com

(Received : January 11,2022 ; Revised : January 21,2022 ; Accepted : February 10,2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: Two group pretest-posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 74 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index Of Congruence: IOC) เท่ากับ 0.79 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic), Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ($p = .372$) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง ของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ช่วยให้การรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมกรรการบริโภคอาหาร และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยดีขึ้น และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นต่อไป

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง ; พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ;โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ABSTRACT

Purpose : To study was effects of dietary behavior modification program guideline of the DASH with self efficacy theory on reducing risk of hypertension among pre - hypertensive patients.

Study design : This study was Quasi-experimental research : Two group pretest-posttest design.

Materials and Methods : 74 of participants were high blood pressure patients who passed health risk screening in fiscal year 2021. They were divided into 37 experimental groups and 37 control groups. Study during June to August 2021. The tools used in research were divided into 2 parts, the first part was the tool used to collect data and the second part was the experimental tool which was the dietary behavior modification program according to the DASH guidelines. Index Of Congruence (IOC) 0.79 The statistics used in the data analysis consisted of descriptive statistics, paired t-test and independent t-tests.

Main findings : The average knowledge scores were statistically different($p < .05$). There was no difference in average behavior scores($p = .372$). The blood pressures of the experimental and control groups were statistically different($p < .05$)

Conclusion and recommendations : Dietary behavior modification program guideline of the DASH with self efficacy theory helps to recognize their abilities food consumption behavior and the patient's blood pressure improved and is a guideline for caring for patients with high blood pressure and patients with other diseases.

Keywords : Hypertension ; Dietary behavior ; Behavior modification program.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านในปี 2568 (World Health Organization: WHO, 2013) สำหรับในประเทศไทยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2558-2560 จากสถิติของกรมควบคุมโรคพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 540,012 คน เป็น 813,485 คน ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7¹ สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์² จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารพบว่า คนไทยนิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่การรับประทานผักผลไม้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน อาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง ซึ่งโซเดียมที่ได้จากการกินอาหารจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงโดยตรง เนื่องจากเกลือโซเดียมในร่างกายที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเข้าสู่หลอดเลือดได้มากขึ้นส่งผลให้ผนังด้านในของหลอดเลือดมีปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิถีการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยให้นิยามของคำว่าความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) ≥ 140 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) ≥ 90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล³ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความดันโลหิตสูงมีหลายอย่าง เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม และการบริโภคเกลือ ญาติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่น้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ/หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี ค.ศ. 2018 นิตยสารสหรัฐ U.S. News & World Report จัดให้ DASH เป็นอาหารที่ดีที่สุดถึง 3 ด้าน คือ ด้านอาหารที่ดีที่สุดทั่วไป (Best Diets Overall) ด้านอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุด (Best Diets For Healthy Eating) และด้านอาหารที่ดีที่สุดต่อสุขภาพหัวใจ (Best Heart-Healthy Diet) รวมทั้งถูกจัดเป็นอันดับ 2 ในด้านอาหารที่ดีที่สุดสำหรับโรคเบาหวาน (Best Diets For Diabetes) ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ DASH ได้รับการแนะนำจากสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) ให้เป็นแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษารวบรวมผลอย่างเป็นระบบ (Systematic-Review with Meta-Analysis) ยืนยันผลของการรับประทานอาหารแบบ DASH ในผู้เข้าร่วมวิจัยกว่า 2,000 คน ผู้ที่รับประทานอาหารแบบ DASH เป็นระยะเวลา 2-24 สัปดาห์ถึงผลการลดลงของความดันโลหิต คอเลสเตอรอลรวมและคอเลสเตอรอลชนิด LDL อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิถีการบริโภคอาหารเป็นกิจกรรมที่เป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง⁴

ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้มีการใช้โปรแกรมอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ซึ่งความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงหรืออาจเรียกว่าแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH เป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นการเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำ นมไขมันต่ำลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล รวมไปถึงการเพิ่มการบริโภคเมล็ดธัญพืชข้าวเมล็ดแห้ง เนื้อปลาและสัตว์ปีกร่วมด้วยการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมการควบคุมน้ำหนักตัว และจำกัด

ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁵ จากการศึกษาข้อมูลทางด้านการแพทย์โภชนาการและทางระบาดวิทยาพบว่า DASH สามารถลดความดันโลหิตได้ผลดีกว่ารูปแบบการบริโภคอาหาร หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบอื่นๆ โดยสามารถลดความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ได้ 11.2 มิลลิเมตรปรอท และ 7.5 มิลลิเมตรปรอท⁶ ซึ่งแนวทางของ DASH นอกจากจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแล้วยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH เป็นแนวทางที่สำคัญที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงซึ่งได้ผลดีในด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลง จึงควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้เพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง⁷

