ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

Effects of a Perceived Self-Efficacy Development Program on Dietary Consumption Behaviors for Hypertensive Prevention Among Village Health Volunteers at Si Chomphu District, Khon Kaen Province.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

บุษราภรณ์ ศรีสงค์[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]
Bussarapron Srisong[1] Warinee Iemsawasdikul[2] and Chuenjit Potisubsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป มีความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท เลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งามด้วยการสุ่มอย่างง่าย เลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง โดยการจับคู่ให้มีเพศเดียวกันและอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 2) แอปพลิเคชันไลน์ 3) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ 4) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 5) เครื่องวัดความเค็ม 6) เครื่องวัดความดันโลหิต 7) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 8) สายวัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง

คำสำคัญ: โปรแกรม การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมบริโภคอาหาร ความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare self-efficacy in dietary consumption, outcome expectations of dietary consumption, hypertensive prevention dietary consumption behaviors, and health status; included blood pressure, body weight, and waist circumference of the experimental group before and after the experiment, and between the experimental group and the comparison group after experiment. The sample consisted of hypertension risk village health volunteers, aged 35 yrs. and older, who had blood pressure 120/80-139/89 mm.Hg. The experimental group were selected from Ban Khok Mai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital who had characteristics within the inclusion criteria by simple random sampling, and comparison group were selected from Nong Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital with similar sex and age, 31 persons in each group. The data collection tools were 1) a questionnaire 2) the LINE application, 3) a health status record form, 4) a dietary consumption record form

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: warineei@yahoo.com

5) a Saltmeter. 6) a Sphygmomanometer; 7) a weighing scale; and 8) a tape. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxson signed ranks test, Mann-Whitney U test and ANCOVA test.

The results found as follows: after the experiment, the scores of perceived self-efficacy and outcome expectations of dietary consumption, and hypertensive prevention dietary behaviors of the experimental group were significantly higher than before the experiment and the comparison group, blood pressure were significantly lower than before the experiment and the comparison group, and body weight was significantly lower than before the experiment ($p < .05$).

Keywords: Program, Perceived self-efficacy, Dietary consumption behavior, Hypertension, Village health volunteers, Risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนประมาณหนึ่งพันล้านคน เสียชีวิตปีละ 9.40 ล้านคน คาดการณ์ว่าอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนภายใน พ.ศ. 2568 โดยสองในสามอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] ในประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในพ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.40 ในพ.ศ. 2562-2563 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2564) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 12,067.70 เป็น 14,618.00 ต่อแสนประชากร ส่งผลให้ประเทศสูญเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ 79,263 ล้านบาทต่อปี[2,3] สถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่นและอำเภอสีชมพูมีลักษณะเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศ โดยเฉพาะตำบลศรีสุข อำเภอสีชมพู มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 16,387.30 เป็น 16,916.96 ต่อแสนประชากร ระหว่าง พ.ศ. 2565-2567 และมีกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 4,844.29, เป็น 7,490.37 ต่อแสนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน[4] การตรวจสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอสีชมพูจำนวน 1,545 คน พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน 542 คน คิดเป็นร้อยละ 35.08[5] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดกลุ่มเสี่ยงให้น้อยลง โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลศรีสุข จำนวน 10 คน พบพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ รับประทานอาหารมัน ร้อยละ 90 เติมเครื่องปรุงขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 90 รับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 80 ดื่มชา/กาแฟ ร้อยละ 80 รับประทานอาหารหวาน ร้อยละ 60 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 60 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 40[6] การบริโภคอาหารมันส่งผลให้ไขมันในเลือดสูงเลือดหนืดขึ้น หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น[8,9] ทำให้ความดันโลหิตสูง[9] การเติมเครื่องปรุงและรับประทานอาหารเค็มทำให้ได้รับโซเดียมสูง กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแนทรียูเรติก และกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น[(7,8)] การดื่มกาแฟ 3 แก้ว เพิ่มระดับความดันโลหิต 3-4 มิลลิเมตรปรอท ชาทำให้ระดับความดันโลหิตสูงกว่าการดื่มกาแฟ[7] การรับประทานอาหารหวานทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น น้ำตาลส่วนเกินถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจนนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการออกซิเดชั่นของไขมันและกระตุ้นต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนที่เพิ่มความดันโลหิต[7,8,9] การสูบบุหรี่ทำลายผนังหลอดเลือดและกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว[10] ความดันโลหิตสูงขึ้น การ

บริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจึงช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

การพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self–Efficacy theory) ของแบนดูรา เนื่องจากการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูงต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นตัวทำนายการคงอยู่หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นจะมีความคิดริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการศึกษาของปิยธิดา ขวัญลอย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[6]

โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ประการ[11] ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตผ่านการเรียนรู้เชิงรุก การให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต (4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง แล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและให้คำแนะนำประชาชนและกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นตัวแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวและประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อชุมชน จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตได้ในระยะยาวและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

2. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two-group pretest-posttest design) สถานที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2568 ถึง เดือน ตุลาคม 2568 ทั้งหมด 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 542 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อไม่ให้มีผลต่ออำนาจการทดสอบ[14] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน คัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม ด้วยการสุ่มอย่างง่าย หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง โดยจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี กลุ่มละ 31 คน

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ (1) โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างโดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป ผู้สอนเป็นผู้แนะนำ กระตุ้น หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดขั้นสูง ผู้เรียนมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่าจากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้ และการให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดย

ให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง นำเสนอในกลุ่มไลน์ ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยใช้ข้อความเป็นคำพูดและสติกเกอร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ (2) แอปพลิเคชันไลน์ (3) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ (4) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และ (5) เครื่องวัดความเค็ม

2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามด้านบวกแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ 5-1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวก จำนวน 18 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย พฤติกรรมทางบวกให้คะแนน 5-1 คะแนน พฤติกรรมทางลบคะแนน 1-5 คะแนน และแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สูงมาก 3.50-4.49 หมายถึง สูง 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด (2) เครื่องวัดความดันโลหิต (3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ (4) สายวัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 เท่ากัน[15] คือ 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .92, .93 และ .79 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วิทยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้เชิญชวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างง่ายและเลือกกลุ่มเปรียบเทียบให้คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต บันทึกในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ และให้ตอบแบบสอบถาม

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ

ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 ประการ 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป ผู้สอนเป็นผู้แนะนำ กระตุ้น หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดขั้นสูง ผู้เรียนมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่าจากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้และการให้ความรู้/คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และตัวแบบด้านบวกมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย ทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยการกระตุ้นทางอารมณ์ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง นำเสนอในกลุ่มไลน์ ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยใช้ข้อความเป็นคำพูดและสติกเกอร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 2-7 จัดกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง (2) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ และนัดหมายเก็บข้อมูลหลังทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8

3. ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลหลังทดลอง อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร สรุปผลการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 30 นาที กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต บันทึกในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ และแจกแบบสอบถามให้ตอบ ใช้เวลา 30 นาที ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร กล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบข้อสมมุติเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติ ดังนี้ สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์และสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และสถิติทดสอบแอนโควาสำหรับตัวแปรที่มีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 13/2568 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ยกเว้นระดับการศึกษา ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.71 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 74.20 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.42 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 29.03 อายุเฉลี่ย 49.51 ปี (S.D. = 7.07) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.07 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.39 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 41.95 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 58.06 มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประหมู่บ้าน ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 38.71 เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.10 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.84 ไม่เคยสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 80.65 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ร้อยละ 45.16 ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 2-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 32.26 มีส่วนสูง 151-160 ซม. ร้อยละ 61.29 มีดัชนีมวลกายก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปกติและระดับน้ำหนักเกินเท่ากัน ร้อยละ 29.03 ดัชนีมวลกายหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 38.71 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 25.99 กก./ตร.ม. (S.D.=5.43) และ 24.93 กก./ตร.ม. (S.D. = 5.79) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.42 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 35.48 อายุเฉลี่ย 49.90 ปี (S.D. = 6.37) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.51 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.07 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 48.39 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.16 มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประหมู่บ้าน ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 35.49 เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.78 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.84 ไม่เคยสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 83.88 ดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 35.49 ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 2-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 74.20 มีส่วนสูง 151-160 ซม. ร้อยละ 64.51 มีดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 41.95 และอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 41.95 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 26.11 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.85) และ 25.96 กก./ตร.ม. (S.D. = 3.78) ตามลำดับ

2. ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันความดันโลหิตสูง

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูงเท่ากัน มีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้ำหนัก และเส้นรอบเอว

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปกติ มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.06 กิโลกรัม มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.93 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับปกติและเหมาะสม มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่มีน้ำหนักเฉลี่ย 66.35 กิโลกรัม และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.58 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการชักจูงด้วยคำพูด ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเรียนรู้เชิงรุก แบบแลกเปลี่ยนความคิด แบบร่วมมือ แบบทบทวนโดยผู้เรียน แบบเกม แบบกรณีศึกษา และแบบเขียนบันทึก ร่วมกับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์กับสิ่งที่ทำลงไป 2) ประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการใช้ตัวแบบสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้ตัวแบบด้านบวกซึ่งเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้จนประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกัน และให้กลุ่มทดลองทบทวนความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดผ่านการสังเกต ดู ซักถาม อภิปรายผล และสรุปผลการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่เรียนได้ดี เกิดทักษะและการเรียนรู้ ลดความเบื่อหน่าย และสร้างความตื่นตัว เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ความสามารถตนเองในการแสดงพฤติกรรม 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจนประสบความสำเร็จภายใต้การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้วิจัย และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการสร้างเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดความดันโลหิต เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมอาหารด้วยตัวเอง เนื่องจากการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้ฝึกได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้เป็นรูปธรรม เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดี และ 4) สภาวะของร่างกายและอารมณ์ โดยจัดให้มีการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง นำเสนอในไลน์กลุ่ม ให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชมผู้ประสบ

ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กล่าวชื่นชมผู้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, และวราภรณ์ บุญเชียง[16] ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากร, สุรินธร กลัมพากร, และทัศนีย์ รวิวรกุล[17] ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[12] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของกิรณานันท์ สนธิธรรม และสมเสาวนุช จมูศรี[18] พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยแนวคิดของ Bandura ระบุว่าการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นปัจจัยกำหนดการตัดสินใจและความคงอยู่ของพฤติกรรม หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและเชื่อว่าการปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ย่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค[11] ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์สูงขึ้น จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลำพูล ศรีสังข์รัตน์ และคณะ และปิยธิดา ขวัญลอย ที่รายงานผลในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญ .05[12,13]

3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสม มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.73 กิโลกรัม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.06 กิโลกรัม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 66.35 กิโลกรัม มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.65 เซนติเมตร ไม่แตกต่าง

จากก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.93 เซนติเมตร และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.59 เซนติเมตร เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูงและสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ งดรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหาร/ขนมที่มีผงฟู อาหารเค็มหรือโซเดียมสูง เติมเครื่องปรุง โซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำทำให้เพิ่มปริมาณเลือดเกิดแรงดันต่อผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การลดบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียมสูงจึงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 3.5 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 2.1 มิลลิเมตรปรอท[19] รับประทานผักครบ 5 สี และมีโพแทสเซียมสูง ทำให้ได้รับวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียม และแมกนีเซียมช่วยควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกให้ลดลงได้ 3.84 และ 1.48 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ[20] รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลอาหารทอดและใช้น้ำมัน อาหารที่มีไขมันทรานส์น้อยลง การลดบริโภคอาหารที่มีไขมันทำให้ไขมันในเลือดไม่สูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง[21] พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีผลต่อน้ำหนักตัวอยู่ระดับสูงมาก ได้แก่ รับประทานข้าว/ธัญพืชไม่ขัดสี รับประทานน้ำตาลน้อยกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน หลีกเลี่ยงขนมหวาน ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ รับประทานถั่วและเมล็ดพืช อาหารประเภทถั่วหรือผลิตภัณฑ์จากถั่ว ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือนมพร่องมันเนย รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอล อาหารทอดและใช้น้ำมัน อาหารที่มีไขมันทรานส์น้อยลง ส่งผลให้น้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเส้นรอบเอวไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมิได้เน้นพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยทั่วไปการลดขนาดของเส้นรอบเอวให้ได้ผลต้องมีการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดและออกกำลังกายอย่างหนัก[22,23] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[12] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาของจริยา กฤติยาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย[24] พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้พัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครในอำเภอใกล้เคียง โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน

