

ประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตน  
ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
Effectiveness of a Self-Efficacy Program on  
Dietary Behaviors and Blood Pressure in Hypertensive Patients

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์\* ส.ม. (การจัดการการสร้า  
งเสริมสุขภาพ)

Siriphan Homkaenchan\* M.P.H. (Health Promotion  
Management)

สยามภู ไสทา\*\* \*\*\* ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)

Sayambhu Saita\*\* \*\*\* Ph.D. (Tropical Medicine)

\* ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

Ban Kluay Muang Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Center

\*\*\* หน่วยวิจัยด้านสุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพนิเวศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Thammasat University Research Unit in One Health and Ecohealth

Received: Oct 31, 2024

Revised: May 23, 2025

Accepted: Jun 25, 2025

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง จำนวน 33 คนเป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโทก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวัดค่าความเค็มในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test และวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยสถิติถดถอยพหุแบบ Gaussian ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความเค็มในอาหารลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองและกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตขณะนั่งพักนิ่งๆ และขณะออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สูงขึ้น ( $p < 0.05$ ) และค่าความเค็มในอาหารที่ลดลง ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่ม

**คำสำคัญ:** การรับรู้ความสามารถแห่งตน, โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความดันโลหิต

## ABSTRACT

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on dietary behaviors and blood pressure level among patients with hypertension. The experimental group comprised 33 hypertensive patients from the Ban Kluai Muang Health Promoting Center in Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province, while the comparison group included 33 patients from the Ban Nam Tok Subdistrict Health Promoting Hospital in Mae Tha District, Lampang Province. The experimental group received a self-efficacy program for a period of 8 weeks. Data was collected using structured questionnaires covering general information, self-efficacy, and dietary behaviors together with measurements of sodium content in consuming foods. Analysis of the data launched into descriptive statistics such as paired t-test and independent t-test. Multivariable Gaussian regression was used to assess the effectiveness of the program. After the intervention, the experimental group raised significant improvements in self-efficacy, dietary behavior scores, and reductions in dietary sodium content compared to the baseline and that of the comparison group ( $p < 0.05$ ). Additionally, a significant reduction in systolic blood pressure was observed ( $p < 0.05$ ). Each one-point increase in self-efficacy score was associated with a higher dietary behavior score ( $p < 0.05$ ) and a lower sodium content in foods ( $p < 0.05$ ). The findings suggested that primary healthcare settings should adopt self-efficacy-based interventions combined with DASH dietary education to promote healthy behaviors and to support effective blood pressure control, especially among individuals with stage 1 and stage 2 hypertension.

**Key words:** Self-efficacy, Hypertension, Dietary behavior, Blood pressure

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดโรคตามมาและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดที่ขาตีบ จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม เป็นต้น (World Health Organization [WHO], 2023b) ประเทศไทยในปี 2566 มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13.50 ล้านคน โดยมีเพียงร้อยละ 24 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (WHO, 2023a) ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปี 2563-2565

ร้อยละ 42.86, 39.44 และ 38.69 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1, 2566) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย และนิยมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

สำหรับโปรแกรมการจัดการความดันโลหิตสูง มีการดำเนินการในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่

การรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน การควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงโปรแกรมรับประทานอาหารตามแนวทาง Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ที่ได้รับการพิสูจน์ว่าช่วยลดความดันโลหิตด้วยการเน้นสารอาหารที่ครบถ้วนและลดโซเดียม ซึ่งได้รับความนิยมในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีความยืดหยุ่นในการปรับใช้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวัน (Filippou *et al.*, 2022; Lari *et al.*, 2021) การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH จะเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด โปรตีนจากพืชและสัตว์แบบไร้ไขมัน และนมไขมันต่ำ รวมถึงการจำกัดการบริโภคโซเดียม ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และอาหารที่ผ่านการแปรรูป (Belfort *et al.*, 2023; Bolaji *et al.*, 2024; Theodoridis *et al.*, 2023) นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และผลลัพธ์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ และควบคุมความดันโลหิตได้ดี และกระตุ้นให้บุคคลเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค เพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพไว้ได้ในระยะยาว สามารถลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้ (Darabi *et al.*, 2024; Zhao *et al.*, 2021)