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH โดยเน้นในเรื่องการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มทางสังคมของกลุ่มเป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยการลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมและการจำกัดปริมาณ การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อประชาชนเกิดการมีสุขภาพที่ดีลดโรคภัยต่างๆ ตลอดจนการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อลดการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งตัวบุคคล ภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนการมีสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จำนวน 7 ชุมชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท และร่วมด้วยปัจจัยด้านการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงใน 7 ชุมชนเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้ผ่านการคัดกรองสุขภาพประจำปีจำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 74 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยประชากรกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$\frac{n}{\text{กลุ่ม}} = \frac{(2\sigma^2(Z_{\alpha} + Z_{\beta}))^2}{((\mu_1 - \mu_2))^2}$$

เมื่อ n คือ ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 คือ ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย จะเป็นค่าความแปรปรวนร่วม Pool variance) เท่ากับ 7.42

$(\mu^1 - \mu^2)$ คือ Effect size ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Z_{α} คือ ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.64

Z_p คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 90% เท่ากับ 1.28

$$\begin{aligned} &= \frac{2(7.42)^2 (1.64+1.28)^2}{(2.27-0.32)^2} \\ &= \frac{114.51}{3.80} \\ &= 30.00 \end{aligned}$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 30 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายจากการติดตาม ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาคั้งนี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการจะศึกษา โดยยึดหลัก Principle of Intention to treat ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$nnds = \frac{N}{(1-d)^2}$$

โดยกำหนดให้

$nnds$ = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

d = สัดส่วนตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตามแทนค่า

$$\begin{aligned} nnds &= \frac{N}{(1-d)^2} \\ &= \frac{30}{(1-0.1)^2} \\ &= 37.00 \end{aligned}$$

เมื่อคิดผู้สูญหายจากการติดตามเพิ่มแล้ว ต้องใช้กลุ่มทดลองจำนวน 37 คน กลุ่มควบคุม 37 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงมีจำนวน 74 คน

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ขณะรับการรักษา และจะต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง

2. มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

3. มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ใต้วงกลมเสี่ยง คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท

4. มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม(รับประทานเกลือโซเดียม มากกว่า 5 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 2.25 ช้อนชา) อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ปลาจืด และขนมกรุบกรอบ รับประทานอาหารไขมันสูง ได้แก่ กะทิ น้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร ไขมันจากสัตว์ ก๊วยทอด ลูกชิ้นทอด มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศอายุ น้ำหนัก รอบเอว อาชีพ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว (2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของพิชามญช์ ภูเจริญ^๖ ประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของพิชามญช์ ภูเจริญ^๖ ประกอบด้วยข้อความ 12 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และข้อมูลค่าความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH มีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง 7 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 วันต่อสัปดาห์ (ตามเวลาที่กำหนดของแต่ละกิจกรรม) จนครบรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคยผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองสร้างความคุ้นเคย กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการวิจัยเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือในการทดลอง พร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH และการให้คำแนะนำเฉพาะกลุ่มหรือบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การแจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH โดยการสาธิตการปรุงอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง การให้คำแนะนำผ่านโมเดลอาหารและจัดกลุ่มอาหารตามแนวทางของ DASH ปริมาณการบริโภคอาหารในแต่ละมื้ออาหาร จากนั้นให้กลุ่มเป้าหมายสาธิตการเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้ในแต่ละมื้อ โดยผ่านเกม “จ่ายตลาด เพื่อหยุดความดันโลหิตสูง” เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

กิจกรรมที่ 3 การกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยการให้กลุ่มเป้าหมายกำหนดรายการอาหารตามแนวทางของ DASH และปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ ในระยะเวลาในแต่ละสัปดาห์ ลงในแบบบันทึกการบริโภคอาหาร จากนั้นให้บันทึกการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงในแต่ละวันในระยะเวลา 1 สัปดาห์

เป็นเวลา 2 เดือน

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง กระทำพฤติกรรมใดแล้วประสบผลสำเร็จ โดยเชิญตัวแบบมาเล่าประสบการณ์ที่ถูกต้อง ในการเลือกการบริโภคอาหาร และการกำหนดปริมาณ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนของตัวแบบในการพิชิตความดันโลหิตสูง ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเอง โดยการบันทึกข้อมูลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการบันทึกเทป และการบันทึกผ่านรูปแบบการนำเสนอผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการอภิปราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัย มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ RE041/2564 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตาม

ระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.50%)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร

อายุในช่วงระหว่าง 40-45 ปี (40.54%) อายุเฉลี่ย 40.16 ปี (SD.= 5.25) การศึกษาระดับปริญญาตรี (59.50%) สถานภาพสมรสคู่ (89.20%) อาชีพข้าราชการ (37.80%) น้ำหนักเฉลี่ย 70.48 กิโลกรัม (SD.= 9.85) ค่าเฉลี่ยส่วนสูง 161.89 เซนติเมตร (SD.= 8.21) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 26.73 kg/m² (SD.= 2.16)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.40%) อายุในช่วงระหว่าง 40-45 ปี (48.6%) อายุเฉลี่ย 58.00 ปี (SD.=9.40) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (59.50%) มีสถานภาพสมรสคู่ (67.60%) อาชีพแม่บ้าน (37.80%) น้ำหนักเฉลี่ย 59.48 กิโลกรัม (SD.=8.95) ค่าเฉลี่ยส่วนสูง 163.33 เซนติเมตร (SD.=8.86) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 22.27 kg/m²(SD.=2.86) ดังแสดงในตารางที่ 1

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=37)	กลุ่มควบคุม (n=37)
	n(%)	n (%)
เพศ		
ชาย	15(40.50)	18(48.60)
หญิง	22(59.50)	19(51.40)
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35	3(8.10)	3(8.10)
35 – 40	8(21.63)	7(18.92)
41 – 45	15(40.54)	9(24.33)
มากกว่า 45	11(29.73)	18(48.65)
Mean (SD.)	40.16(5.25)	58.00(9.40)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0(0.0)	8(21.60)
มัธยมศึกษา	15(40.50)	22(59.50)
ปริญญาตรี	22(59.50)	7(18.90)
สถานภาพสมรส		
โสด	3(8.10)	2(5.40)
สมรส/คู่	33(89.20)	25(67.60)
หม้าย	1(2.70)	6(16.20)
หย่าร้าง	0(0.00)	4(10.80)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=37)	กลุ่มควบคุม (n=37)
	n(%)	n (%)
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14(37.80)	2(5.40)
รับจ้าง	7(18.90)	12(32.40)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10(27.00)	3(8.10)
แม่บ้าน	2(5.40)	14(37.80)
เกษตรกร	2(5.40)	6(16.20)
อื่นๆ	2(5.40)	0(0.00)
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean(SD.)	70.48(9.85)	59.48(8.95)
ส่วนสูง (เซนติเมตร) Mean(SD.)	161.89(8.21)	163.33(8.86)
ดัชนีมวลกาย (BMI) Mean(SD.)	26.73(2.16)	22.27(2.86)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนใน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนปานกลาง (59.46%) และกลุ่มควบคุม

มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนน้อย (75.68%) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.16 (SD.=2.70) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94 (SD.=1.77)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับมาก (67.57% และ 24.33%ตามลำดับ) กลุ่มทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.10 (SD.=3.51) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 (SD.=3.19) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ระดับน้อย (คะแนน 0-5)	8(21.62)	4(10.81)	28(75.68)	16(43.24)
ระดับปานกลาง (คะแนน 6-11)	22(59.46)	8(21.62)	6(16.22)	12(32.43)
ระดับมาก (คะแนน 12-16)	7(18.92)	25(67.57)	3(8.10)	9(24.33)

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) โดยมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่า 8.27 คะแนน

(95% CI 7.21, 9.33) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่า 8.16 คะแนน (95%CI 6.60, 9.71) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=37)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน	Mean (SD.)	Mean difference	95% CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	10.16(2.70)	8.27	7.21, 9.33	<.05
กลุ่มควบคุม	1.89(1.77)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	13.10(3.51)	8.16	6.60, 9.71	<.05
กลุ่มควบคุม	4.94(3.19)			

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตามแนวทางของ DASH ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มากกว่ากลุ่มทดลอง ($p = .051$) โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2.21 (95%CI -3.42, 1.01) หลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า กลุ่มควบคุม ($p = .372$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.75 (95%CI -0.92, 2.43) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ใน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองพบว่า

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง ของ DASH	Mean(SD.)	Mean difference	95% CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.24(3.46)	2.21	-3.42, 1.01	.051
กลุ่มควบคุม	14.45(1.21)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15.37(4.96)	0.75	-0.92, 2.43	.372
กลุ่มควบคุม	14.62(1.25)			

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองเมื่อทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกัน 19.45 mmHg (95% CI-22.44,-16.47) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างแตกต่างกัน 6.78 mmHg (95% CI-9.76,-3.80) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง

ความดันโลหิต	Mean(SD.)	Mean difference	95% CI	p
Systolic Blood Pressure(ตัวบน)				
กลุ่มทดลอง	113.70(6.28)	19.45	-22.44, -16.47	<.05
กลุ่มควบคุม	133.16(6.60)			
Diastolic Blood Pressure(ตัวล่าง)				
กลุ่มทดลอง	70.35(5.50)	6.78	-9.76, -3.80	<.05
กลุ่มควบคุม	77.13(7.23)			

