

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต
สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

The Development of a Behavioral Model for Dietary Restraint to Control Hypertension
among Individuals with High Blood Pressure through the Participatory Engagement of Health
Networks in Mueang Chonburi District Chonburi Province.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

ณัทพงษ์ พีรภัคพงศ์¹ คัทคณา บำรุงสุข¹

Nattanapong Peerapakpong¹ Katkana Bamrungsuk¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 2) พัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และ 3) ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรีที่พัฒนาขึ้น การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ค่าวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร คะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การยั้งคิด, พฤติกรรมกรรการบริโภคอาหาร, โรคความดันโลหิตสูง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, เครือข่ายสุขภาพอำเภอ

Abstract

This participatory action research aimed to: (1) examine the problems and care needs of patients with hypertension in Mueang Chonburi District, Chonburi Province; (2) develop an inhibitory control-based dietary behavior model for blood pressure control through the participation of district-level health networks; and (3) evaluate the effectiveness of the developed inhibitory control-based dietary behavior promotion model implemented with the participation of health networks and the community in Mueang Chonburi District. This research was Participatory Action Research (PAR) framework. Sample size were 60 patients with uncontrolled hypertension. Data were collected using rating-scale questionnaires and analyzed using descriptive statistics, while differences in mean scores before and after implementation were examined using paired-samples t-tests.

The findings revealed that: after implementation of the model, participants demonstrated significantly higher scores in inhibitory control-based dietary behaviors, dietary health literacy, and appropriate dietary consumption behaviors ($p < .05$). In addition, body mass index and both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased ($p < .05$). Health network participation after the intervention was also significantly higher than before the intervention ($p < .05$).

Keywords: inhibitory control, dietary behavior, hypertension, participatory action research, district health network

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในประชากรวัยทำงานและวัยผู้ใหญ่อายุ 35-59 ปี ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้เกิดการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรโลก¹ ข้อมูลจาก World Health Organization ระบุว่า ในประชากรอายุ 30-79 ปี จาก 182 ประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 1,280 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ ร้อยละ 97 ภายในระยะเวลา 30 ปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2570 จะมีผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน และเสียชีวิตจากโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องประมาณ 4 ล้านคนต่อปี สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับโลก^{1,2} ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไปอยู่ในช่วง ร้อยละ 20-30 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 15 ต่อปี โดยมีส่วนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยมากกว่า 1.5 ล้านคนต่อปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง และการพึ่งพาอาหารแปรรูปมากขึ้น¹

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) เพิ่มขึ้นจาก 115.3 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 121.8 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ. 2557 โดยในเพศชายเพิ่มจาก 116.9 เป็น 124.4 มิลลิเมตรปรอท และในเพศหญิงเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มิลลิเมตรปรอท ขณะเดียวกัน ความชุกของโรคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก ร้อยละ 17.0 เป็น ร้อยละ

24.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน³ สถานการณ์ดังกล่าวนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการลดลงของคุณภาพชีวิต⁴ แม้แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการใช้ยา โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การลดโซเดียม และการจัดการน้ำหนักตัว แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และอาหารแปรรูป ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์^{5,6} ในเชิงกลไก พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความหิวและความอิ่ม อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดภาวะดื้อฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความอิ่ม ส่งผลให้ควบคุมการบริโภคอาหารได้ยากขึ้น^{7,8} ดังนั้น การปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation) และ การยั้งคิด (Inhibitory control) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำงานด้าน Executive Function เพื่อช่วยให้อุบุคคลสามารถยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าได้อย่างยั่งยืน^{9,10} ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้บรรจุการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึงวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ¹¹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า การใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว แม้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น แต่ผลลัพธ์ในระยะยาวยังคงอยู่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มี

ข้อจำกัดด้านการเรียนรู้และการทำงานของสมอง 12,13,14

สำหรับจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดเมืองอุตสาหกรรมในเขตสุขภาพที่ 6 พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระบุว่า อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 1,131.36, 1,091.22 และ 1,358.59 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอยู่ที่เพียง ร้อยละ 29.50, 33.38 และ 36.03 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ ร้อยละ 60 โดยเฉพาะในอำเภอเมืองชลบุรี พบอัตราป่วยเพิ่มจาก 758.11 เป็น 874.50 ต่อแสนประชากร และสัดส่วนผู้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีลดลงจากร้อยละ 22.86 เหลือร้อยละ 19.60¹⁵ จากสภาพปัญหาและช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการกำกับตนเอง และการยังคิด อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทพื้นที่จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อ

ควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรีที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1. ประชากร ในการวิจัยการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย

1.1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 2,750 คน/ เครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมืองชลบุรี ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล 20 คน/ นักวิชาการสาธารณสุข 20 คน/ ครอบครัวผู้เป็นความดันโลหิตสูง 1,572 คน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3,026 คน/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน รวมทั้งสิ้น 7,411 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน **เกณฑ์การคัดเลือก** 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential/Primary Hypertension) และมีอายุระหว่าง 30-60 ปี 2) มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการนัดติดตามอย่างน้อย 2-3 ครั้งล่าสุด สูงกว่าเกณฑ์ควบคุมตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท 3) ขึ้นทะเบียนรักษาและรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในอำเภอเมืองชลบุรีอย่างต่อเนื่อง 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย 5) มีศักยภาพ

ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก 1) มีโรคร่วมในระยะรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในระหว่าง การวิจัย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ พิการชัดเจน 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง ชลบุรี ครอบคลุมประเด็นศึกษาจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัญหาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้เป็นความดันโลหิตสูง 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) การยังคิดด้านการบริโภคอาหารและ 5) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach¹⁶ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

2. รูปแบบพฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีความเหมาะสมของรูปแบบโดยมีเกณฑ์แปลผลตาม Borg & Gall¹⁷ ทุกด้านมีระดับความเหมาะสมมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ

น้ำหนัก/ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบการรักษาหลักและโรคร่วมสำคัญ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ คำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale)¹⁸ การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best¹⁹ โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach¹⁶ แบบสอบถามพฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

4. แบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อ คำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale)¹⁸ การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best¹⁹ โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกรบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 26 ข้อ คำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale)¹⁸ การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best¹⁹ โดยแบ่ง

ระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach¹⁶ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

5. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพ/บทบาทในเครือข่ายสุขภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพในพื้นที่ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 15 ข้อคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale)¹⁸ การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best¹⁹ โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach¹⁶ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

6. แบบบันทึกการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ประกอบด้วย สิ่งที่ตั้งใจจะทำ สิ่งที่เกิดขึ้นจริง จุดแข็งหรือสิ่งที่ทำได้ ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด บทเรียนที่ได้รับและแนวทางปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1 ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2 ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต และ BMI โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3 การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมกรการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กัน (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมกรการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลจากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 120/2567 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2567 หมดยุติวันที่ 24 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ขั้นที่ 2 การวางแผนร่วมกัน (Plan) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 4

การสังเกต (Observation) และขั้นที่ 5 การสะท้อนผล (Reflection) บนพื้นฐานการออกแบบกิจกรรมการฝึกตามแบบจำลองของบาร์คลีย์ (Barkley) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nut beam ได้รูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง CIC-HT Model (Chonburi Participatory Inhibitory Control-Dietary Behavior Model for Hypertension Control (CIC-HT Model) โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 CIC-HT Model (Chonburi Participatory Inhibitory Control-Dietary Behavior Model for Hypertension Control (CIC-HT Model)

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครื่อง่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในการใช้รูปแบบพฤติกรรมกรรการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 38.30) โดยมีอายุเฉลี่ย 46.00 ปี (SD = 7.69) ซึ่งส่วน

ใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 41.70) และ 51-60 ปี (ร้อยละ 31.70) ในด้านภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 63.92 กิโลกรัม (SD = 6.94) และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.51 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.21) โดยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 23.0 กก./ม²) รวมกันคิดเป็นร้อยละ 58.40 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.30) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.70)

ขณะที่ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60.00) สำหรับประวัติการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 1-5 ปี (ร้อยละ 73.30) โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 3.77 ปี (SD = 2.32) และมีการรักษาหลักด้วยยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 75.00) ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่ใช้การควบคุมอาหารเป็นแนวทางหลัก นอกจากนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 53.30) อย่างไรก็ตาม ยังพบโรคร่วมที่สำคัญ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคไต ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการควบคุมระดับความดันโลหิต

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในภาพรวมและรายด้าน จากระดับน้อยก่อนการใช้รูปแบบ เป็นระดับมากที่สุดหลังการใช้รูปแบบ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการยับยั้งการตอบสนองต่ออาหารที่ไม่เหมาะสม เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.03$ (SD = 0.65) เป็น $M = 4.76$ (SD = 0.47) ด้านการคิดไตร่ตรองก่อนการเลือกบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก $M = 1.98$ (SD = 0.62) เป็น $M = 4.85$ (SD = 0.39) และ ด้านการควบคุมตนเองในการรักษาพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจาก $M = 1.97$ (SD = 0.59) เป็น $M = 4.83$ (SD = 0.37) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกมิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ภายหลังจากใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างสมรรถนะด้านการยับยั้งการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก $M = 2.18$ (SD = 0.52) เป็น $M = 4.30$ (SD = 0.42) ด้านความเข้าใจข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.25$ (SD = 0.48) เป็น $M = 4.45$ (SD = 0.38) ด้านการประเมินข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.10$ (SD = 0.62) เป็น $M = 4.20$ (SD = 0.54) และ ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.35$ (SD = 0.45) เป็น $M = 4.35$ (SD = 0.40) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกมิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มความรอบ

รู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกๆ ด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร คะแนวนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 1.82-2.45, SD = 0.480-0.761$) เป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.60-4.75, SD = 0.427-0.494$) ด้านการบริโภคอาหารแบบควบคุมไม่ได้ เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 1.92-2.20, SD = 0.480-0.766$) เป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.60-4.65, SD = 0.481-0.494$) ด้านการบริโภคแบบวางแผนล่วงหน้า เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 1.97-2.05, SD = 0.565-0.712$) เป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.75-4.87, SD = 0.343-0.437$) และ ด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบำบัด เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 2.15, SD = 0.633$) เป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.90, SD = 0.303$) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกมิติระดับมากที่สุด ($M = 4.90, SD = 0.303$) สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมการบริโภคโซเดียมและเลือกอาหารให้สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร

สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ก่อนใช้รูปแบบ ผู้เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มท้วม (ร้อยละ 63.33) และกลุ่มอ้วน (ร้อยละ 28.33) ขณะที่ผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมีเพียงร้อยละ 8.33 ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.67 ขณะที่กลุ่มท้วมลดลงเหลือร้อยละ 8.33 และไม่พบกลุ่มอ้วน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยปรับเปลี่ยนสถานะทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างไปสู่ระดับที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ($n=60$) พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานะทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในทิศทางที่เหมาะสม และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อการลดลงของความดันโลหิตค่าบนสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบ ซึ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้าน Inhibitory Control เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมสูง อาหารมัน และอาหารที่กระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงเสริมการคิดไตร่ตรองก่อนเลือกอาหาร และพฤติกรรมกำกับตนเองด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อ การลดลงของความดันโลหิตค่าบนสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบ ซึ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้าน Inhibitory Control เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมสูง อาหารมัน และอาหารที่กระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงเสริมการคิดไตร่ตรองก่อนเลือกอาหาร และพฤติกรรมกำกับตนเองด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.30) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 35.7) ในด้านโครงสร้างอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 52.40) และ 31-40 ปี (ร้อยละ 33.30) โดยมีอายุเฉลี่ย 42.87 ปี (SD = 7.60) ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มบุคคลวัยทำงานที่มีทั้งวุฒิภาวะทางสังคม ประสบการณ์เชิงวิชาชีพ และความพร้อมในการมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ทั้งใน