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเค็มในอาหารที่บริโภค และค่าความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยขณะกล้ำมเนื้อหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันโลหิตขณะกล้ำมเนื้อหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 90-109 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย จำนวน 132,414 คน โดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโทก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 952 คน และ 847 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1, 2566)

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโทก เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้มาโดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow *et al.*, 1990) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบที่ 85% และกำหนดความแปรปรวนร่วมเท่ากับ 4.00 (ประภาธิตา วุฒิชยา และคณะ, 2563) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทั้งสองพื้นที่โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่ใส่กลับคืน มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า** คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มา  
รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี  
สถิติสัมพันธัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยใช้ภาษาไทยได้ดี  
และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่ ผู้ที่มีโรคร่วมที่อาจมี  
ผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ  
ไตวายเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะทางจิตที่รบกวนการสื่อสาร  
หรือการรับรู้ ผู้ที่อยู่ระหว่างการควบคุมน้ำหนักหรือ  
รับประทานอาหารพิเศษจากสาเหตุอื่น หรือเป็นผู้ที่  
ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาโครงการได้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** เป็น  
แบบสอบถามพัฒนาจากเครื่องมือของเสาวลักษณ์  
มูลสาร และเกษร สำเภาทอง (2559) ที่ศึกษาผลของ  
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร  
ตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้  
ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม  
เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น  
4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย  
เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา  
รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง  
ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มี  
แอลกอฮอล์ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และส่วนสูง  
จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ  
แห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH  
จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วน  
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด เท่ากับ  
5 คะแนน มั่นใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน มั่นใจบ้าง  
เท่ากับ 3 คะแนน มั่นใจเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน  
ไม่มั่นใจเลย เท่ากับ 1 คะแนน รวมทั้งสิ้น 50 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค  
อาหารตามแนวทาง DASH จำนวน 13 ข้อ ลักษณะ  
คำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ มีระดับ  
การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ  
ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง  
เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ  
เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนน  
ตรงกันข้าม รวมทั้งสิ้น 65 คะแนน

**ส่วนที่ 4** แบบบันทึกระดับความเค็มในอาหาร  
ที่บริโภค ระดับความเค็มในอาหารที่บริโภคถูกวัดโดย  
ใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารแบบดิจิทัล (Salinity  
Meter) ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
ก่อนนำมาใช้ ผู้วิจัยเป็นผู้วัดความเค็มโดยเก็บตัวอย่าง  
จากอาหารที่บริโภคในครัวเรือนทั้งก่อนและหลัง  
การเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง  
ระดับความเค็ม ค่าความเค็มในอาหารวัดด้วยเครื่องวัด  
ความเค็มแบบดิจิทัล (Digital Salinometer) แสดงผล  
เป็น %NaCl และแปลผลตามเกณฑ์กองโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค (2565) โดยอาหารที่มีค่าเกิน 0.7%  
ถือว่าเป็นเริ่มเค็ม และส่งผลต่อระดับความดันโลหิตใน  
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรม  
ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้  
ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน  
ที่กล่าวถึงการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง  
มีอิทธิพลต่อการตั้งเป้าหมาย ความพยายามใน  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bandura, 1994) ผู้วิจัย  
ได้ออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์ตามองค์ประกอบ  
การรับรู้ความสามารถแห่งตนหลัก 4 ประการ ได้แก่  
1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง  
(Mastery experiences) 2) ประสบการณ์จากการ  
สังเกต (Vicarious experience) 3) การสนับสนุน  
ทางวาจา (Verbal persuasion) และ 4) การปรับ  
สภาวะทางอารมณ์และร่างกาย (Physiological and  
Affective States) กิจกรรมทั้งหมดได้มีการกระตุ้น  
ติดตามให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถแบ่ง  
การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่  
1) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลและการวางแผนด้าน  
โภชนาการ 2) การสาธิตและทดลองปรุงอาหารตาม  
แนวทางของ DASH 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและ  
บันทึกประสบการณ์ 4) การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล  
และกลุ่ม และ 5) การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
และสร้างแรงบันดาลใจ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

## การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามในการศึกษานี้ได้รับการประเมินความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านระบาดวิทยา และด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 สำหรับรายละเอียดของโปรแกรมได้มีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาล จำนวน 3 คน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารฯ เท่ากับ 0.78 และ 0.72 ตามลำดับ สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.86

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นเตรียมการ

พัฒนาสื่อการสอน ออกแบบ และวางโครงสร้างเนื้อหา ตลอดจนจัดทำเอกสาร รายละเอียดที่ใช้สำหรับแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอคำยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

2. ดำเนินการตามโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัย และแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง

### กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลและการวางแผนด้านโภชนาการ ชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเตรียมอาหารที่บริโภคในมื้อล่าสุดมาจากบ้าน หลังจากนั้นให้ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารพร้อมสาธิตเมนูอาหารตามแนวทาง DASH โดยนักโภชนาการ สาธิตย้อนกลับการวัดระดับความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล

พร้อมให้จับคู่วัดระดับความดันโลหิตและแปลผลด้วยปิงปองชีวิต 7 สี พร้อมจดบันทึกกราฟความดันชีวิตและแนะนำการใช้คู่มือหลักการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH จากนั้นได้แบ่งกลุ่มๆ ละ 4-5 คน และให้แต่ละกลุ่มสาธิตการเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้ในแต่ละวัน โภชนาการที่เหมาะสมและเทคนิคการลดปริมาณเกลือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการวางแผนเมนูอาหารรายวันจากนักโภชนาการให้ตัวแทนออกมาอภิปรายและสรุปผลการเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้ในแต่ละวันตามแนวทางของ DASH ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 สาธิตและทดลองปรุงอาหารตามแนวทางของ DASH จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และสาธิตการทำอาหารสุขภาพตามแนวทางของ DASH โดยเตรียมวัตถุดิบให้และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทดลองปรับปรุงการปรุงอาหารด้วยตนเองเพื่อสร้างประสบการณ์ตรง (Mastery Experiences) และเปิดโอกาสให้สอบถามแนวทางการปรับปรุงรสชาติของอาหารกับนักโภชนาการ ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกประสบการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการบริโภคอาหารและประสบการณ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง พร้อมจัดประชุมกลุ่มย่อย 2-3 คน ผ่านกิจกรรม “คู่มือชีวิตความดัน (ฉัน)” เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับคำแนะนำจากบัดดี้นักโภชนาการ พร้อมทั้งวัดระดับความเค็มในอาหารที่บริโภคเพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนเรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 ให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลและกลุ่มจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามแนวทาง DASH โดยนักโภชนาการ ดำเนินการจัดการกับสภาวะทางอารมณ์และร่างกาย (Physiological and Affective States) รวมถึงทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 6** เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเอง  
อย่างอิสระและสามารถขอคำปรึกษาจากนักโภชนาการ  
ได้ทาง Line Application

**สัปดาห์ที่ 7 จัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
และสร้างแรงบันดาลใจ** จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่าง  
แบ่งปันความสำเร็จและอุปสรรคที่พบเจอในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมรับชม  
ตัวอย่างจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้ (Vicarious  
Experiences) ดำเนินการสรุปผลการบริโภคอาหาร  
ตามแนวทาง DASH ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดัน  
โลหิตเพื่อโน้มน้าวใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (Verbal  
Persuasion) ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลและชื่นชมความสำเร็จ**  
สรุปผลความก้าวหน้าและประเมินผลการเปลี่ยนแปลง  
และตั้งเป้าหมายระยะยาว พร้อมชื่นชมความสำเร็จ  
ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามแนวทาง  
ของ DASH หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง  
เข้าร่วมวิจัย (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม  
สำหรับความเค็มในอาหารที่บริโภค ผู้วิจัยเป็นผู้วัด  
ระดับความเค็มในอาหารที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 1 ครั้ง โดยสุ่มตัวอย่างอาหารที่กลุ่มตัวอย่าง  
รับประทานในมื้อเย็นวันที่สำรวจ

