



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย
โรคความโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**Effects of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Dietary
Behavior and Blood Pressure Among Patients With
Uncontrolled Hypertension**

อารีรัตน์ คนสวน

Areerat Konsuan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ผู้เขียน	นางสาวอารีรัตน์ คนสวน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.วันดี คหะวงศ์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ดร. วันดี คหะวงศ์)
..... (รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ)
กรรมการ (ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร.วันดี คหะวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวอารีรัตน์ คนสวน)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวอารีรัตน์ คนสวน)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ผู้เขียน	นางสาวอารีรัตน์ คนสวน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ และระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2) สื่อวีดิทัศน์ 3) ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง 4) คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 5) คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร 6) แบบบันทึกการควบคุมอาหารใน 24 ชั่วโมง 7) แบบบันทึกการสนับสนุนจากครอบครัว และ 8) เครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติและหูฟัง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารก่อนเข้าโปรแกรมและสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสถิติทีคู่และทีอิสระ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังได้รับโปรแกรม ($M = 150.47$, $SD = 6.73$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 145.33$, $SD = 7.98$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 149.23$, $SD = 9.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม ($M = 138.83$, $SD = 10.21$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 155.36$, $SD = 6.95$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 153.73$, $SD = 8.61$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม ($M = 81.86$, $SD = 6.53$) ต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรม (M = 93.53, SD = 3.55) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M = 94.00, SD = 5.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ดีขึ้นและทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

Thesis Title	Effects of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Dietary Behavior and Blood Pressure Among Patients With Uncontrolled Hypertension
Author	Miss Areerat Konsuan
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

The quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-efficacy and social support enhancement program on dietary behaviors and blood pressure among patients with uncontrolled hypertension. Sixty participants with uncontrolled hypertension who attended the hypertension clinic at a primary care unit were purposively selected and equally assigned into two groups, a control group and an experimental group. The control group received usual care whereas the experimental group received the self-efficacy and social support enhancement program. The instruments used for implementing the program included: 1) teaching plan, 2) a video of a patient who had self-efficacy and was successful in controlling blood pressure by practicing the appropriate dietary behavior, 3) food model and household equipment, 4) booklet for promoting self-efficacy, 5) a manual of family support, 6) a 24-hour dietary recall form, 7) a family support record form, and 8) a set of auto sphygmomanometer and stethoscope. The Dietary Control Behavior for Hypertension Scale yielded a Cronbach's alpha coefficient of .75 was used to assess dietary behaviors before implementing the program and after the program completion. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and chi-square.

The results revealed that after participating in the program, the mean score of overall dietary behavior of the experimental group ($M = 150.47$, $SD = 6.37$) was significantly higher than that of the control group ($M = 149.23$, $SD = 9.57$, $p < .001$) and higher than the pre-test mean score of the experimental group ($M = 145.33$, $SD = 7.98$, $p < .001$). The mean score of systolic blood pressure of the experimental group after the program completion ($M = 138.83$, $SD = 10.21$) was significantly lower than that of the control group ($M = 153.73$, $SD = 8.61$, $p < .001$).

and lower than the pre-test mean score of the experimental group ($M = 155.36$, $SD = 6.95$, $p < .001$). The mean score of diastolic blood pressure of the experimental group after the program completion ($M = 81.86$, $SD = 6.53$) was statistically significant lower than that of the control group ($M = 94.00$, $SD = 5.81$, $p < .001$) and lower than at the pre-test mean score of the experimental group ($M = 93.53$, $SD = 3.55$, $p < .001$).

The results indicate that the program is effective in helping patients with uncontrolled hypertension to improve their dietary behaviors and control their blood pressure. Thus enhancing self-efficacy and family support should be further implemented to control health problems and reduce their complications.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคความดันโลหิตสูง.....	12
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง.....	12
สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	13
ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง.....	17
แนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง.....	18
ปัญหา อุปสรรค สาเหตุที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้.....	22
พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	25

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยทั่วไป.....	31
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	34
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	39
ความหมายและมิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	39
แหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	40
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	42
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	44
การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการควบคุมอาหาร.....	45
การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	46
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	46
องค์ประกอบและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	47
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	52
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	54
การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร.....	55
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อ พฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้.....	56
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	69
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	79
	ผลการวิจัย.....	79
	อภิปรายผลการวิจัย.....	94
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	106
	สรุปผลการวิจัย.....	106
	ข้อเสนอแนะ.....	108
	เอกสารอ้างอิง.....	110
	ภาคผนวก.....	119
	ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	120
	ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	121
	ค เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	131
	ง ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	162
	จ ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	165
	ฉ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	170
	ช หลักการวัดความดันโลหิต.....	184
	ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	186
	ประวัติผู้เขียน.....	187

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป.....	13
2. ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในระดับพลังงานต่างๆ.....	29
3. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (N = 60).....	81
4. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล หลักจำแนกตามข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (N = 60).....	86
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคมและภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N=30)	89
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารระหว่างกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ(N=30)	90
7. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมทางโดยใช้สถิติทีคู่ (N=30).....	91
8. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ สถิติทีคู่ (N = 30).....	92
9. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ก่อนการทดลองระหว่างที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 60).....	93
10 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลองระหว่างที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ สถิติทีอิสระ (N = 60).....	94

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2 แนวทางในการพิจารณาเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	21
3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	78

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก อุบัติการณ์และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก (Nguyen, Domingues, Nguyen, & Gullapalli, 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 63 (Nguyen, Domingues, Nguyen, & Gullapalli, 2010) ในประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานระบาดวิทยา พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 20.7 และพบอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปีพ.ศ. 2552-2554 เท่ากับ 3.62, 3.89 และ 5.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2554) สำหรับโรงพยาบาลอ่าวลึก พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในปีพ.ศ. 2553- 2554 คิดเป็นร้อยละ 46.03 และ 42.60 ของโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลอ่าวลึก, 2554) โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่ออัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดและโรคไต หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิต จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่สำคัญมักเกิดจากการไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหาร รับประทานอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง (Egan, Zhao, Axon, Brzezinski, & Ferdinand, 2011) มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมัน ของหมักดอง เติมน้ำปลาและผงชูรสในอาหาร (พัชรินทร์, 2546; วาสนา, 2547; อรุณลดา, 2550) ไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ขาดความรู้ มีภาวะอ้วน หยุดรับประทานยาเองเนื่องจากคิดว่าหายป่วยแล้ว มีปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการสุขภาพไม่เอื้ออำนวยและการเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ (Wang & Vasan, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ การไม่มารับบริการ เนื่องจากไม่มีประกันสุขภาพและไม่มีผู้ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง การไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ขาดข้อมูล ขาดแรงจูงใจ ขาดแรง

สนับสนุนทางสังคม (Ho, 2009) ขาดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา เนื่องจากค่ายาแพง ผลข้างเคียงจากยา และการรักษาซับซ้อน (Wang & Vasan, 2005) ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม จึงมีความสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูงในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997) เพราะบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ โดยมีการรับรู้ว่า อุปสรรคเป็นสิ่งที่ทำหาย ไม่ใช่ปัญหา จึงมุ่งแก้ปัญหาที่สาเหตุมากกว่าการปรับอารมณ์ ซึ่งเบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) และการคาดหวังต่อผลลัพธ์ (outcome expectancies) บุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเอง มีความสามารถจนประสบความสำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใดๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) ตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลให้บุคคลที่มีลักษณะคล้ายกัน เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมใดๆ ของตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการสนับสนุนจากการพูดเพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) การที่บุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ จะมีผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เช่นการศึกษาของทรัพย์ทรวง (2546) ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฮาส์ (House, 1981) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ได้แก่ การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) มีประโยชน์ในการช่วยให้บุคคลเข้าใจวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ 3) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (appraisal support) ช่วยให้ผู้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ได้แก่ การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีการเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และ 4) ด้านทรัพยากร (instrumental support) มีความจำเป็นต่อพฤติกรรมเฉพาะ เช่น การปรุงอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การจัดหาอาหาร การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ เวลา แรงงานและการบริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วยรวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน โดยมีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภรณ์, 2551) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (พรทิพย์, จิราพร, และประคอง, 2552)