ระดับนโยบาย ระดับบริการ และระดับชุมชน เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.80) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 38.10) ในด้านระดับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.90) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 14.30) ขณะที่อีกส่วนหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สำหรับสถานภาพหรือบทบาทในเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสมาชิกครอบครัวผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.8) รองลงมาเป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 11.9) และแพทย์ (ร้อยละ 4.8) ในด้านประสบการณ์ด้านสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 40.50) และ 1-5 ปี (ร้อยละ 38.10) ขณะที่ร้อยละ 14.30 มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี นอกจากนี้เครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 50.00) และมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 28.60)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร เครือข่ายสุขภาพมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.57-2.86$ (SD = 0.501-0.660) เป็น $M = 4.60-4.88$ (SD = 0.328-0.497) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.45-2.71$ (SD = 0.504-0.673) เป็น $M = 4.67-4.81$ (SD = 0.397-0.477) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์จากผลการดำเนินงาน เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.50-2.79$ (SD = 0.595-0.645) เป็น $M = 4.81-4.86$ (SD = 0.354-

0.397) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.36-2.60$ ($SD = 0.485-0.665$) เป็น $M = 4.76-4.95$ ($SD = 0.216-0.431$) และ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและสะท้อนผล เพิ่มขึ้นจาก $M = 2.48-2.81$ ($SD = 0.505-0.634$) เป็น $M = 4.67-5.00$ ($SD = 0.000-0.477$) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพได้อย่างเข้มแข็งครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหารไม่เพียงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้นแต่ยังสามารถเสริมสร้างระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในภาพรวมได้ ทั้งในมิติการวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการร่วมรับผลประโยชน์ อันเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยการพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรีเผชิญปัญหาหลักด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป และอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากบริบทเมืองอุตสาหกรรมและวิถีชีวิตเร่งรีบของประชากรวัยทำงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดด้านสังคมกำหนดสุขภาพที่ชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแม้กลุ่มเป้าหมายจะมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนช่องว่างระหว่าง ความรู้ กับ พฤติกรรมจริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nut beam²⁰ ที่เสนอว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดทักษะเชิงปฏิบัติ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากแม้ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างยั่งยืน

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรี

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบพฤติกรรมที่ยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านโครงสร้าง เนื้อหา และกระบวนการดำเนินงาน โดยผลการประเมินคุณภาพรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูงมาก และมีระดับความเหมาะสมของกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้

เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในบริบทอำเภอเมืองชลบุรีได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมที่ประชาชนมีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมในการเลือกบริโภคอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

การบูรณาการแนวคิดการยั้งคิดกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้อาศัยการบูรณาการแนวคิดการยั้งคิด (Inhibitory Control) ตามกรอบแนวคิดของ Barkley²¹ เข้ากับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nut beam²⁰ โดยมีได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ด้านโภชนาการ แต่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการทางปัญญา ได้แก่ ความสามารถในการหยุดคิดก่อนตัดสินใจ การควบคุมการตอบสนองอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าด้านอาหาร และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสภาพปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอาหารอยู่แล้ว แต่ขาดทักษะการยั้งคิดและการตัดสินใจในสถานการณ์จริงของชีวิตประจำวัน ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ดีกลิ่นปลา และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช²²และชนนพร แสงเดือน และคณะ²³ ที่รายงานว่าความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติการประเมินข้อมูลและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิธิพัฒน์ เตชะกันทา และคณะ²⁴ และ อังคณา แก้วมณี²⁵ ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ด้านอาหารผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการสามารถยกระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ

ความเหมาะสมของกิจกรรมฝึกการยั้งคิดต่อบริบทผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกการยั้งคิดอย่างเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่การสร้างเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง การประเมินตนเอง การฝึกความจำขณะทำงานและการยั้งคิด การวิเคราะห์พฤติกรรมและอารมณ์ ไปจนถึงการฝึก Go/No-Go Task อย่าง

ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การออกแบบกิจกรรมดังกล่าวมีพื้นฐานจากงานวิจัยด้านการฝึกการยั้งคิดในต่างประเทศ ผลการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Verbruggen and Logan²⁶, Cragg and Nation²⁷ และ Jones et al.²⁸ ที่พบว่าการฝึกการยั้งคิดสามารถลดการตอบสนองอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าอาหาร และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบในงานวิจัยนี้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากงานวิจัยต่างประเทศ โดยเน้นการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนไทย ใช้กิจกรรมกลุ่ม การสะท้อนคิด และการฝึกซ้ำในชีวิตประจำวัน มากกว่าการพึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยทำงานและผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

บทบาทของกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม การทดลองใช้ และการสะท้อนผล ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงและได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ แก้วคำ²⁹ และ ณัฐวดี รัตน์วงศ์³⁰ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและครอบครัวช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมการยั้งคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิต

สูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และระดับความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอาหารซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อการยังคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การพัฒนารูปแบบที่มุ่งเสริมสร้างความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านอาหารสามารถยกระดับสมรรถนะการควบคุมตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม การเพิ่มขึ้นของคะแนนการยังคิดสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถชะลอการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร ลดการตอบสนองอัตโนมัติต่ออาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการไตร่ตรองผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นในสถานการณ์จริงของชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Veling et al.³¹ ที่รายงานว่าการศึกษา Go/No-Go มีประสิทธิผลในการลดแนวโน้มการเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าการฝึกแบบ Approach-Avoidance task เนื่องจากการฝึกดังกล่าวช่วยปรับรูปแบบการตอบสนองเชิงอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าด้านอาหารให้ลดลง ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนกลไกเดียวกัน คือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการตัดสินใจระดับต้นก่อนที่พฤติกรรมการกินจะเกิดขึ้นจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร สุวรรณชาติ³² ซึ่งพัฒนาโปรแกรมฝึก Food Go/No-Go สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าการฝึกการยังคิดอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ดีขึ้น

งานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษานี้ว่า การฝึก Go/No-Go ไม่ได้จำกัดผลลัพธ์อยู่เพียงในระดับห้องปฏิบัติการ แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพจริงและกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของสมรรถนะการยังคิดในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ผ่านกลไกเชิงจิตวิทยาที่เสนอโดย Houben et al.³³ ซึ่งอธิบายว่าการจับคู่อาหารกับการยับยั้งการตอบสนองซ้ำ ๆ ทำให้เกิดกระบวนการลดคุณค่าเชิงอารมณ์ของอาหาร ส่งผลให้ความน่าดึงดูดและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารลดลง เมื่อคุณค่าเชิงอารมณ์ของอาหารลดลง ความอยากอาหารและแนวโน้มการตอบสนองเชิงอัตโนมัติจึงลดลงตามไปด้วย กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้เข้าร่วมสามารถควบคุมแรงกระตุ้นในการกินและหยุดคิดก่อนตัดสินใจได้ดีขึ้นรวมถึงการศึกษาของ McGreen et al.³⁴ ที่ชี้ว่าความสามารถในการยังคิดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยบุคคลที่มีระดับการยังคิดสูงจะมีแนวโน้มเลือกอาหารอย่างรอบคอบมากกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าการพัฒนาการยังคิดเป็นกลไกต้นน้ำที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารในระยะยาว ในมิติของความต่อเนื่องในการฝึกและการนำไปใช้จริง ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aulbach et al.³⁵ ที่พบว่าระดับการมีส่วนร่วมกับการฝึก Go/No-Go ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับการลดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องรวมถึงการออกแบบรูปแบบที่เอื้อต่อการฝึกซ้ำในชีวิตประจำวัน และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ ช่วยเสริมให้การพัฒนาการยังคิดเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tzavella et al.³⁶ ซึ่งรายงานว่าการศึกษา Go/No-Go สามารถลดแนวโน้มการกระทำ ความชอบ และการเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสมได้พร้อมกัน แสดงให้เห็นว่าการยับยั้งการตอบสนองต่ออาหารส่งผลครอบคลุมทั้งระดับการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่า การ

เพิ่มขึ้นของคะแนนการยังคิดเป็นจุดตั้งต้นของการเปลี่ยนแปลงเชิงบูรณาการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา คำแสน³⁷ ซึ่งรายงานว่าการส่งเสริมการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของอาหารรสเค็มต่อสุขภาพสามารถช่วยลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ในทำนองเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล แสงทอง และคณะ³⁸ และสุภาวดี ศรีสุข และคณะ³⁹ ที่รายงานว่าการส่งเสริมการบริโภคอาหาร สามารถช่วยปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยปัจจุบันได้ต่อยอดจากแนวคิดดังกล่าว โดยมิได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้หรือแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แต่เสริมสร้างทักษะการยังคิดและการวางแผนมื้ออาหารอย่างมีสติ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์คำ และคณะ⁴⁰ ที่พบว่าโปรแกรมโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถเพิ่มพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าการเสริมสร้างทักษะการยังคิดและการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ความรู้ด้านโภชนาการถูกนำไปใช้จริง และช่วยลดการกินตามความเคยชินในชีวิตประจำวัน