#### กลุ่มเปรียบเทียบ

**สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงกิจกรรมและเก็บรวบรวม  
ข้อมูลก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Pre-test)** โดยใช้  
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถ  
แห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการ  
บริโภคอาหาร การวัดระดับความดันโลหิต และวัดระดับ  
ความเค็มในอาหารที่บริโภคโดยกลุ่มตัวอย่างเตรียม  
อาหารที่บริโภคในมื้อล่าสุดมาจากบ้าน

**สัปดาห์ที่ 2-7 ความรู้และกิจกรรมเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามระบบบริการปกติ**  
ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนของสถานบริการนั้นๆ ได้แก่  
การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง  
วัดรอบเอว ให้ความรู้เรื่องอาหารเกี่ยวกับการควบคุม  
ความดันโลหิตสูง และคำแนะนำทั่วไปจากเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 8 สรุปและประเมินผล** เก็บรวบรวมข้อมูล  
หลังเข้าร่วมวิจัย (Post-test) โดยใช้แบบสอบถาม  
การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร  
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และ  
วัดความดันโลหิต สำหรับความเค็มในอาหารที่บริโภค  
ผู้วิจัยเป็นผู้วัดระดับความเค็มในอาหารที่บ้านของ  
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครั้ง โดยสุ่มตัวอย่างอาหารที่  
กลุ่มตัวอย่างรับประทานในมื้อเย็นของวันที่สำรวจ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง  
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน  
เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
ความเค็มของอาหารที่บริโภค และค่าความดันโลหิต  
ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ของกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถ  
แห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการ  
บริโภคอาหาร ความเค็มของอาหารที่บริโภค และ  
ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม  
8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ  
ด้วยสถิติ Independent t-test

4. ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อผลลัพธ์  
เชิงพฤติกรรม ได้แก่ คะแนนการรับรู้ความสามารถ  
แห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรม  
การบริโภคอาหาร ความเค็มของอาหารที่บริโภค  
รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต  
ขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว โดยใช้การวิเคราะห์  
ถดถอยพหุแบบ Gaussian Regression ซึ่งเหมาะ  
สำหรับตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณแบบต่อเนื่อง  
ภายใต้สมมติฐานว่าค่าคงเหลือมีการแจกแจงแบบ  
ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ  
ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์  
เชิงคลินิกับระดับความดันโลหิต ได้แก่ อายุ เพศ  
ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดัน  
โลหิตสูง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2565-112 วันที่ 30 ตุลาคม 2565

### ผลการศึกษา

#### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.64 อายุเฉลี่ย 53.06 ปี (S.D.=5.77) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.79 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 45.45 รายได้เฉลี่ย 8,842.42 บาทต่อเดือน (S.D.=6,332.26) มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 39.39 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วเฉลี่ย 6.82 ปี (S.D.=5.80) ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 52.67 ปี (S.D.=5.81) สถานภาพสมรสร้อยละ 78.79 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 48.48 รายได้เฉลี่ย 8,848.49 บาทต่อเดือน (S.D.=7,129.92) มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 42.42 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วเฉลี่ย 6.82 ปี (S.D.=5.87) โดยข้อมูลลักษณะ

ทั่วไปของทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

#### 2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเค็มในอาหาร ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว และคลายตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ขณะเดียวกันพบว่าความเค็มในอาหาร (%NaCl) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง สำหรับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน ค่าความเค็มในอาหาร และค่าความดันโลหิตทั้งขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัวไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความเค็มในอาหาร ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัว ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=66 คน)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
<b>การรับรู้ความสามารถแห่งตน (คะแนน)</b>						
กลุ่มทดลอง	30.88	6.73	37.15	4.30	9.778	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.33	3.17	31.70	5.13	0.973	0.338
<b>พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (คะแนน)</b>						
กลุ่มทดลอง	41.58	4.87	46.46	3.60	7.428	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.21	5.85	40.06	4.19	-2.819	0.008*
<b>ความเค็มในอาหาร (%NaCl)</b>						
กลุ่มทดลอง	0.90	0.31	0.65	0.22	-6.082	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.98	0.19	0.93	0.23	-1.437	0.161
<b>ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว (mmHg)</b>						
กลุ่มทดลอง	136.03	14.01	130.09	10.25	-3.474	0.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	138.09	11.07	136.79	9.90	-1.673	0.104