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ ความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานองนี้ของ กฤษณิน⁹ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดน้ำหนัก หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 และ 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภายหลังจากทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนัก 1 และ 3 เดือนกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดน้ำหนักดีกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง ของ DASH ที่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ส่งผลให้ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามคำกล่าวของแบนดูรา¹⁰

ที่ได้กล่าวไว้ว่า การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็วจนนั้น จะต้องประกอบด้วย การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกต ตัวแบบ หรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือโน้มน้าวด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH และเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสำหรับการศึกษานี้กลุ่มทดลองไม่ได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการประกอบอาหารตามแนวทางของ DASH อาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ทำให้ขาดทักษะ และความมั่นใจว่าในชีวิตประจำวันตนเองจะสามารถปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบข้อมูลการสนับสนุนผลการวิจัย จากการใช้ออกสสารประกอบในการทดลอง คือแบบบันทึกในการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

นอกจากนี้ยังพบข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยทางด้านของกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ในช่วงขณะการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ทางพื้นที่ของกลุ่มควบคุมได้มีการจัดกิจกรรม การอบรมให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในพื้นที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักการ 3อ.2ส. รวมถึงจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของผู้วิจัย จากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมระหว่างการศึกษาวิจัย พบว่ากลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มถูกเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับระยะห่างพื้นที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะห่าง 12 กิโลเมตร ซึ่งอาจมีการเดินทางพบปะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีความสัมพันธ์กันในฐานะญาติสนิท เพื่อน หรือคนรู้จัก อาจทำให้เกิดการส่งผ่านข้อมูลโปรแกรมที่ได้รับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ศิริวรรณ ตุงค์เมือง¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้พบว่า หลังการเข้าร่วมโครงการ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มทดลอง มีค่าความดันโลหิตตัวล่างที่ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของวัลลยา ทองน้อย¹² ที่ได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำบนโนนพะยอม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนทดลอง

แม้ผลการศึกษาจะพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตตัวบนที่ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าความดันโลหิตตัวบนไม่ใช่ค่าความดันโลหิตที่สามารถทำนายการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือด ทั้งยังมีความสำคัญน้อยกว่าค่าความดันโลหิตตัวล่าง นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายสนับสนุนผลการศึกษาก็ได้ว่าในขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยวัดโดยการเว้นระยะห่างในการวัดความดันโลหิตห่างกันเพียง 1-2 นาทีจากแขนคนละข้าง ในท่าทางที่แตกต่างกัน รวมถึงในขณะที่วัดความดันโลหิต กลุ่มทดลอง อาจจะมีภาวะเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ เช่น รับประทานเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สูบบุหรี่ หรือรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม และมีปัจจัยด้านความเครียด ในขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมา เป็นปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อการบีบตัวหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรม DASH Diet มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโปรแกรม หรือกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของโปรแกรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้โปรแกรมดังกล่าวเกิดประสิทธิผลอย่างสูงสุด

2. ควรมีการศึกษาบริบทพื้นที่วิถีชีวิตการบริโภคของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงรูปแบบของโปรแกรม DASH Diet ก่อนที่จะทำการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมทั้งรูปแบบของโปรแกรมและกลุ่มเป้าหมายที่ส่งผลดีในการลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงการเกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากท่านอาจารย์ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยนี้ ตลอดจนการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในระหว่างการทำวิจัย รวมถึงการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดและคณะที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการทำกลุ่มทดลองจนให้การสนับสนุนใน

การดำเนินกิจกรรม และการเก็บ รวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ
นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด และหัวหน้าพยาบาลที่ให้ความสนับสนุนการศึกษา
ครั้งนี้ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2561. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. สุพิชรินทร์ วัฒนกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี, ปรียา ตันสกุล. โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเอง เรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล สาธารณสุข. 2556;27(1):16-30.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2551 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.thaihypertension.org/2008guideline.pdf>
4. Nutrition, Environmental. Eat to Lower Blood Pressure :Eating a low-sodium diet rich in fruits, vegetables, and grains can significantly lower your blood pressure. The newsletter of food, nutrition & health, A Healthy Spin for Comfort Food. 2012;35(12):4-7.
5. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. Your guide to lowering your blood pressure with DASH. NIH Publication No. 06-4082; 2006.
6. Sacks FM, Campos H. Dietary Therapy in Hypertension. The new england journal of medicine. 2010;262(22):2102-10
7. Craddick SR, Elmer JP, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Swain MC. The DASH Diet and Blood Pressure. The New England Journal of Medicine. 2003;5:484-89.
8. พิชามณัฐ ภูเจริญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
9. นัฐพร กกสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวง ของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน[วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
10. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
11. ศิริวรรณ ตรงค์เมือง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
12. วัลยา ทองน้อย.การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.