2. ควรบรรจุโปรแกรมไว้ในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สามารถใช้เป็นกิจกรรมอบรมประจำปี ช่วยให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจเรื่องอาหารลดโซเดียม ไขมันอิ่มตัว และเทคนิคสื่อสารกับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะยาว โดยติดตามผล 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขยังคงอยู่หรือไม่ และส่งผลต่อระดับความดันโลหิตจริงหรือไม่

2. ศึกษาการเพิ่มองค์ประกอบเชิงการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทดลองให้ผู้นำชุมชน ร้านอาหาร ผู้สูงอายุ เข้าร่วมออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมอาหารลดเค็มอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Global status report on noncommunicable diseases. Retrieved Apirl 25, 2022, from https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี: อิโมชั่นอาร์ต.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2564. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2568). สรุปผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด: ขอนแก่น.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู. (2567). รายงานระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชนอำเภอสีชมพู ประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ: สีชมพู.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม. (2567). รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม ประจำปี 2566. กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด: ขอนแก่น.
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 11). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
9. พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2557). โรคความดันโลหิตสูง.ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. (หน้า 25-47). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
10. Dimitriadis et al. (2022). Acute Effects of Electronic and Tobacco Cigarette Smoking on Sympathetic Nerve Activity and Blood Pressure in Humans. Retrieved Apirl 10, 2023, from https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3237.
11. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*: *The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
12. ลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 30(3), 181-193.
13. ปิยธิดา ขวัญลอย. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสระประดู่ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 70). กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพรส (1989).
15. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 105-111.

16. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, และวราภรณ์ บุญเชียง. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสาร Thai Journal of Public Health, 51(1), 33-42.

17. จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินธร กลัมพากร, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล, 68(1), 39-48.

18. กิรณานันท์ สนธิธรรม และสมเสาวนุช จมูศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2), 102-110.

19. ณัฐพล เลาหเจริญยศ. อาหารและโพแทสเซียม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 29].
เข้าถึงได้จาก: https://sriphat.med.cmu.ac.th

20. Juraschek, S. P., Guallar, E., Appel, L. J., & Miller III, E. R. (2012). Effects of vitamin C supplementation on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of clinical nutrition*, *95*(5), 1079-1088. doi: 10.3945/ajcn.111.027995. Retrieved Apirl 18, 2022, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22492364.

21. ปณิตา ลิมปะวัฒนะ บ.ก. (2559). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

22. Eglseer, D., Traxler, M., Embacher, S., Reiter, L., Schoufour, J. D., Weijs, P. J., ... & Bauer, S. (2023). Nutrition and exercise interventions to improve body composition for persons with overweight or obesity near retirement age: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Advances in Nutrition, 14(3), 516-538. doi:10.1016/j.advnut.2023.04.001 Retrieved Apirl 11, 2024, from https://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S2161831323002867?via%3Dihub.

23. Jayedi, A., Soltani, S., Emadi, A., Zargar, M. S., & Najafi, A. (2024). Aerobic exercise and weight loss in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. JAMA Network Open, 7(12), e2452185-e2452185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.52185. Retrieved Apirl 18, 2025, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39724371/.

24. จริยา กฤติยาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2) 373-382.