\*p-value<0.05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความเค็มในอาหาร ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัว ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=66 คน) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
<b>ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว (mmHg)</b>						
กลุ่มทดลอง	79.67	10.13	79.57	5.49	-0.076	0.940
กลุ่มเปรียบเทียบ	80.55	6.41	81.18	4.73	1.017	0.317

\*p-value<0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความเค็มในอาหาร ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเค็มในอาหาร (%NaCl) และระดับความดันโลหิตทั้งขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัวไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยความเค็มในอาหาร ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและคลายตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=66 คน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
<b>การรับรู้ความสามารถแห่งตน (คะแนน)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	30.88	6.73	31.33	3.17	0.286	0.775
หลังได้รับโปรแกรมฯ	37.15	4.30	31.70	5.13	-4.685	<0.001*
<b>พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (คะแนน)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	41.58	4.87	41.21	5.85	-0.275	0.785
หลังได้รับโปรแกรมฯ	46.46	3.60	40.06	4.19	-6.650	<0.001*
<b>ความเค็มในอาหาร (% NaCl)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	0.90	0.31	0.98	0.19	1.233	0.222
หลังได้รับโปรแกรมฯ	0.65	0.22	0.93	0.23	4.993	<0.001*
<b>ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว (mmHg)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	136.03	14.01	138.09	11.07	0.663	0.510
หลังได้รับโปรแกรมฯ	130.09	10.25	136.79	9.90	2.699	0.009*
<b>ค่าความดันโลหิตขณะกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว (mmHg)</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	79.67	10.13	80.55	6.41	0.421	0.675
หลังได้รับโปรแกรมฯ	79.57	5.49	81.18	4.73	1.274	0.207

\*p-value<0.05

#### 4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและค่าความดันโลหิต

เมื่อควบคุมอิทธิพลของอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น และระดับความเค็มของ

อาหารที่บริโภคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ภายหลังจากการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะกล้ำเนื้อหัวใจบีบตัวต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 7.06 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ขณะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าความเค็มในอาหาร

ผลของโปรแกรม	Difference	95% CI	p-value
คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.64	0.47 ถึง 0.80	<0.001*
ค่าความเค็มในอาหาร	-0.02	-0.03 ถึง -0.01	0.009*

\*p-value<0.05

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อค่าความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม	Difference	95% CI	p-value
<b>ความดันโลหิตขณะกล้ำเนื้อหัวใจบีบตัว</b>			
กลุ่มเปรียบเทียบ	Ref.		
กลุ่มทดลอง	-7.06	-11.82 ถึง -2.30	0.004*
<b>ความดันโลหิตขณะกล้ำเนื้อหัวใจคลายตัว</b>			
กลุ่มเปรียบเทียบ	Ref.		
กลุ่มทดลอง	-1.93	-4.27 ถึง 0.42	0.105

\*p-value<0.05

#### อภิปรายผล

ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการจัดโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้ มีการจัดกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเลือกรูปแบบอาหารที่บริโภคเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมการตรวจวัดระดับความเค็มในอาหารที่บริโภคโดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร ทำให้

ทราบว่าอาหารที่บริโภคมีส่วนประกอบของโซเดียมสูง ถือเป็นภาระกระตุ้นเตือนเรื่องการบริโภคอาหารที่ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งจัดเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ มุลสาร และเกษร สำเภาทอง (2559) ที่พบว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจ

เนื่องจากประชากรเป้าหมายของการศึกษายังอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการของโรคอย่างชัดเจน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz & Becker (1984) ที่ระบุว่า การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

จากผลการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตขณะกล่อมเนื้อหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา คงแก้ว และคณะ (2565) พบว่าการรับรู้ผลกระทบของโซเดียมในอาหารต่อสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมลดลง อย่างไรก็ตามการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูงมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต เนื่องจากโซเดียมทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น ความดันภายในหลอดเลือดจึงสูงขึ้น อีกทั้งโซเดียมยังมีบทบาทในการทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด และกระตุ้นระบบ Renin-angiotensin-aldosterone ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูง (He *et al.*, 2013)

ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยความเค็มในอาหารที่บริโภค ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของชิวศาสตร์ เลิศมงคลธีรกุล และคณะ (2564) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการทดลองมีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ที่เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืช

เต็มเมล็ด โปรตีนจากพืชและสัตว์แบบไร้ไขมัน และนมไขมันต่ำ ร่วมกับการจำกัดการบริโภคโซเดียม ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และอาหารที่ผ่านการแปรรูป (Belfort *et al.*, 2023; Bolaji *et al.*, 2024; Theodoridis *et al.*, 2023) พร้อมกับการวัดความเค็มในอาหารที่บริโภค ร่วมกับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนจากการกิจกรรมกลุ่มในการเลือกรูปแบบอาหารที่บริโภค การคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน การทดลองปรุงอาหารและการแนะนำการเลือกรูปแบบอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมลดลงได้

ผลของโปรแกรมต่อค่าความดันโลหิตขณะกล่อมเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ตุงค์เมือง และคณะ (2560) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม และหลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Darabi *et al.* (2024) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตาม DASH ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และค่าความดันโลหิตลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากผู้เข้าร่วมเกิดความมั่นใจและรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองในปฏิบัติตามอาหาร DASH ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้

นอกจากนี้คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นและมีค่าความเค็มในอาหารลดลง และมีผลทำให้ค่าความดันโลหิตขณะกล่อมเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าการรับประทานอาหารแบบ DASH สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตขณะกล่อมเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง

(Filippou *et al.*, 2022; Kim *et al.*, 2023) ดังนั้น การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับการรับประทานอาหารแบบ DASH นั้น ช่วยลดความดันโลหิต มีผลดีต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว การลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยพัฒนาผลลัพธ์ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Hariyono *et al.*, 2024; Knauss *et al.*, 2025)

### ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องการวัดค่าความเค็มของอาหารที่บริโภค ซึ่งไม่สามารถดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกันทุกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบริบทและการเตรียมอาหาร ส่งผลให้ค่า %NaCl อาจได้รับอิทธิพลจากความหลากหลายของเมนูในแต่ละวัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับการให้ความรู้ตามแนวทาง DASH สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลดความเค็มในอาหาร และควบคุมระดับความดันโลหิตได้

จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกและระยะปานกลางที่ยังมีศักยภาพในการควบคุมโรคด้วยตนเองและมีแนวโน้มตอบสนองต่อการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการได้ดี

#### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรกำหนดระยะเวลาการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของผู้เข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยนี้ ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

### เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2568]; แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238320220301081354.pdf>
- ชวิศา สัตยวงศา, ปฎิพัทธ์ บัญญัติกุล และอนุแสง จิตสมเกษม. (2564). ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหาร ในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วชิรสารการพยาบาล, 23(1), 31-45. [สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/249682>
- นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยพันธ์, ดุชนิษฐ์ สุวรรณคง และตัม บัญญัติ. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(6), 1008-1018. [สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12982/10731>

