



## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

นพรดา นรินันท์<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม DASH ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โภชนาการ การสาธิตอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกระตุ้นเตือน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม DASH และการวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม DASH ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

ทั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำโปรแกรม DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการให้ความรู้รายบุคคล การสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

**คำสำคัญ :** โปรแกรม DASH, การรับรู้ความสามารถแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนคร, E-mail : Natkitta\_ae@hotmail.com

# Effects of a Dietary Behavior Modification Program Based on the DASH Approach Combined with Self-Efficacy Theory and Social Support Among Hypertensive Patients at Srinakorn Hospital, Sukhothai Province.

Noprada Narinan<sup>1</sup>

## Abstract

A quasi-experimental research study was conducted to examine the effects of a dietary behavior modification program based on the DASH approach combined with self-efficacy theory and social support among hypertensive patients at Srinakorn Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 hypertensive patients divided into a control group (30 patients) and an experimental group (30 patients). The intervention tool included the DASH program comprising nutritional education activities, food demonstrations, experience sharing, and reminder activities. Data collection instruments included questionnaires on self-efficacy regarding DASH dietary behavior, social support, DASH dietary behavior, and blood pressure measurements. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores for self-efficacy, social support, and DASH dietary behavior compared to pre-intervention and the control group ( $p < 0.001$ ). Both systolic and diastolic blood pressure levels were significantly lower than pre-intervention and compared to the control group ( $p < 0.001$ ).

Therefore, nurses and public health personnel should implement the DASH program combined with self-efficacy theory and social support in caring for hypertensive patients, emphasizing individualized education, creating family support, and building confidence in dietary behavior modification.

**Keyword** : DASH program, Self-efficacy, Social support, Hypertension, Dietary behavior

---

<sup>1</sup> Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Srinakorn Hospital, E-mail :Natkitta\_ae@hotmail.com

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง รวมถึงการขาดการออกกำลังกาย (Whelton et al., 2018) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นวิธีการที่สำคัญในการจัดการและป้องกันโรคนี้หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตคือ โปรแกรม DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งมุ่งเน้นการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ แต่มีปริมาณโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง โดยมุ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืช และโปรตีนจากแหล่งที่มีไขมันต่ำ (Sacks et al., 2001) การศึกษาหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม DASH สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

อำเภอศรีนคร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ปี 2566 จำนวน 5,212 คน โดยพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2562 – 2566 เท่ากับ 1147.32 , 734.87 , 919.07, 927.59 และ 951.70 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยงที่ได้ทำ Home BP ปี 2566 พบกลุ่มสงสัยป่วย 403คน ทำ HBP 379 คน คิดเป็นร้อยละ 94.04 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.86 โรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอยู่สองประการ ประการแรก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา กรรมพันธุ์ ประการที่สอง ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมากเกินไป อดิ ไม่ถูกสัดส่วน รับประทานอาหารรสเค็ม หวาน และมันสูง รับประทานผักผลไม้ น้อย เคลื่อนไหวร่างกายน้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และได้รับควันบุหรี่มือสอง (สุนทรีย์ คำเพ็ง และ อรจิรา บุญประดิษฐ์, 2551) โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภค อาหารรสเค็มจัด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนภาวะวิตกกังวลและเครียดและนอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มัน เค็ม การจัดการความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย หรือการขาดกิจกรรมทางกาย (Physical Inactivity) ร่วมกับปัจจัยเสริมอื่นเช่นการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค, 2566) แต่ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

เพราะการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไม่เพียงแต่ต้องพึ่งพาความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดี แต่ยังต้องการแรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Albert Bandura (1977) ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มสนับสนุนก็มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Thoits, 1995)

การใช้โปรแกรม DASH กับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น การใช้แนวทางนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เพียงแต่มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดี แต่ยังมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการทำตามแนวทาง DASH และได้รับการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยเป้าหมายคือ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการรวมแนวทางเหล่านี้ในการลดความดันโลหิตและปรับปรุงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### **ขอบเขตของการวิจัย**

**ขอบเขตด้านการศึกษา** การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design)

**ขอบเขตด้านพื้นที่** แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

**ขอบเขตด้านประชากร** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,978 คน

#### **ขอบเขตด้านระยะเวลา**

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วยกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และเสริมสร้างความมั่นใจ ได้แก่

1. การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของDASHและการให้คำแนะนำเฉพาะกลุ่ม หรือบุคคล เกี่ยวการบริโภคอาหาร ตามแนวทาง DASH โดยการสาธิตรูปแบบอาหาร และให้กลุ่มเป้าหมายเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม แนวทางของDASH การกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบันทึกการบริโภคอาหาร

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

3. การกระตุ้นเตือนกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มบุคคลที่มีต่ออิทธิพล กลุ่มตัวอย่างโดยการเสริมสร้างกำลังใจคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ระหว่างการเข้ารับโปรแกรมโดยกิจกรรม ทั้งหมดใช้รูปแบบกิจกรรมในรูปแบบการบรรยาย การสาธิต สื่อบุคคลคู่มืออาหารพิชิตความดันโลหิตสูง การอภิปรายร่วมกับการเสนอต้นแบบบุคคลจริงที่มีประสบการณ์การทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASHและการกระตุ้นเตือนจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย



1. การรับรู้ความสามารถแห่งตน
2. การสนับสนุนทางสังคม
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตามแนวทางของ DASH ประกอบด้วย
  - 3.1 เพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้
  - 3.2 เลือกรับประทาน อาหารที่มีไขมันต่ำ
  - 3.3 ลดการรับประทาน เกลือโซเดียม
  - 3.4 ลดปริมาณการดื่ม แอลกอฮอล์
4. ระดับความดันโลหิต

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research: Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

## ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 3,978 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

## กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพล 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple randomization) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน

## เกณฑ์การคัดเข้า

1. ไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ขณะการรับการรักษา และจะต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง
2. มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท
3. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

## เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น หรือความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่นป่วยเป็น โรคเบาหวาน ไขมันหลอดเลือดสมอง
3. มีอาการป่วยอย่างอื่น (กะทันหัน) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด เช่น ไข้หวัด เป็นลมหมดสติ ปวด ข้อ (อักเสบ) เป็นต้น
4. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
5. ไม่ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทดลองการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแผนการสอนมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผนงาน (Plan) ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน โดยมีขั้นตอนการศึกษาทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมสถานการณ์ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนคร ประจำปีงบประมาณ 2567 พร้อมนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเตรียมเข้าสู่โครงการวิจัย

2. ขั้นการปฏิบัติ (Act) ระยะเวลานำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH มาใช้

2.1) จัดประชุมกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม เพื่อนำประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบ และใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม

2.2) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 8 สัปดาห์

### สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์และทำความรู้จัก

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง กล่าวทักทายกลุ่มเป้าหมาย สร้างความคุ้นเคย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และบอกเรื่องที่จะสอน
3. สร้างความคุ้นเคยและการกล้าแสดงออก สามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

ต่อไป

4. อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดในการทำวิจัย
5. กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นในการประชุมกลุ่ม ต้องให้เกียรติความคิดเห็นของสมาชิกทุกคน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ทุกความคิดเห็นมีคุณค่า สามารถเสนอแนะและเพิ่มเติมได้ ขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม

### สัปดาห์ที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

1. ทักทายและทบทวนกิจกรรมที่แล้ว
2. ผู้สอนถามกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

3. ให้ความรู้เรื่อง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นการเพิ่มการบริโภค ผัก, ผลไม้ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ ลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพิ่มการบริโภคเมล็ด ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อปลาและสัตว์ปีก ควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม การควบคุมน้ำหนักตัวจำกัดปริมาณการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. ผู้สอนพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมายถึงความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH  
สัปดาห์ที่ 3 ปริมาณการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH

1. ทบทวนความรู้จากสัปดาห์ที่แล้ว
2. ผู้สอนให้กลุ่มเป้าหมายเล่าถึงการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน
3. ผู้สอนให้กลุ่มเป้าหมายบอกวิธีการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ที่ช่วยควบคุม ความดันโลหิต

4. แนะนำปริมาณการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH (ประมาณ 2,000 แคลอรีต่อวัน)  
สัปดาห์ที่ 4 คำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