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการร้อยละ 59.7 (วาสนา, 2547) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม และอิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49 (ทิพย์วดี, 2552) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรูปแบบการกระทำที่ชัดเจน โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายและมีสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุน จะมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น เช่น การศึกษาของชินกฤต (2552) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับ

ความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสายฝน (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิต พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่า การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมโดยรวมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้เจาะลึกในด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร อีกทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ยังมีน้อยมาก ประกอบกับในปัจจุบันโรงพยาบาลอ่าวลึก มีนโยบายมุ่งเน้นบริการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) กับหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ (2548) และอาหารควบคุมความดันโลหิตแบบแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) (The Seventh Report of the Joint National Committee [JNC 7], 2003) โดยเชื่อว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ดีขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

4. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

3. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่

4. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

4. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และแนวคิดอาหารควบคุมความดันโลหิต (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2006; JNC 7, 2003) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราในเรื่องการรับรู้ความสามารถของบุคคลและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว นำมาบูรณาการกับหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการของกองโภชนาการ (2548) และแนวคิดอาหารควบคุมความดันโลหิตแบบแดช (JNC 7, 2003) เพื่อ กำหนดพฤติกรรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แหล่งพื้นฐานจากการได้รับข้อมูลที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย โดยการนั่งสมาธิ ฟังดนตรี หลังจากนั้นซักประวัติ วัตถุประสงค์วัดสัญญาณชีพ

วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย และคู่มือที่สนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยมี ใบงาน “ชนะใจตน จนคุมอาหารได้” 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการ ส่งเสริมให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เคยประสบความสำเร็จให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นและฝึก ทักษะการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่ถูกต้องด้วยตนเอง โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง การบันทึก อาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง ให้ทำใบงาน “จัดเมนูอาหาร” ใบงาน “คุณรู้แค่ไหน” และ ใบงาน “ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย” 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นที่ ประสบความสำเร็จ โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวชัก จูง กล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยมีใบงาน “บอกกล่าว”

ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ มาสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด ใจไว้วางใจและผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้าน อารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็น ของผู้ป่วยขณะที่ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยมีใบงานให้บันทึก ได้แก่ ใบงานการ สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ใบงาน “ห่วงลึกๆจากใจ คนในครอบครัว” 2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำเกี่ยวกับการ ควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยให้สมาชิกในครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หันไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมอาหารของตนกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านทรัพยากร โดยให้ สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร การพาไปซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค การ รับประทานอาหารเหมือนผู้ป่วย การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ การให้เงินช่วยเหลือและให้ บัณฑิตที่จำเป็นสำหรับการควบคุมอาหาร ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้(ภาพ 1)

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

1. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองโดยการผ่อนคลายด้วยการนั่งสมาธิ ฟังดนตรี และประเมินอาการ ชักประวัติ วัดสัญญาณชีพ วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย คู่วิตีทัศน์ และแจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการเล่าประสบการณ์การควบคุมอาหารและปฏิบัติการฝึกทักษะการเลือกอาหารได้ถูกต้อง
3. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ การให้ผู้ป่วยเห็นตัวแบบที่มีประสบการณ์ในการควบคุมอาหารที่ประสบความสำเร็จ โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวีดิทัศน์
4. การชักจูงด้วยคำพูด การชักจูงให้ควบคุมอาหาร กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร

กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหาร

1. ด้านอารมณ์ สมาชิกครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ เข้าใจผู้ป่วย ให้ความไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย และแจกคู่มือการสนับสนุนจากครอบครัว
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร
3. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร
4. ด้านทรัพยากร สมาชิกครอบครัวช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร พาไปซื้ออาหาร หรือบริการปัจจัยต่างๆที่จำเป็นสำหรับการควบคุมอาหาร

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

- ชนิดของอาหารที่รับประทาน
- ปริมาณอาหารที่รับประทาน
- ระดับความดันโลหิต

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

นิยามศัพท์

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหาร หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสมในด้านชนิดและปริมาณอาหารโดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองตาม แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่ง และมีสาระอยู่ในคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่แจกให้กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักนั่งสมาธิร่วมกับฟังดนตรีผ่อนคลายและมีใบงาน “ จิตใจตน จนคุมอาหารได้ ” ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทำแบบสอบถาม เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและอารมณ์นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งใช้เวลา 10 นาที 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักฝึกทักษะ โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง ฝึกเลือกรายการอาหารและฝึกทักษะการเลือกชนิดอาหารและปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละ 1 มื้อ พร้อมสาธิตย้อนกลับ โดยมีใบงาน “ จัดเมนูอาหาร ” ใบงาน “ คุณรู้แค่ไหน ” และใบงาน “ ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย ” ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทำแบบฝึกหัดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ใช้เวลา 30 นาที 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักวิทัศน์ 2 เรื่องเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำเสนอถึงประสบการณ์การเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการ อาการแสดง การปฏิบัติตนและวิธีการรับประทานอาหารได้สำเร็จในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้สำเร็จ และมีใบงาน “ ชีวิตบ้านบุญมี ” ให้กลุ่มตัวอย่างไปอ่านประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหาร ใช้เวลา 30 นาที และ 4) การใช้คำพูดชักจูงเป็นการใช้คำพูดโน้มน้าวของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีใบงาน “ บอกกล่าว ” เป็นคำพูดที่ชี้แนะ ชักจูง ชื่นชม ให้กำลังใจ และปลอบใจให้ผู้ป่วยมั่นใจในความสามารถของตนในการควบคุมอาหาร ใช้เวลา 10 นาที ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมีเนื้อหาอยู่ในคู่มือการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัวและประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวจากแบบบันทึกการให้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีใบงาน “ หวังลึกๆ จากใจ คนในครอบครัว ”

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยครอบคลุมการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน 6 หมวด ได้แก่ โซเดียมต่ำ ไขมันอิ่มตัวต่ำ ไขมันอิ่มตัว โคเลสเตอรอลต่ำ น้ำตาลต่ำ และกากใยสูง ซึ่งพัฒนามาจากหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการของกองโภชนาการ (2548) และแนวคิดอาหารควบคุมความดันโลหิตแบบแดช (JNC 7, 2003) สังกะระห์เป็นพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับตามปกติจากพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การซักประวัติ การวัดความดันโลหิตสูง การตรวจร่างกาย รวมทั้งการดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเป็นผู้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ระหว่าง เดือน สิงหาคม 2556 ถึง เดือน ตุลาคม 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บุคลากรทางการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในด้านการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานและปริมาณอาหารที่เหมาะสม และนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่ละคนให้สามารถดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง

- 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.4 แนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
- 1.5 ปัญหา อุปสรรค สาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้

2. พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยทั่วไป
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- 3.1 ความหมายและมิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.2 แหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 3.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3.5 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการควบคุมอาหาร

4. การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

- 4.2 องค์ประกอบและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.3 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 4.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 4.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
- 5. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ความดันตัวบนหรือความดันซิสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันตัวล่างหรือไดแอสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ช้าและน้อยลง หัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ ส่งผลให้แรงดันโลหิตที่ปะทะผนังหลอดเลือดแดงมีความแรงมากขึ้น และถ้าหากผนังหลอดเลือดทนต่อแรงดันโลหิตไม่ได้ อาจทำให้เส้นเลือดในอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หรือหัวใจปริแตก ซึ่งอาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (uncontrolled hypertension) หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นเวลา 2-3 เดือนและให้เริ่มได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิตแล้ว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2555 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ประเภท	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ระดับที่ควรจะเป็น	น้อยกว่า 120 และ	น้อยกว่า 80
ระดับปกติ	120 - 129 และ/ หรือ	80 -84
ระดับปกติที่ค่อนข้างสูง	130-139 และ/ หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูง		
ขั้นที่ 1 ระดับเล็กน้อย	140 – 159 และ/ หรือ	90-99
ขั้นที่ 2 ระดับปานกลาง	160 - 179 และ/ หรือ	100 - 109
ขั้นที่ 3 ระดับรุนแรง	มากกว่าหรือเท่ากับ 180 และ/ หรือ	มากกว่าหรือเท่ากับ 110
ความดันโลหิตสูงเฉพาะความ ดันซิสโตลิก	มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/ หรือ	น้อยกว่า 90

หมายเหตุ. คัดแปลงจาก แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (หน้า 3), โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555, กรุงเทพฯ: อ้วนน้ำพริ้นติ้ง. สงวนลิขสิทธิ์ 2555 โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ตีพิมพ์ใหม่โดยได้รับอนุญาต.