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ภายหลังจากใช้รูปแบบพฤติกรรมกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต

สำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารผ่านกลไกการยังคิดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสถานะทางโภชนาการได้จริง ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมิได้ส่งผลกระทบเฉพาะในระดับพฤติกรรมกรรมการกินเท่านั้น หากแต่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ผลลัพธ์ทางกายภาพที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ผลการลดลงของค่า BMI ในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้จากกลไกของการเสริมสร้างความสามารถในการยังคิด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณอาหาร ลดการบริโภคอาหารพลังงานสูง อาหารไขมัน และอาหารเค็ม รวมถึงการวางแผนมื้ออาหารอย่างมีสติ เมื่อพฤติกรรมกรรมการกินเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สมดุลพลังงานของร่างกายจึงปรับตัวในทิศทางที่เอื้อต่อการลดน้ำหนัก ส่งผลให้ค่า BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางคลินิกที่ระบุว่า การลดน้ำหนักแม้เพียงเล็กน้อยสามารถช่วยลดความเสี่ยงทางเมตาบอลิซึมและปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al.⁴¹ ที่รายงานว่าการจัดการด้านอาหาร สามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงค่าดัชนีมวลกายในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะก่อนเป็นโรคและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษานี้ว่า การจัดการพฤติกรรมด้านอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของการลดน้ำหนัก แม้ในบริบทที่การออกกำลังกายอาจมีข้อจำกัด การเสริมสร้างทักษะการยังคิดก็สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการควบคุมปริมาณการบริโภคพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำพุล ศรีสังข์รัตน์, วาโรณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข⁴² ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงสถานะทาง

โภชนาการของกลุ่มเป้าหมายที่นำไปสู่การลดค่า BMI ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ใช้การฝึกการยั้งคิดเป็นกลไกหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Xue et al.⁴³ ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมที่แสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงด้านโภชนาการแบบเฉพาะบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดน้ำหนักและค่า BMI ได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับบริบทและความสามารถของแต่ละบุคคลเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบในงานวิจัยนี้ที่ปรับกิจกรรมการฝึกการยั้งคิดให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชนของผู้ป่วยในอำเภอเมืองชลบุรีในระยะยาว ผลการลดลงของค่า BMI ที่พบในงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Semlitsch et al.⁴⁴ ที่รายงานว่า การควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถให้ผลลัพธ์ด้านน้ำหนักและดัชนีมวลกายที่คงอยู่ได้ในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานของรูปแบบในครั้งนี้ที่อาศัยความร่วมมือร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม เสริมแรง และสนับสนุนการคงอยู่ของพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งยืนยันว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านกลไกการยั้งคิด (inhibitory control) มิได้ส่งผลเฉพาะในระดับพฤติกรรมเท่านั้น แต่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์ดังกล่าว

สอดคล้องกับแนวคิดเชิงพยาธิสรีรวิทยาที่ระบุว่า การลดการบริโภคโซเดียมและไขมันอิ่มตัวช่วยลดความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด และนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lou et al.⁴⁵ และ Youngiam and Therawiwat⁴⁶ ที่พบว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการควบคู่กับการพัฒนาความสามารถในการยั้งคิดในการบริโภคอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการผ่านโปรแกรมที่มีการติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบที่ใช้ในงานวิจัยนี้ที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ ทั้งในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วยในการติดตาม สนับสนุน และเสริมแรงเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินในชีวิตประจำวันและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ศรีสุข และคณะ³⁹ ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการบริโภคอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการจัดการด้านอาหารเป็นกลยุทธ์หลักที่มีประสิทธิผลในการควบคุมโรค โดยไม่เพียงมุ่งเน้นการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ แต่ยังเสริมสร้างทักษะการยั้งคิดและการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถยึดมั่นต่อแนวทางการกินที่เหมาะสมได้จริงและต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐพล แสงทอง และคณะ³⁸ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบอาหารอย่างเป็นระบบเป็นกลไกสำคัญในการลดระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มเติมมิติด้านกลไกการยั้งคิดเข้าไปในกระบวนการดังกล่าว ทำให้รูปแบบไม่เพียงเปลี่ยน “สิ่งที่กิน” แต่ยังเปลี่ยน “วิธีคิดก่อนกิน”