1. ทบทวนเนื้อหาที่ผ่านมา สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหาร
2. สอนบรรยายถึงคำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรุง แต่งรสชาติอาหาร ปริมาณโซเดียมที่แนะนำ หลีกเลี่ยงอาหารที่เค็มจัด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง

สัปดาห์ที่ 5 การเลือกใช้น้ำมันและการบริโภคผักผลไม้

1. ทบทวนคำแนะนำจากสัปดาห์ที่แล้ว สอบถามประสบการณ์การลดเกลือในอาหาร ได้แก่ การ จำกัดน้ำมันในการประกอบอาหาร การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ การดื่มนมพร่องมันเนย การจำกัดการ บริโภคแอลกอฮอล์ (ทบทวน)

2. แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

3. ผู้สอนซักถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH

สัปดาห์ที่ 6 การปฏิบัติและการตั้งเป้าหมาย

1. ทบทวนความรู้ที่ได้เรียนมา สอบถามการนำไปปฏิบัติ
2. การจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค อาหารตามแนวทาง DASH

3. กลุ่มตัวอย่างทุกคนเขียนแบบฟอร์มสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง

4. ประกาศสัญญาใจและแลกเปลี่ยนแบบฟอร์มสัญญาใจกับเพื่อนเพื่อให้ลงชื่อเป็นพยาน
  5. แนะนำวิธีการจัดบันทึกการบริโภคอาหารประจำวันลงในสมุดบันทึกอาหารประจำตัว
  6. ให้ทุกคนอ่านทบทวนแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- สัปดาห์ที่ 7 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแรงบันดาลใจทางสังคม

1. เลือกตัวแทนที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้เข้าร่วมคนอื่น
3. กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
4. แลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง
5. ทารือเกี่ยวกับแรงบันดาลใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง

สัปดาห์ที่ 8 การสรุปและประเมินผล

1. กลุ่มเป้าหมายร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH
2. ผู้สอนสรุปความคิดรวบยอดของการเลือกบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH จากกิจกรรม

ทั้งหมดที่ได้เรียนมา

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรม
  4. ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในทางที่ดีต่อไป
3. ขั้นการสังเกตผลปฏิบัติ (Observe)

สร้างระบบการกำกับติดตาม ทางไลน์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมการให้บริการและจัดระบบการดูแลโดยแบ่งกลุ่มตามระดับความดันโลหิตออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่มีความดันโลหิต 130-139/85-89 mmHg ใช้สีเขียว ในการติดตามเยี่ยม 12 สัปดาห์/1 ครั้ง
- กลุ่มที่มีความดันโลหิต 140-159/90-99 mmHg ใช้สีเหลือง ในการติดตามเยี่ยม 8 สัปดาห์/1 ครั้ง
- กลุ่มที่มีความดันโลหิต  $\geq 160/\geq 100$  mmHg ใช้สีแดง ในการติดตามเยี่ยม 4 สัปดาห์/1 ครั้ง

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) หลังครบ 12 สัปดาห์

ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงบันดาลใจทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ประเมินผลระดับความดันโลหิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH มีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามณูญ์ ภูเจริญ (2550) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH 6-7 วัน/ สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH อย่างน้อย 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH อย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง ของ DASH

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้น นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย จากนั้นนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยกำหนดให้ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.86 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.80

### ขั้นตอนการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย และประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ และการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired t-test

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Independent t-test

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 73/2024 IRB No.84/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567