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุได้ 2 ชนิด คือ 1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension or primary hypertension) โดยเชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ผู้ป่วย จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อเมื่อตรวจร่างกายและตรวจห้องปฏิบัติการแล้วไม่พบสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาหายขาดได้แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการปฏิบัติตัว โดยพบว่าประมาณร้อยละ 90- 95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ผ่องพรรณ, 2554) และ 2) ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ หรือความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุมาจากความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ไต ระบบต่อมไร้ท่อในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน โรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดจากการรับประทานยาคุมหรือยาประเภทสเตียรอยด์ ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยแก้ไขที่สาเหตุ (ผ่องพรรณ, 2554)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ สามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัยหลักๆ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ควบคุมไม่ได้

1.1 พันธุกรรม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 30 – 60 (จักรพันธ์, 2550) โดยพบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มจะมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

1.2 เพศ เพศชายมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (ทิพมาศ, 2545) ส่วนในเพศหญิงหลังวัยหมดประจำเดือนจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้ระดับเรนินในกระแสเลือดลดลง ส่งผลให้ระบบเรนินมีการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย (ชุมศักดิ์, 2547)

1.3 อายุ ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Wang & Vasan, 2005) ในวัยผู้ใหญ่ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจะสูงขึ้นช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยความดันโลหิตซิสโตลิกมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นกว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (เพ็ญจันทร์, 2551) ส่วนผู้สูงอายุจะมีการแข็งตัวของหลอดเลือด ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptor) ในหลอดเลือดทำงานลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด หน้าที่ของไตเสื่อมและประสิทธิภาพของฮอร์โมนเรนินลดลง ซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด โดยมีการเสียความยืดหยุ่น นอกจากนั้นความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงลดลง ในขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ลักษณะเช่นนี้ทำให้ช่วงของความดันโลหิต (pulse pressure) กว้างมากขึ้น จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความดันซิสโตลิกสูงและความดันไดแอสโตลิกต่ำหรือสูงว่าปกติเล็กน้อย (พีระ, 2549)

1.4 เชื้อชาติ ระดับความดันโลหิตจะต่างกันตามเชื้อชาติ โดยพบว่าคนอเมริกัน-แอฟริกันมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอเมริกันผิวขาว (Levine, 2004) โดยคนอเมริกัน-แอฟริกันเริ่มมีความดันโลหิตสูงในช่วงอายุน้อยกว่าและมีระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (JNC 7, 2003)

2. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ควบคุมได้

2.1 ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) หมายถึง ภาวะที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย

25.00 – 29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดเป็นภาวะอ้วนระดับ 1 และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดเป็นภาวะอ้วนระดับ 2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ส่วนเกณฑ์ดัชนีมวลกายของคนเอเชียที่ปกติอยู่ในช่วง 18.5 -22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต (JNC 7, 2003) โดยกลไกของการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วน มีความเกี่ยวข้องกับน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที นอกจากนี้พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของคนอ้วน จะมีภาวะการดื้ออินซูลิน (insulin resistance) นำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง (hyperinsulinemia) ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นให้มีการดูดกลับโซเดียมมากขึ้น ทำให้ปริมาณพลาสมาเพิ่มขึ้น (จักรพันธ์, 2550) ส่งผลให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (Kaplan, 2006) ภาวะอ้วนมักเกิดจากการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือการมีจำนวนพลังงานมากเกินไปการเผาผลาญพลังงานจากกิจกรรมประจำวัน (กอบกุล, 2546) ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (จักรพันธ์, 2550)

2. 2 อาหาร การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องส่วนอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (วิมลรัตน์, 2552) อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

2.2.1 อาหารที่มีโซเดียมสูง จะทำให้ระดับของโซเดียมในร่างกายสูงขึ้น เป็นผลให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะน้ำเกินหรือมีอาการบวมอย่างรุนแรงได้ และยังทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (ผ่องพรรณ, 2554) อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ จะพบได้ในอาหารที่ปรุงโดยใช้เกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารกระป๋อง น้ำปลา น้ำบูดู น้ำพริก ซอสชนิดต่างๆ อาหารหมักดอง เป็นต้น อาหารเหล่านี้ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งการควบคุมปริมาณโซเดียมไม่ให้เกิน 2.5 กรัมต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003)

2.2.2 อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง โคลเลสเตอรอลสูงและไตรกลีเซอไรด์สูง มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Carroll & Karen, 2001) เนื่องจากอาหารที่มีไขมันและโคลเลสเตอรอลจะทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งและตีบแคบลง ทำให้เลือดมีความหนืดมากและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากการที่หัวใจทำงานมากขึ้น (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งอาหารเหล่านี้ได้แก่อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน เนยเทียม นมเต็มส่วน หนังกุ้ง เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล รวมทั้งอาหารที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้แก่ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น อาหารที่มีรสหวานและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา

เบียร์ ไวน์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จักรพันธ์, 2550) โดยพบว่า การดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิต แม้ดื่มเพียงวันละ 1- 2 แก้ว ในระยะยาว จะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยมีผลต่อความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยพบว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003)

2.2.3 อาหารที่มีรสหวาน พบได้ในอาหารประเภทน้ำตาลแปรรูปต่างๆ เช่น น้ำผึ้ง น้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกกวาด ผลไม้รสหวานจัด ชา กาแฟ โอวัลติน ไมโล นมข้นหวาน เป็นต้น จะทำให้อาหารเหล่านี้มีน้ำตาลไปสะสมไว้บริเวณผิวหนังในรูปของไขมันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้อาหารมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (สมจิตต์และวาริ, 2549) อีกทั้งยังพบว่า การดื่มชา กาแฟและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และทำให้หลอดเลือดเอออดิกแข็งตัว (aortic stiffness) เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง มีผลการวิจัยเกี่ยวกับผลของการดื่มกาแฟ พบว่าผู้ที่ดื่มกาแฟจัดในปริมาณที่มากกว่า 3 ถ้วยต่อวัน (กาแฟ 1 ถ้วยมีคาเฟอีน 100 มิลลิกรัม) อาจมีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต โดยจะเพิ่มได้ถึง 5- 15 มิลลิเมตรปรอทภายใน 15 นาที และยังคงอยู่สูงนาน 2 ชั่วโมง (Kaplan, 2006)

2.2.4 อาหารที่มีแป้งมาก พบได้ในอาหารจำพวกข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน และขนมปัง เป็นต้น เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ทำให้อาหารเกิดภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลให้อาหารมีการเปลี่ยนแปลงสภาพอาหารเป็นไขมันเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน และส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการสะสมไขมันในร่างกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (สมจิตต์และวาริ, 2549)

2.3 การสูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะ ทำให้ความดันโลหิตสูง (ชุมศักดิ์, 2547)

2.4 ภาวะเครียด มีผลต่อไฮโปทาลามัสทำให้กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือดและทำให้หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง (Kaplan, 2006)

2.5 การขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้พลังงานที่สะสมไว้ในรูปของไขมันจากการรับประทานอาหาร ทำให้

ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงสุดลดลง แต่จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น (ศิริวัฒน์, 2551)

จะเห็นว่าสาเหตุของความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบที่มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม มัน หวาน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะเครียด ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ โดยไม่ได้รับการรักษา หรือทำการรักษาแล้วแต่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ภาวะใกล้เคียงกับปกติได้ จะทำให้มีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. สมอ ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นั้น พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองมีการตีบแคบและขาดความยืดหยุ่น เกิดหลอดเลือดแดงในสมองแตกหรืออุดตันได้ ทำให้สมองขาดเลือด และเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ สับสน ซึม ชัก หมดสติหรือเสียชีวิต (จักรพันธ์, 2550)