ส่งผลให้การลดโซเดียมและไขมันอิ่มตัวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพมากขึ้น ซึ่งสะท้อนในค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มตัวอย่าง

บทบาทของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพต่อประสิทธิผลของรูปแบบ ประสิทธิภาพของรูปแบบในงานวิจัยนี้ได้เกิดจากการพัฒนาทักษะรายบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้ป่วย การมีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยเสริมแรงการเรียนรู้ การติดตามพฤติกรรม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารในชีวิตจริงผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และงานวิจัยที่รายงานว่า การขับเคลื่อนโปรแกรมสุขภาพผ่านเครือข่ายระดับอำเภอสามารถเพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ อรพรรณ แก้วคำ²⁹ และณัฐวดี รัตนวงศ์³⁰ ที่เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการยังคิดความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนส่งผลต่อการลดค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญผู้วิจัยจึงเสนอข้อเสนอแนะใน 3 ระดับ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรกำหนดให้การพัฒนาทักษะการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเป็นองค์ประกอบเชิงนโยบายของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ควรยกระดับบทบาทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอให้เป็นกลไกเชิงนโยบายในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านอาหาร
- 3) ควรผลักดันนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมอาหาร (Food Environment Policy) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 1) ควรบูรณาการรูปแบบพฤติกรรมการยังคิดด้านการบริโภคอาหารเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิก NCD อย่างเป็นระบบ
- 2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครให้มีบทบาทเป็น ผู้อำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 3) ควรเสริมสร้างบทบาทครอบครัวและชุมชนให้เป็นกลไกสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

- 1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาวในระดับระบบบริการสุขภาพ
- 2) ควรขยายการศึกษาสู่บริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุหรือแรงงานอุตสาหกรรมจะช่วยยืนยันความสามารถในการปรับใช้และความยืดหยุ่นของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน
- 3) ควรพัฒนางานวิจัยเชิงกลไกเพื่ออธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในมิติ Executive Function ตัวชี้วัดทางจิตพฤติกรรม หรือ biomarker ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Hypertension. Geneva: WHO.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC).(2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies. Lancet. 2021;398(10304):957-80.

3. ศุภวัธย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณโณ.(2562). สถานการณ์ความดันโลหิตสูงของประชากรไทย. วารสารสาธารณสุข. 2562;49(3):345-58.
4. ชนกันท์ แสนสุนนท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์.(2564). ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):78-90.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ; 2562.
6. Van Oort S, Beulens JWJ, van Ballegooijen AJ, Grobbee DE, Larsson SC.(2020). Cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors in hypertension. *Hypertension*. 2020;76(6):1683-91.
7. Rubenstein AH, et al.(2013). Central regulation of appetite and energy balance. *Endocr Rev*. 2013;34(4):573-602.
8. Sharifi F, Yamini M, Esmailzadeh A, Mousavinasab N, Shajari A. Leptin resistance and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2013;27(6):370-5.
9. Diamond A.(2021). Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2021;72:135-68.10. Gabrys RL, Tabri N, Anisman H, Matheson K. Cognitive control and health behavior. *Health Psychol Rev*. 2018;12(3):283-99.
11. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
12. นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, ชัญญูชิตา ทูลศิริ.(2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมความดันโลหิต. วารสารพยาบาล. 2560;66(1):45-58.
13. Wilson R, et al.(2020). Behavior change interventions for hypertension control. *Prev Med*. 2020;132:105998.
14. Ladecola C, et al.(2016). Hypertension and cognitive impairment. *Hypertension*. 2016;68(6):e67-94.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2567. ชลบุรี.
16. Cronbach LJ.(1972). *Essentials of psychological testing*. 3rd ed. New York: Harper & Row.
17. Borg WR, Gall MD.(1989). *Educational research: An introduction*. 5th ed. New York: Longman.
18. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;140:1-55.
19. Best JW.(1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall Inc..
20. Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
21. Barkley RA.(1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65-94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65.
22. นฤมล ดิถีปล้ำ, จิตติอาภา ตั้งคำวานิช.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2566;9(2):162-179.
23. ชนนพร แสงเดือน, มณฑา เก่งการพานิช, ศรีธัญญา เบญจกุล.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;41(1):55-70.
24. พิธิพัฒน์ เตชะกันทา, เตชา ทำดี, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี.(2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2567;11(3):e268776.
25. อังคณา แก้วมณี.(2008). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
26. Verbruggen F, Logan GD.(2008). Response inhibition in the stop-signal paradigm. *Trends Cogn Sci*. 2008;12(11):418-424. doi:10.1016/j.tics.2008.07.005.