- ประภาธิตา วุฒิชยา, เบญจพร ทองมาก, กมลพัชร วิสุทธิภักดี และจูน หน่อแก้ว. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง บ้านแม่คาคลาด ตำบลแม่คำ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 6(1), 29-42. [สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247541/168156>
- ศิริวรรณ ตูรงค์เรือง, ชดช้อย วัฒนะ, ธีรนุช ห่านิรัตศัย และสุนทรา เลี้ยงเซวงวงศ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 44(ฉบับพิเศษ 1), 69-82. [สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/148037/108983>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1. (2566). ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>
- เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง. (2559). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1), 87-98. [สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/health/article/view/4164>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy [online]. [cited 2024 February 20]; Available from: [curia.ihmc.us/rid=1223300384257\\_1829792869\\_8417/bandura\\_selfefficacy.pdf](https://curia.ihmc.us/rid=1223300384257_1829792869_8417/bandura_selfefficacy.pdf)
- Belfort, G. P., de Padilha, P. C., Farias, D. R., *et al.* (2023). Effect of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on the development of preeclampsia and metabolic outcomes in pregnant women with pre-existing diabetes mellitus: A randomised, controlled, single-blind trial. *Journal of Nutritional Science*, 12, e73. [cited 2024 February 20]; Available from: <https://doi.org/10.1017/jns.2023.54>
- Bolaji, O., Nguyen, J. D. K., Bilchick, K., *et al.* (2024). The Dash Diet and Its Impact on Arterial Stiffness: A Post Hoc Secondary Analysis of The Dash Trial. *Journal of Cardiac Failure*, 30(1), 267. [cited 2024 June 15]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.10.356>
- Darabi, Z., Araban, M., Azizi, A., Angali, K. A., & Borazjani, F. (2024). The effectiveness of a mobile phone education method based on self-efficacy and DASH diet among patients with high blood pressure: a randomized controlled. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 13(1), 11-13. [cited 2024 July 9]; Available from: <https://doi.org/10.5812/jjcdc-138325>
- Filippou, C., Tatakis, F., Polyzos, D., *et al.* (2022). Overview of salt restriction in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) and the Mediterranean diet for blood pressure reduction. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(1), 36. [cited 2024 August 24]; Available from: <https://doi.org/10.31083/j.rcm2301036>

- Hariyono, Peristiowati, Y., & Arantrinita. (2024). The Relationship between Self Efficacy and Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure of Hypertensive Patients in the Kediri City District. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(2), 114-124. [cited 2025 June 2]; Available from: <https://sjik.org/index.php/sjik/article/view/1129>
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMJ*, 346, f1325. [cited 2025 June 2]; Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. [cited 2025 June 2]; Available from: <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kim, H., Appel, L. J., Lichtenstein, A. H., *et al.* (2023). Metabolomic profiles associated with blood pressure reduction in response to the DASH and DASH-sodium dietary interventions. *Hypertension*, 80(7), 1494-1506. [cited 2024 August 9]; Available from: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.20901>
- Knauss, H. M., Kovell, L. C., Miller III, *et al.* (2025). Dietary sodium reduction lowers 10-year atherosclerotic cardiovascular disease risk score: Results from the DASH-sodium trial. *American Journal of Preventive Cardiology*, 22, 100980. [cited 2025 June 25]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2025.100980>
- Lari, A., Sohoul, M. H., Fatahi, S., *et al.* (2021). The effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on metabolic risk factors in patients with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 31(10), 2766-2778. [cited 2025 February 25]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.05.030>
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies [online]. [cited 2025 February 14]; Available from: [https://archive.org/details/isbn\\_9780471925170/page/n5/mode/2up](https://archive.org/details/isbn_9780471925170/page/n5/mode/2up)
- Theodoridis, X., Chrysoula, L., Chroni, V., *et al.* (2023). Adherence to the dash diet and risk of hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 58, 515-516. [cited 2024 July 8]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.09.268>
- World Health Organization [WHO]. (2023a). Global report on hypertension: The race against a silent killer [online]. [cited 2024 February 25]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- World Health Organization [WHO]. (2023b). Hypertension Thailand 2023 country profile [online]. [cited 2024 February 25]; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-tha-2023-country-profile>

Zhao, M., Rodriguez, M. A., Wang, B., *et al.* (2021). Validity and reliability of a short self-efficacy instrument for hypertension treatment adherence among adults with uncontrolled hypertension. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1781-1788. [cited 2024 July 2]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.029>