2. หัวใจ ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวต่อต้านต่อความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวมีความหนามากขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เมื่อมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นระยะเวลาานจะทำให้หัวใจขาดเลือดเกิดโรคหัวใจโคโรนารีและมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จักรพันธ์, 2550)

3. หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัวขึ้น มีการทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เกิดการอุดตันหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ สมอ และไต ขาดเลือดไปเลี้ยง (สมจิตและพรทิพย์, 2545)

4. ไต ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลง

และมีการทำลายของหน่วยไต ความสามารถของไตในการกำจัดของเสียลดลงเกิดของเสียคั่งในร่างกายนอกจากนี้การตั้งของเสียในร่างกายอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง และอาจเสียชีวิตได้ (จักรพันธ์, 2550)

5. ค่าความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอร์รับภาพของตา มีการเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงเรตินา จะมีการตีบแคบและมีการหดเกร็งเฉพาะที่ ซึ่งมีผลทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตาดำมืด การมองเห็นเสียไป และอาจทำให้ตาบอดได้ (สมจิตและพรทิพย์, 2545)

จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันโรคไม่ให้รุนแรงยิ่งขึ้น

แนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตประกอบด้วย 2 วิธี คือ 1) การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) การควบคุมโดยวิธีใช้ยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากการรับประทานอาหารมีผลต่อโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต หากมีการควบคุมอาหารที่ดีก็จะสามารถควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Ho, 2009) โดยทั่วไปการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การรู้จักเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน การปรุงอาหาร การจัดแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี

เกลือโซเดียมให้น้อยลงอยู่ในปริมาณ 1,600 -2,300 มิลลิกรัม/วัน หรือประมาณ 2 กรัม/ วัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา/วัน จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (วาสนา, 2549)

1.2 การลดการดื่มสุรา เนื่องจากการดื่มสุรามาก จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้ขาดความดันโลหิตทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นในวันหนึ่งผู้ชายควรดื่มสุราไม่เกิน 30 มิลลิลิตร หรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตรหรือไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตร และวีสกีที่ยังไม่ผสมไม่เกิน 90 มิลลิลิตร ในผู้หญิงหรือผู้ที่รูปร่างเล็ก ควรดื่มน้อยกว่าที่จำกัดในผู้ชายครึ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1.3 การเลิกสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งสารนิโคตินจะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ชุมศักดิ์, 2547)

1.4 การควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีดัชนีมวลกายมาก จะมีการสะสมไขมันบริเวณลำตัว ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 34 นิ้ว และผู้ชายมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 39 นิ้ว (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียอยู่ในช่วง 18.5 -23 (WHO, 2004) ซึ่งการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1.5 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เคลื่อนไหว เช่นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ (สมจิตและพรทิพย์, 2545) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการเพิ่มความสามารถของการทำงานของหัวใจ เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้น แต่ความดันโลหิตขณะคลายตัวเกือบไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งและอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท (Ho, 2009)

1.6 การจัดการความเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากความเครียดเป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ซึ่งร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (adrenaline) และคอร์ติซอล (cortisol) ฮอร์โมนดังกล่าวจะเพิ่มความดันเลือดในร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้นส่งผลให้

ความดันโลหิตสูงขึ้น การจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ (วาสนา, ศิริรัตน์, และดวงฤดี, 2548)

2. การควบคุมความดันโลหิตโดยใช้ยา การใช้ยาสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการรับประทานยา ควรเริ่มต้นเมื่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยยารักษาความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) คือ

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretic) เป็นยากลุ่มแรก que เลือกใช้เนื่องจากมีราคาถูก และประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ดี ได้แก่ ฟูโรซีไมด์ (furosemide) ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (hydrochlorothiazide) และ) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์ ทำให้ร่างกายขับโซเดียมคลอไรด์ออกทางไตและยังขับโปตัสเซียมและแมกนีเซียมออกทางปัสสาวะ หรือยาบางตัวมีฤทธิ์ยับยั้งการขับโปตัสเซียม ซึ่งระยะแรกของการใช้ยาทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ปริมาณเลือดและเกลือแร่ในร่างกายลดลงเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง มียูริกในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคเกาต์ และน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

2.2 ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ได้แก่ แอมโลดิพีน (amlodipine) นีเฟดิพีน (nifedipine) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยการยับยั้งแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง มีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ มึนงง หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง ท้องผูก ขาบวม

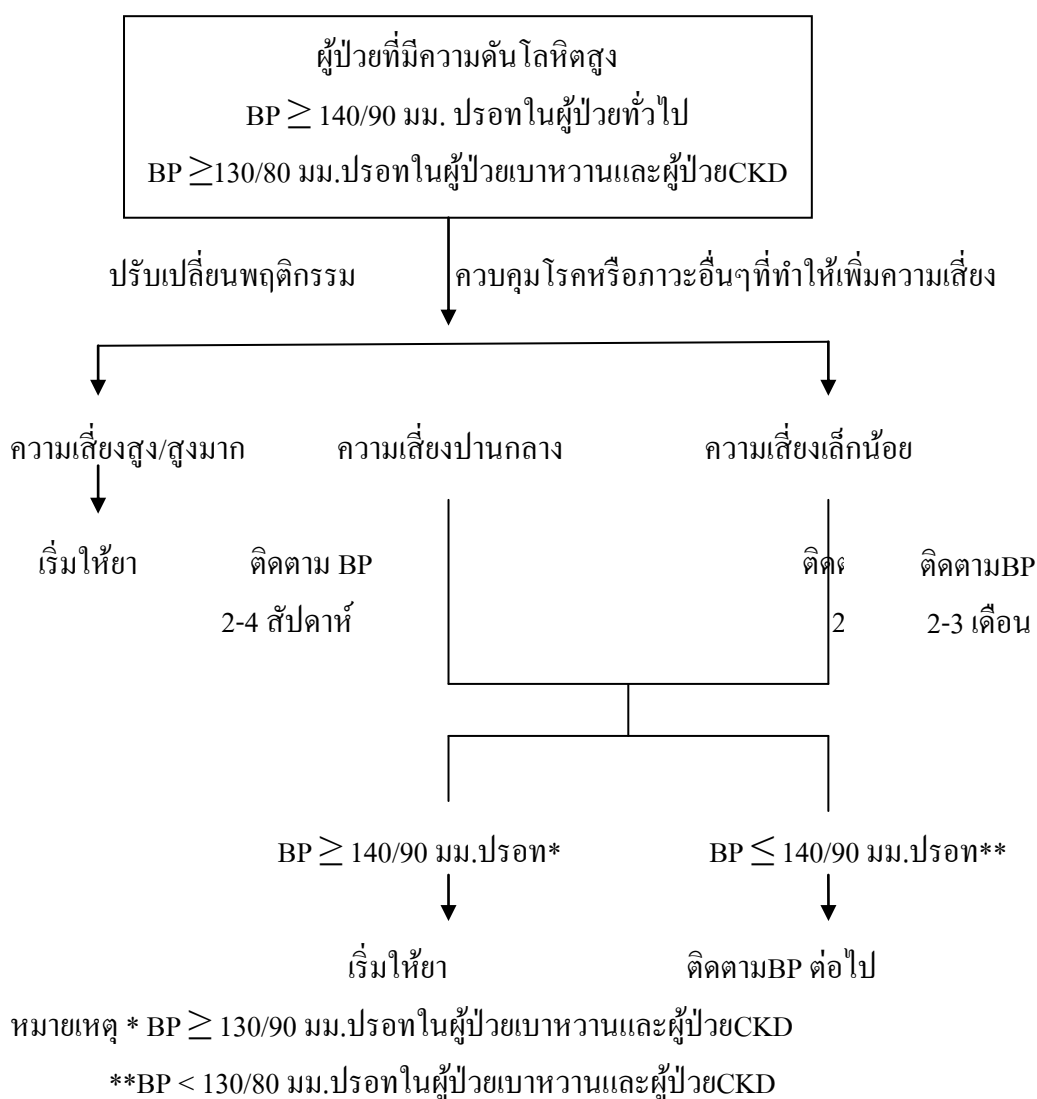
2.3 ยาที่ยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitore ACEI) ได้แก่ อีนาลาพริล (enalapril) แคปโตพริล (captopril) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยยับยั้งเอนไซม์ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันให้เป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาเพิ่มขึ้น และลดการหลั่งฮอว์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม อาการข้างเคียงที่พบคือ ไอ โปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น บวมที่ปาก

2.4 ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II receptor antagonist) ได้แก่ โลซาร์แทน (losartan) วอลซาทาน (valsartan) ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิตโดยแยแองจิโอเทนซินทูกับตัวรับแองจิโอเทนซินทู ทำให้ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินทู ลดการหลั่ง

สอร์โอมอนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียมเนื่องจากยา
นี้ไม่มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการไอ แต่มีอาการข้างเคียง คือ ระดับโปแตสเซียมในร่างกายสูง

การใช้ยาลดความดันโลหิต

พิจารณาเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทันที เมื่อผู้ป่วย
ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น



ภาพ 2 แนวทางในการพิจารณาเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (หน้า 17), โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555, กรุงเทพฯ: ช้วนน้ำพรินดีง.สงวนลิขสิทธิ์ 2555 โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ตีพิมพ์ใหม่โดยได้รับอนุญาต.

แนวทางการในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมความดันโลหิตสูงให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 2 วิธี คือ การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโดยวิธีใช้ยา ถึงแม้ว่าการควบคุมด้วยวิธีการใช้ยาจะได้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิตสูง แต่การใช้ยามีผลข้างเคียงมาก ดังนั้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้แนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัญหา อุปสรรค สาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มี 2 ปัจจัย ดังนี้ (Egan, Zhao, Axon, Brzezinski & Ferdinand, 2011; Ho, 2009; Wang & Vasan, 2005)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้นั้น มีหลายสาเหตุเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารเค็มที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป ทำให้ร่างกายดื่มน้ำไว้ในร่างกายมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการเพิ่มของปริมาณน้ำในกระแสเลือด ปริมาณของเกลือโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความไวและการตอบสนองของแต่ละคน (ประเสริฐ, 2552) เช่น การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังรับประทานอาหารเค็ม (ทิพย์วดี, 2552; Wang & Vasan, 2005)

1.2 การรับประทานอาหารมันมากเกินไป ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัวและตีบแคบลง ทำให้เลือดมีความหนืด ส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น เพื่อดันเลือดให้เคลื่อนที่มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ, 2554) เช่นการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังรับประทานอาหารมันและเค็ม (พัชรินทร์, 2546; ทิพย์วดี, 2552; Wang & Vasan, 2005)

1.3 การรับประทานอาหารหวานมากเกินไป ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปสะสมไว้ในบริเวณผิวหนังในรูปไขมัน ส่งผลร่างกายมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งและตีบ ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิตต์และวาริ, 2549) เช่น การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังรับประทานอาหารหวาน (อรุณลดา, 2550; ทิพย์วดี, 2552)

1.4 การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ทำให้น้ำดีในร่างกายมีน้อยหลังออกมา ช่วยย่อยและดูดซึมไม่ดี ส่งผลให้โคเลสเตอรอลที่สะสมในร่างกายมีมากขึ้น (คณินญา, 2546) เช่น การศึกษาของวาสนา (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

1.5 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง โดยพบว่าเมื่ออายุมาก กลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดดำส่วนปลายมากขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จึงพบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มักมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ยังพบในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในวัยทำงานต้องสร้างความมั่นคงในหน้าที่การงานและสร้างฐานะครอบครัว จึงมีเวลาน้อยในการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ทำให้ละเลยในการดูแลสุขภาพ

1.6 การขาดยา โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต อีกทั้งการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ใจ (วิไลวรรณ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช (2549) ที่พบว่าพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาที่พบบ่อย 6 อันดับแรก ซึ่งพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ลืมรับประทานหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ด รับประทานยาไม่ตรงเวลา หยุดรับประทานเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไปรับยา หยุดรับประทานเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้นและปรับขนาดยาด้วยตนเอง นอกจากนี้การหยุดยา อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เนื่องจากการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอาจมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง ซึ่งอาการเหล่านี้หากแพทย์ไม่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจจะทำให้ผู้ป่วยหยุดยาคความดันโลหิตได้ (Wang & Vasana, 2005)

1.7 การขาดการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ดังเช่นการศึกษาของอาทิทยา (2549) พบว่า การออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.8 การขาดการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (เกศินี, 2550) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ดังเช่นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสุภรณ์ (2551) พบว่าการได้รับการ

สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.9 การขาดความรู้เรื่องการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น เมื่อตรวจพบว่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมักจะไม่นับรับประทานยาต่อเนื่องหรืออาจหยุดยาเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว รวมทั้งยังรับประทานอาหารเค็ม มัน หวาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา โดยพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลที่ด้อยการศึกษามีข้อจำกัดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ดังเช่นการศึกษาของศิริมา (2548) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลตนเอง การให้บริการด้านสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.1 ระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าตนเองมีความเจ็บป่วย เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ค่อยแสดงอาการ ผู้ป่วยจึงดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติเหมือนคนไม่เจ็บป่วย จึงละเลยในการควบคุมความดันโลหิต และไม่มารับบริการจากโรงพยาบาล จึงต้องเน้นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก

2.2 แผนการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ทันสมัย โดยพบว่า การรักษาของแพทย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังเช่นการศึกษาของแวงและเวแซน (Wang & Vasan, 2005) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 38 ระบุว่าแพทย์ไม่เปลี่ยนยาโดยรักษาด้วยยาชนิดเดิมไม่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ตรวจพบ

2.3 การบริหารยา การให้ยารักษาความดันโลหิตสูงต้องระมัดระวังในการเลือกกลุ่มยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเป็นโรคหลายอย่างรวมอยู่ในคนเดียว การรักษามักต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิด ซึ่งให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีกว่ายาชนิดเดียว

2.4 การตรวจคัดกรองไม่มีประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรองเป็นพื้นฐานของการรักษารูปแบบหนึ่ง หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำจะทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว

จึงเห็นได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากตัวผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นการแสดงออก ทั้งด้านการปฏิบัติ โดยครอบคลุมการเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน การกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน การเตรียม การปรุง การรับประทาน รวมถึงสุขนิสัยในการรับประทาน และความคิด ความรู้สึกต่างๆ ต่อการรับประทาน แบบแผนการรับประทานอาหารเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน ระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันชนิดไม่ดีหรือแอลดีแอล โคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับความดันโลหิต ทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ควบคุมอาหารมัน หวาน และเค็ม จะทำให้อาการของโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงขึ้นจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต เช่น เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (Kennedy, 2011; Wang & Vasan, 2005) ดังนั้นการปรับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารจึงมีบทบาทสำคัญในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไขมันในเลือด ลดความหนืดของผนังหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตกะทันหันด้วยโรคหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถรับประทานอาหารได้ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่อาหารที่รับประทานจะต้องเพิ่มหรือจำกัดทั้งปริมาณและชนิดอาหาร โดยเฉพาะการลดอาหารเค็ม ลดอาหารไขมันสูง เพิ่มเส้นใย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรู้จักควบคุมอาหารให้ถูกหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยควรได้รับอาหารครบ 5 หมู่ มีพลังงานที่พอเหมาะ สัดส่วนของอาหารต้องเหมาะสมและปฏิบัติตามหลักโภชนาการเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลักในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. การควบคุมอาหารควบคุมความดันโลหิต คือ อาหารที่มีไขมันต่ำและเส้นใยสูง เน้นผักผลไม้ อาหารพวกธัญพืช ปลา นมไขมันต่ำ ถั่ว เป็นส่วนประกอบ โดยหลีกเลี่ยงอาหารและ

เครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวานรับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 1500 มิลลิกรัม ซึ่งประกอบด้วย 8 หมวด และร่วมกับการจำกัดการรับประทานเกลือ (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2006)

1.1 หมวดที่ 1 อาหารประเภทธัญพืช เป็นแหล่งให้พลังงานและใยอาหาร เช่น ข้าว แป้ง ขนมปัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับวันละ 6 ส่วน (1 ส่วน = ขนมปัง 1 แผ่น = ข้าว ½ ถ้วยตวง = ข้าว 1 ทัพพี)