27. Cragg L, Nation K.(2008). Go or no-go? Developmental improvements in the efficiency of response inhibition in mid-childhood. *Dev Sci.* 2008;11(6):819–827. doi:10.1111/j.1467-7687.2008.00730.x.
28. Jones A, Dymond S, Holroyd C.(2016). Inhibitory control training for appetitive behaviour change: A meta-analytic investigation of mechanisms of action and moderators of effectiveness. *Behav Res Ther.* 2016;83:31–42. doi:10.1016/j.brat.2016.07.004.
29. อรวรรณ แก้วคำ.(2567). ผลของแอปพลิเคชันส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมความดันโลหิต. *วารสารสุขศึกษา.* 2567;45(1):66–80.
- 30. ณัฐวดี รัตนวงศ์.(2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2567;40(3):112–125.
31. Veling H, Verpaalen IAM, Liu H, Mosannenzadeh F, Becker D, Holland RW.(2021). How can food choice best be trained? Approach-avoidance versus go/no-go training. *Appetite.* 2021;163:105226. doi:10.1016/j.appet.2021.105226.
32. จำเนียร สุวรรณชาติ, ยุทธนา จันทะชิน, กนก พานทอง.(2565). ผลของการฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2565;40(2):45–58.
33. Houben K.(2023). Inhibitory control and eating behaviour: Theory and applications. *Curr Opin Behav Sci.* 2023;49:101256. doi:10.1016/j.cobeha.2023.101256.
34. McGreen A, et al.(2023). Digital inhibitory control training and dietary behaviour. *Appetite.* 2023;180:106314.
35. Aulbach MB, Veling H, และคณะ.(2021). App-based food Go/No-Go training: User engagement and dietary intake in an opportunistic observational study. *Appetite.* 2021;165:105315.
36. Tzavella L, Lawrence NS, และคณะ.(2021). Effects of go/no-go training on food-related action tendencies, liking and choice. *R Soc Open Sci.* 2021;8:201953.
37. อารยา คำแสน.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขศึกษา.* 2568;46(2):101–115.
38. ณัฐพล แสงทอง, และคณะ.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลชุมชน.* 2568;24(1):25–39.
39. สุภาวดี ศรีสุข, และคณะ. ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2564;39(2):45–58.
40. พิมพ์ชนก วงศ์คำ, และคณะ.(2565). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.* 2565;16(1):77–90.
41. Lim CY, และคณะ.(2025). Dietary management and aerobic exercise counselling on blood pressure control in subjects with prehypertension and drug-naïve stage 1 hypertension: A randomized clinical trial. *Sci Rep.* 2025;15:xxxxxx.
42. ลำพุล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข.(2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.* 2566;30(3):181–193.
43. Xue Q, Zhang XW, Wang Q, และคณะ.(2023). The effects of personalized dietary intervention on hypertensive patients: A randomized controlled trial in Jieshou. *Am J Hypertens.* 2023;36(7):415. doi:10.1093/ajh/hpad023.
44. Semlitsch T, Jeitler K, Berghold A, และคณะ.(2021). Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2021(6):CD008274.



45. Lou SP, Han D, Kuczmarski MF, Evans MK, Zonderman AB, Crews DC. Health literacy, numeracy, and dietary approaches to stop hypertension accordance among hypertensive adults. *Health Educ Behav.* 2023;50(1):49–57.
46. Youngiam, W., & Therawiwat, M. (2024). Enhancing Health Literacy Through “I Watch Sodium” Application among Prehypertension University Staff: A Quasi-experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(1), 164-180.