## สรุปผลการวิจัย

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย  $55.82 \pm 8.20$  ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.67 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $26.02 \pm 3.83$  ต่อตารางเมตร ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.33 มีอายุเฉลี่ย  $56.32 \pm 7.90$  ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 30.00 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.83 \pm 3.52$  ต่อตารางเมตร และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	26.80	4.20	14.52	<0.001*
		หลังทดลอง	30	34.50	3.80		
ความสามารถ	ทดลอง	ก่อนทดลอง	30	27.10	4.50	2.43	0.022*
		หลังทดลอง	30	27.90	4.30		
แห่งตน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	25.40	5.10	11.57	<0.001*
		หลังทดลอง	30	32.80	4.20		
	ควบคุม	ก่อนทดลอง	30	27.70	4.80	-1.30	0.204
		หลังทดลอง	30	26.20	4.60		
การสนับสนุน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	38.20	6.80	13.95	<0.001*
		หลังทดลอง	30	48.90	5.40		
	ทดลอง	ก่อนทดลอง	30	37.80	7.10	-2.54	0.519
		หลังทดลอง	30	39.10	6.90		
พฤติกรรมการ	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	145.80	12.40	-10.64	<0.001*
		หลังทดลอง	30	132.60	8.90		
	บริโภคอาหาร	ก่อนทดลอง	30	146.20	11.90	-2.74	0.213
		หลังทดลอง	30	144.10	11.20		
ระดับความดัน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	91.50	8.70	-9.88	<0.001*
		หลังทดลอง	30	82.30	6.40		
	ทดลอง	ก่อนทดลอง	30	92.10	8.30	-2.03	0.052
		หลังทดลอง	30	90.80	7.90		
โลหิตตัวบน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	91.50	8.70	-9.88	<0.001*
		หลังทดลอง	30	82.30	6.40		
	ควบคุม	ก่อนทดลอง	30	92.10	8.30	-2.03	0.052
		หลังทดลอง	30	90.80	7.90		
ระดับความดัน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	91.50	8.70	-9.88	<0.001*
		หลังทดลอง	30	82.30	6.40		
	ทดลอง	ก่อนทดลอง	30	92.10	8.30	-2.03	0.052
		หลังทดลอง	30	90.80	7.90		
โลหิตตัวล่าง	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	91.50	8.70	-9.88	<0.001*
		หลังทดลอง	30	82.30	6.40		
	ควบคุม	ก่อนทดลอง	30	92.10	8.30	-2.03	0.052
		หลังทดลอง	30	90.80	7.90		

\*P-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ  $26.80 \pm 4.20$  และ  $34.50 \pm 3.80$  ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ( $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $27.10 \pm 4.50$  และ  $27.90 \pm 4.30$  ตามลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ )

การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ  $25.40 \pm 5.10$  และ  $32.80 \pm 4.20$  ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $27.70 \pm 4.80$  และ  $26.20 \pm 4.60$  ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.204$ )

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $38.20 \pm 6.80$  และ  $48.90 \pm 5.40$  ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $37.80 \pm 7.10$  และ  $39.10 \pm 6.90$  ตามลำดับ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.519$ )

ระดับความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $145.80 \pm 12.40$  และ  $132.60 \pm 8.90$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $146.20 \pm 11.90$  และ  $144.10 \pm 11.20$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งมีการลดลงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.213$ )

ระดับความดันโลหิตตัวล่างในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $91.50 \pm 8.70$  และ  $82.30 \pm 6.40$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $92.10 \pm 8.30$  และ  $90.80 \pm 7.90$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.052$ )

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

		ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	26.80	4.20	0.27	0.787
	ความสามารถ	กลุ่มควบคุม	30	27.10	4.50		
แห่งตน	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	34.50	3.80	-6.35	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	27.90	4.30		
การสนับสนุน	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	25.40	5.10	0.24	0.813
	ทางสังคม	กลุ่มควบคุม	30	27.70	4.80		
หลัง	กลุ่มทดลอง	30	32.80	4.20	-5.91	<0.001*	
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	26.20	4.60		
พฤติกรรมการ	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	38.20	6.80	-0.22	0.824
	บริโภคอาหาร	กลุ่มควบคุม	30	37.80	7.10		
หลัง	กลุ่มทดลอง	30	48.90	5.40	-6.23	<0.001*	
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	39.10	6.90		
กลุ่มทดลอง			30	145.80	12.40	0.13	0.896
กลุ่มควบคุม			30	146.20	11.90		
กลุ่มทดลอง			30	132.60	8.90	4.46	<0.001*
กลุ่มควบคุม			30	144.10	11.20		
กลุ่มทดลอง			30	91.50	8.70	0.28	0.784
กลุ่มควบคุม			30	92.10	8.30		
กลุ่มทดลอง			30	82.30	6.40	4.65	<0.001*
กลุ่มควบคุม			30	90.80	7.90		

\*P-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.787$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.813$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.824$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวบนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.896$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวล่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.784$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $26.80\pm 4.20$  เป็น  $34.50\pm 3.80$  ( $p<0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านการมี