1.2 หมวดที่ 2 อาหารประเภทผัก เป็นแหล่งของโพแทสเซียม ใยอาหาร เช่น ผัก ใบเขียวชนิดต่างๆ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับวันละ 4-5 ส่วน (1 ส่วน = ผักชนิดใบใหญ่ สด 1 ถ้วยตวง = ผักสดหั่น ½ ถ้วยตวง = น้ำผัก ½ ถ้วยตวง) ถ้าร่างกายขาดโพแทสเซียมอาจมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตรวมถึงการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่ายขึ้น (ผ่องพรรณ, 2551)

1.3 หมวดที่ 3 อาหารประเภทผลไม้ เป็นแหล่งของใยอาหาร และวิตามินต่างๆ เช่น กล้วยน้ำว้า กล้วยหอม ส้มเขียวหวาน เงาะ ลองกอง ควรได้รับวันละ 4-5 ส่วน ผลไม้ 1 ส่วน สำหรับผลไม้ที่เป็นผลเทียบเท่า ดังนี้ กล้วยน้ำว้า 1 ผล = กล้วยหอม ½ ผล = ส้มเขียวหวานผลใหญ่ = ส้มเขียวหวาน 2 ผลขนาดกลาง = เงาะ 4 ผล = ลองกอง 4 ผล = ทูเรียนขนาดเม็ดเล็ก 1 เม็ด (ผลไม้ 1 ส่วน สำหรับผลไม้ที่หั่นเป็นชิ้นพอคำ 1 ชิ้น ได้แก่ มะละกอ สับปะรด หรือแตงโม)

1.4 หมวดที่ 4 อาหารประเภทนม เป็นแหล่งของแคลเซียมและโปรตีน เน้นนมที่มีไขมันต่ำหรือนมพร่องมันเนย และควรได้รับวันละ 2-3 ส่วน (1 ส่วนประมาณนมสด 240 ซีซีหรือนม 1 กล่อง = โยเกิร์ต 1 ถ้วย) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่รับประทานนมให้เปลี่ยนเป็นรับประทานปลาตัวเล็กตัวน้อย 2 ซ้อน โด๊ยะต่อวัน ซึ่งสามารถทดแทนกันได้

1.5 หมวดที่ 5 อาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เนื้อสัตว์ควรจะเป็นเนื้อปลาโดยเฉพาะปลาทะเล เนื่องจากปลาทะเลมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง และมีรายงานว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ (สมจิต และพรทิพย์, 2545) แต่หากเป็นไก่หรือเป็ด ต้องลอกหนังออก เนื้อต้องเป็นเนื้อแดงที่ไม่ติดมัน ควรรับประทานวันละไม่เกิน 6 ส่วน (1 ส่วน = เนื้อสัตว์ 2 ซ้อนกินข้าว = ไข่ 1 ฟอง = ปลาหู 1 ตัว หรือเนื้อสัตว์ 4-5 ชิ้น/มือ)

1.6 หมวดที่ 6 อาหารประเภทไขมัน เป็นแหล่งของพลังงาน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรได้รับพลังงาน ในผู้หญิงไม่เกิน 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่วนในผู้ชายไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ควรได้รับวันละ 2-3 ส่วน (1 ส่วนประมาณ น้ำมันพืช 1 ซ้อนชา = สลัดน้ำข้น 1 ซ้อนโต๊ะ = สลัดน้ำใส 2 ซ้อนโต๊ะ) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารประเภททอด กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปู โดยต้องจำกัด

ปริมาณโคเลสเตอรอลที่ได้รับให้น้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอยหรือน้ำมันถั่วเหลือง (วิมลรัตน์, 2552)

1.7 หมวดที่ 7 อาหารประเภทถั่ว เป็นแหล่งพลังงาน แมกนีเซียม โปรตีน ใยอาหาร ได้แก่ ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ เมล็ดเตงโมเมล็ดทานตะวัน ถั่วแระ ถั่วเขียว เป็นต้น ควรได้รับสัดส่วนที่ 4-5 ส่วนอาหาร (ปริมาณอาหาร 1 ส่วนเทียบเท่าเมล็ดถั่ว 1/3 ถ้วยตวง)

1.8 หมวดที่ 8 ประเภทของหวานและน้ำตาล ควรได้รับสัดส่วนไม่เกิน 5 ส่วนอาหาร (ปริมาณอาหาร 1 ส่วนเทียบเท่าน้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ) หรือถ้าเป็นไปได้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทของหวาน เพราะจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้

1.9 อาหารประเภทเกลือแร่และเครื่องปรุงรส ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถรับประทานอาหารประเภทเกลือได้ แต่ต้องจำกัดปริมาณเกลือให้น้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวันหรือไม่เกิน 65-100 มิลลิโมลต่อวัน (100 มิลลิโมลโซเดียม = 2,400 มิลลิกรัม = 6 กรัม = 1 ช้อนชา) ส่วนอาหารประเภทเครื่องปรุงรส ควรหลีกเลี่ยงเพราะจะเป็นการเพิ่มปริมาณโซเดียมหรือเพิ่มเกลือ เพราะในเครื่องปรุงเหล่านี้จะมีเกลือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ (Ho, 2009) อาหารที่มีเกลือหรือมีรสชาติเค็มที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ น้ำบูดู ของหมักดอง ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม อาหารกรอบเค็ม อาหารกระป๋อง

2. รับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด (กองโภชนาการ, 2548) การรับประทานอาหารตามธงโภชนาการนั้นเหมาะสำหรับบริบทของคนไทย เนื่องจากมีการใช้อุปกรณ์ครัวเรือนเป็นหน่วยตวงวัดปริมาณอาหาร ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เข้าใจได้ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 หมวดอาหารประเภทไขมัน เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง ควรรับประทานไขมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรรับประทานอาหารหมวดนี้ให้น้อยที่สุด เพราะการจำกัดอาหารหมวดนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ โรคเหวนและโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรรับประทานที่ปรุงโดยใช้น้ำมันพืชไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน

2.2 หมวดนมและผลิตภัณฑ์นม เป็นแหล่งโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ เช่น นมสด โยเกิร์ต เนยแข็ง และชีส โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นแหล่งของแคลเซียมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อกระดูกและฟัน คนส่วนใหญ่มักจะละเลยสารอาหารหมวดนี้ หรือบริโภคอาหารหมวดนี้ไม่เพียงพอต่อความ

ต้องการของร่างกาย สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดไขมัน หรือผลิตภัณฑ์จากนมขาดไขมัน เพื่อจำกัดปริมาณไขมัน วันละไม่เกิน 1-2 แก้วต่อวัน

2.3 หมวดยีสต์ เป็นแหล่งของโปรตีนวิตามินเอ บี 1 บี 6 บี 12 ซี เค ธาตุเหล็ก ไนอะซิน สังกะสี และ ฟอสฟอรัส เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว สัตว์ปีก ปลา ไข่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรเลือกรับประทานโปรตีนชนิดไขมันต่ำ เช่น ปลา ถั่ว และรับประทานตามปริมาณและสัดส่วนที่ควรได้รับในแต่ละวันตามเพศและวัย เพื่อควบคุมพลังงานที่ได้รับต่อวันไม่ให้เกิน 1,500 กิโลแคลอรีในผู้หญิง และในผู้ชายไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรี เพราะจะช่วยลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล โดยควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ไม่เกิน 6-12 ช้อนกินข้าวต่อวัน หรือเนื้อสัตว์ 2 ส่วนต่อวันหรือน้อยกว่า (1 ส่วน = 1 ฝ่ามือ ไม่รวมนิ้วมือ หรือไข่ 1 แผ่น)

2.4 หมวดยีสต์ เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ เช่น วิตามินบี 2 และบี 6 กรดโฟลิก แมกนีเซียม แคลเซียม ทองแดงและ โปแตสเซียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น เบตาแคโรทีนหรือวิตามินเอ ซี และอี ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ป้องกันโรคหัวใจ เพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (วิมลรัตน์, 2552) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรรับประทานผักอย่างน้อย 4-6 ท็อปต่อวัน

2.5 หมวดยีสต์ เป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระ เส้นใยอาหารและสารพฤกษเคมีจะช่วยป้องกันมะเร็ง เช่น ส้ม แอปเปิล พ룬 สับปะรด ฝรั่ง มะละกอ เป็นต้น ในแต่ละวันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรรับประทานผลไม้ให้ได้อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน (1 ส่วน = 1 แผ่นซีดีหรือ 2 ฝ่ามือ) หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะไม่เกิน 4 ผล ลองกองไม่เกิน 4 ผล ทูเรียนไม่เกิน 1 เม็ด

2.6 หมวดยีสต์ เช่น ข้าว ขนมนึ่ง ก๋วยเตี๋ยว แป้งและเมล็ดพืช เป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรต เป็นหมวดที่ต้องรับประทานพอประมาณในแต่ละวัน เพราะเป็นแหล่งให้พลังงาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรรับประทานข้าวสวยไม่เกิน 6-8 ท็อปต่อวัน (1 ท็อป = 1 ฝ่ามือ) หรือหากไม่รับประทานข้าว เปลี่ยนเป็นขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว และบะหมี่ ควรรับประทานไม่เกิน 2 ท็อปต่อมื้อ หรือขนมปัง แครกเกอร์ไม่เกิน 3 แผ่นต่อวัน

การรับประทานอาหารตามหลักการควบคุมความดันโลหิต ช่วยลดระดับความดันโลหิต และนอกจากนี้การรับประทานอาหารตามคำแนะนำของรงโภชนาการ โดยรงโภชนาการจะแสดงชนิด และปริมาณการรับประทานอาหารในกลุ่มต่างๆ ที่ร่างกายต้องได้รับใน 1 วันตามระดับพลังงาน 3 ระดับ ซึ่งแนะนำสำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารตาม

หลักธงโภชนาการจะทำให้แต่ละบุคคลได้รับอาหารในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดังตาราง 2

ตาราง 2

ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในระดับพลังงานต่างๆ

กลุ่มอาหาร	หน่วยตวงวัดในครัวเรือน	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	
		ในผู้หญิงไม่เกิน 1,500	ในผู้ชายไม่เกิน 2,000
ข้าว – แป้ง	ทัพพี	8	10
ผัก	ทัพพี	4(6)	5
ผลไม้	ส่วน	3(4)	5
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6	9
นม	แก้ว	2(1)	1
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ	ช้อนชา	ใช้แต่น้อยเท่าที่จำเป็น	

หมายเหตุ 1. คัดแปลงจาก ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย, โดย กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548, กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สงวนลิขสิทธิ์ 2548 โดย กองโภชนาการ กรมอนามัย. ตีพิมพ์ใหม่โดยได้รับอนุญาต. (2548). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรุงเทพมหานคร:

หมายเหตุ 2. เลขใน () คือ ปริมาณแนะนำสำหรับผู้ใหญ่

3. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มี 6 หมวดดังนี้

3.1 อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ อาหารที่มีโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดีจึงทำให้เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิต เมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และทำให้ลดสมรรถนะของยาที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Levine, 2004) ส่วนใหญ่ของอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้มาจาก อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารจานด่วน อาหารกระป๋อง และสารปรุงแต่งรส เช่น ผงชูรส ซุปผง หรือซูปก้อน ซึ่งไม่ควรบริโภคโซเดียมมากกว่า 2.4 กรัมต่อวัน หรือเกลือแกงไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน หรือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน สามารถลดระดับความดันซิสโตลิกได้โดยเฉลี่ย 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

3.2 อาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ ควรรับประทานอาหารประเภทไขมันจากปลาทะเล ลดอาหารประเภทแป้ง ข้าว น้ำตาล และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ ทำให้เกิดหลอดเลือดจับตัวน้อยลง (คณินญา, 2546) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือข้าวไม่ขัดสี ไม่เกิน 6 – 8 ทัพพีต่อวัน (1 ทัพพี = 1 อู้งมือ) ขนมปังโฮลวีทไม่เกิน 3 แผ่นต่อวัน น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ในผู้ชายควรดื่มสุราไม่เกิน 30 มิลลิลิตร (1 แก้ว) หรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตร ส่วนในผู้หญิง ควรดื่มน้อยกว่าที่จำกัดในผู้ชายครึ่งหนึ่ง

3.3 อาหารประเภทไขมันต่ำ ควรลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ อาหารทอด อาหารที่ใส่กะทิ เนยเทียม คอฟฟี่เมต ขนมเค้ก คุกกี้ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ดังนั้นควรรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเป็นส่วนประกอบในการทำอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา ควรรับประทานน้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน เนื้อสัตว์ไม่ติดมันไม่เกิน 6 – 12 ช้อนกินข้าวต่อวัน ถึงแม้ว่าไขมันเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่หากรับประทานมากเกินไป จะทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายขึ้น ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ง่าย ควรรับประทานอาหารโดยใช้วิธีการต้ม ตุ่น อบ ย่าง นึ่ง แทน (วิมลรัตน์, 2552)

3.4 อาหารประเภทโคเลสเตอรอลต่ำ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร และควรได้รับอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปู ปลาหมึก รวมทั้งอาหารที่ทีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น แคมหมู ปาท่องโก๋ ขนมที่มีเนยหรือไขมัน เช่น ขนมเค้ก โดนัท พาย เป็นต้น (คณินญา, 2546) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรรับประทานอาหารทะเลไม่เกิน 2 ช้อนกินข้าวต่อวัน รับประทานปลาทะเลสัปดาห์ละ 2 ตัว รับประทานเนื้อไก่วันละ 2 ส่วน (1 ส่วน = 1 ฝ่ามือ ไม่รวมนิ้วมือ หรือไฟ 1 แผ่น) และไข่ไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์

3.5 อาหารประเภทน้ำตาลต่ำ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง การลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลจะเป็นการลดน้ำหนักตัว การมีน้ำหนักเพิ่มเร็วและเพิ่มมาก จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงมากขึ้น (สมจิตต์และวาริ, 2549; Kennedy, 2011) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรรับประทานอาหารน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะไม่เกิน 4 ผล

ต่อวัน ลองกองไม่เกิน 4 ผลต่อวัน ทูเรียนไม่เกิน 1 เม็ดต่อวัน ผลไม้รสไม่หวานจัดวันละ 4–5 ส่วนต่อวัน เครื่องดื่มรสหวานไม่ควรดื่มมากกว่า 1 แก้วต่อวัน ขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เม็ดขนุน ควรรับประทานไม่เกิน 1-2 เม็ดต่อวัน

3.6 อาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง ควรรับประทานผักและผลไม้ เพราะมีเส้นใยอาหาร ซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีในร่างกายหลังออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับ เป็นการใช้โคเลสเตอรอลมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมในร่างกายลดน้อยลง (กณิณญา, 2546) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรรับประทานอาหารผักอย่างน้อย 4 – 6 ทักษิต่อวัน ถั่วเมล็ดแห้งประมาณ 2 ช้อนกินข้าวต่อวัน และขนมปังโฮลวีทไม่เกิน 3 แผ่นต่อวัน และจากการศึกษาของแซคและคณะ (Sacks et al., 2001) พบว่าการรับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิต คือ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันรวมและไขมันไม่อิ่มตัวสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำร่วมกับอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ เป็นต้น

ดังนั้นหลักการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รูปแบบที่ใช้มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิตซึ่งสามารถลดความดันโลหิตได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้อาหารควบคุมความดันโลหิตร่วมกับรงโภชนาการและการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากเหมาะกับบริบทของคนไทยโดยมีการใช้หน่วยบริโภคของครัวเรือนในการกำหนดปริมาณที่ชัดเจน

การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยทั่วไป

การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสำคัญ เนื่องจากการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารควรทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ทุกรายและถือว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เนื่องจากผลการประเมิน สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำ การกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพและเป็นแนวทางการแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้แต่ละรายได้ วิธีการประเมินการรับประทานอาหารที่บริโภคสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