ประสบการณ์สำเร็จ (Mastery Experience) การเรียนรู้จากการสังเกต (Vicarious Experience) การชักจูงทางคำพูด (Verbal Persuasion) และการตีความสภาวะทางสรีรวิทยา (Physiological States) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการใช้กลยุทธ์หลากหลายเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน อาทิ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การสาธิตรูปแบบอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จ และการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง (2559) ที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วม

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $25.40 \pm 5.10$  เป็น  $32.80 \pm 4.20$  ( $p < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สะท้อนความสำคัญ of แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีของ Thoits (1995) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพิ่มขึ้นของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอต้นแบบบุคคลจริงที่มีประสบการณ์ความสำเร็จ และการกระตุ้นเตือนจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา คงแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับโปรแกรม DASH มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $38.20 \pm 6.80$  เป็น  $48.90 \pm 5.40$  ( $p < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบูรณาการทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ากับแนวทาง DASH การปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกอาหาร มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงผ่านการสาธิตและการทดลองปฏิบัติ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร ศรีพนมเขต (2565) ที่พบว่าโปรแกรม DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของอีทัต ศรีมงคล และคณะ (2560) ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความดันโลหิตตัวบนลดลงจาก  $145.80 \pm 12.40$  เป็น  $132.60 \pm 8.90$  มิลลิเมตรปรอท

( $p < 0.001$ ) และความดันโลหิตตัวล่างลดลงจาก  $91.50 \pm 8.70$  เป็น  $82.30 \pm 6.40$  มิลลิเมตรปรอท ( $p < 0.001$ ) ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของระดับความดันโลหิตนี้เป็นผลโดยตรงจากการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ซึ่งเน้นการลดการบริโภคโซเดียม เพิ่มการบริโภคโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ตลอดจนการเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และลดไขมันอิ่มตัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพื้นฐานของ Sacks และคณะ (2001) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม DASH สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของพันจ่าเอก ทินณรงค์ เรทนู (2562) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการขยายผลโปรแกรมไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิอื่นๆ โดยการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมแบบมีส่วนร่วมตามแนวทาง DASH พร้อมทั้งปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และศักยภาพของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ห่างไกลและชุมชนรอบนอกได้รับการดูแลป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

1.2 ควรมีการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการหมอครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับการใช้โปรแกรม DASH ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดทำเครื่องมือประเมินและติดตามผลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและสามารถวัดผลได้อย่างเป็นระบบ

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งมอบโปรแกรมที่แตกต่างกัน เช่น การให้โปรแกรมแบบเข้มข้น (Intensive intervention) เทียบกับแบบไม่เข้มข้น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งมอบโปรแกรม เทียบกับการให้โปรแกรมแบบเผชิญหน้า และการเปรียบเทียบระยะเวลาการให้โปรแกรมที่แตกต่างกัน เพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น แรงจูงใจของผู้เข้าร่วม การสนับสนุนจากครอบครัว และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ

2.2 ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลในระยะยาว อย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากความ

ดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง โดยติดตามดัชนีชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนรายใหม่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แข็งแกร่งสำหรับการนำโปรแกรมไปใช้ในวงกว้างและพัฒนานโยบายสาธารณสุข

## เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ปี 2565.

กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ธีทัต ศรีมงคล, อารีวรรณ นพเกตุและ ทศนีย์ วานิชกร. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 11(2), 6.

ทินณรงค์ เรทหนู. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ชลบุรี: [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].

บุญใจ ศรีสถิตธนรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.

ปิยพร ศรีพนมเขต. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ขอนแก่น: [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

พิชามญช์ ภูเจริญ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล].

นริศรา คงแก้ว, วิจิตรา ปานบุญและ สมพร กลัดเจริญ. (2565). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับโปรแกรม DASH ต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 28–39.



สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2551). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ตอนต้น.

วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(2), 1–12.

เสาวลักษณ์ มูลสารและ เกษร สำเภาทอง. (2559). วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 10(2). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, 20–31.

Albert & Bandura. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bloom B. S. (1975). *Taxonomy of education*. . David McKay Company Inc.

Sacks F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., ... & Cutler, J. A. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *The New England Journal of Medicine*, 344(1), 3–10.

Thoits P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? . *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra Issue), , 53–79.

Whelton P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey Jr, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright Jr, J. T. (2018). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248.