การประเมินอาหารที่บริโภค (dietary assessment) เป็นการศึกษาปริมาณของอาหารชนิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อนำเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารเพียงพอ กับความต้องการของร่างกายหรือไม่ วิธีการประเมินสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การประเมินอาหารที่รับประทานในปัจจุบัน ใช้วิธีการจดบันทึกอาหารที่รับประทาน ซึ่งจะทำการจดบันทึกขณะที่รับประทานหรือหลังรับประทานอาหารทันทีเพื่อ กันลืมได้แก่ วิธีการชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทานโดยละเอียด ซึ่งวิธีนี้เหมาะสมที่จะประเมินความ ถูกต้องอาหารมากที่สุด แต่มีข้อเสียในเรื่องของเวลาและการปฏิบัติ (วินัสและคณะ, 2545)

2. วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานในอดีต แบ่งออกได้ดังนี้

2.1 การบันทึกย้อนหลังอาหารที่รับประทานเป็นเวลา 24 ชั่วโมง (24 hour recall) โดยวิธีการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามประเมินการรับประทานอาหารและรูปแบบของ อาหารที่รับประทานย้อนหลังในอดีต ได้แก่ การประเมินการรับประทานอาหารโดยวิธีการนี้จะเป็น การถามถึงจำนวนหรือปริมาณของอาหารแต่ละอย่างที่ผู้ป่วยรับประทานโดยประมาณ และเป็นวิธีที่ ได้รับความนิยมนมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถทำได้โดยจากการสัมภาษณ์จาก พยาบาลหรือนักโภชนากรหรืออาจให้ผู้ป่วยจดบันทึกการรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ด้วยตนเอง (วินัสและคณะ, 2545)

2.2 การประเมินความบ่อยของการรับประทานอาหาร (food frequency questionnaires) เป็นวิธีการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประมาณ 40-120 รายการ ขึ้นอยู่ กับชนิดการศึกษา เพื่อตรวจสอบอาหารที่ได้รับประทานมาแล้วเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ข้อดีคือ สามารถประเมินรูปแบบของอาหารในช่วงระยะเวลายาวๆได้ การประเมินด้วยวิธีนี้จะทำให้ทราบ ถึงรายการอาหารชนิดต่างๆและความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด วิธีการนี้จะเสีย ค่าใช้จ่ายน้อย สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ง่าย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดรายละเอียดของอาหารที่ รับประทานได้ (วินัสและคณะ, 2545)

2.3 การประเมินขนาดและปริมาณของอาหารที่ได้รับประทานย้อนหลัง (semi quantitative food frequency questionnaire) หมายถึงการประเมินปริมาณของสารอาหารต่างๆ และพลังงานที่ได้รับประทาน ข้อดี คือ สามารถประเมินปริมาณของสารอาหารต่างๆและพลังงานที่ ได้รับประทานในช่วงระยะเวลายาวๆได้ ข้อเสียคือจะต้องอาศัยความจำของผู้บันทึกเช่นเดียวกับการ ประเมินอาหารที่รับประทานย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และไม่เหมาะกับผู้ที่มิรู้รูปแบบของการ รับประทานอาหารที่ไม่แน่นอน

ในการประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้มีดังนี้

1) แบบสอบถามการบริโภคอาหารของโรคความดันโลหิตสูงของพัชรินทร์ (2546) สร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมทั้งการบริโภคอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ไม่ควรบริโภคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 32 ข้อ คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ มีค่าความเที่ยงสูง ข้อคำถามจำนวนมากมีทั้งด้านบวกและลบ ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (1987) มีสเกลคำตอบ 5 ระดับและ ทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้ครอบคลุม 6 หมวดอาหาร ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ อาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ อาหารที่มีน้ำตาลต่ำ และอาหารที่มีกากใยสูง และไม่มีการวัดปริมาณอาหารที่รับประทาน

2)แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของสร้อยจันทน์ (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากสร้อยจันทน์ (2545) มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจตามนัด ข้อคำถามด้านการควบคุมอาหารมีอยู่ 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ มีค่าความเที่ยงสูง ทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้เจาะลึกในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ไม่มีการวัดปริมาณอาหารที่รับประทาน มีสเกลคำตอบเพียง 3 ระดับ และไม่มีข้อคำถามด้านลบ

3) แบบสอบถามด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสรารินทร์ (2551) ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมทั้งการบริโภคอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ไม่ควรบริโภคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ข้อ คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ มีค่าความเที่ยงสูง มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและลบ ทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ(2006) และมีสเกลคำตอบ 4 ระดับ แต่ไม่ได้ครอบคลุม 6 หมวดอาหาร ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ อาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ อาหารที่มีน้ำตาลต่ำ และอาหารที่มีกากใยสูง และไม่มีการวัดปริมาณอาหารที่รับประทาน

4) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงของทิพย์วดี (2552) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีตามกรอบแนวคิดของ

เพนเดอร์ เมอร์คอคย์และพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมและการออกกำลังกาย 4 ข้อ โภชนาการ 7 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วัน/สัปดาห์ ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่เคยทำกิจกรรมนั้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดีมีคือ ค่าความเที่ยงสูง ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามด้านบวกและลบ และมีสเกลคำตอบ 4 ระดับ แต่ไม่ได้ครอบคลุม 6 หมวดอาหาร ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ อาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ อาหารที่มีน้ำตาลต่ำ และอาหารที่มีกาฬยสูง ไม่มีการวัดปริมาณอาหารที่รับประทาน ข้อคำถามเรื่องอาหารมีจำนวนน้อย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินการรับประทานอาหารโดยการบันทึกการรับประทานอาหารย้อนหลังเป็นเวลา 24 ชั่วโมง เนื่องจากสามารถทำได้ง่ายจากการสัมภาษณ์ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากแบบสอบถามที่กล่าวมาข้างต้นนั้นบางแบบสอบถามไม่ครอบคลุมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมหนึ่งในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสติปัญญาและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจึงขึ้นกับปัจจัยต่างๆดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารเพื่อช่วยลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ

ใกล้เคียงปกติได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร แต่เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและบูรณาการอยู่ในวิถีชีวิตของบุคคล จึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักๆ 4 ปัจจัย ประกอบด้วย (Pender et al., 2006)

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรมและชีววิทยา ได้แก่

อาหารที่ได้รับและการใช้พลังงานถูกควบคุมโดยระบบประสาทส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งควบคุมความหิว ความอิ่ม และการเผาผลาญ ส่งผลให้เกิดความอ้วนหรือไม่อ้วนในบางคน

1.1 พันธุกรรมและฮอร์โมน เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยพบว่า การทำงานของยีนส์ที่ถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น ส่งผลต่อความอ้วน ความหิว และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

1.2 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัย โดยเพศหญิงและชายจะมีนิสัยในการรับประทานอาหารแตกต่างกัน เพศหญิงมีความถี่ในการรับประทานอาหารมากกว่าเพศชาย คือชอบรับประทานอาหารจุกจิกหรืออาหารว่างมาก ส่วนเพศชายแม้ว่าชอบรับประทานอาหารมื้อหนัก เช่น ข้าว แต่มักรับประทานอาหารในปริมาณมากในแต่ละมื้อ ไม่ชอบรับประทานอาหารจุกจิก จึงทำให้ความถี่ในการรับประทานอาหารน้อยกว่าเพศหญิง อีกทั้งเพศชายนิยมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะเวลาเข้าสังคม จึงพบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่าเพศชาย (ศิริมา, 2548) สอดคล้องการศึกษาของกึ่งทิพย์ (2546) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยเพศหญิงมีภาวะโภชนาการดีกว่าเพศชาย

1.3 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยว การกลืนและระบบย่อยอาหาร ไม่ดี รวมทั้งต่อมน้ำลายทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารจำพวกเส้นใยน้อยลง มีความไวต่อรสอาหารหวาน และเค็มน้อยลง โดยจะรับประทานอาหารหวานและเค็มเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีไขมันสะสมในร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเผาผลาญแคลอรีลดลง ส่งผลให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และการเผาผลาญพลังงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความอ้วน ถ้าต้องการให้ร่างกายนำพลังงานมาใช้ต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการเผาผลาญ โดยโปรตีนมีส่วนสำคัญในการเผาผลาญพลังงานเมื่อเทียบกับไขมันหรือคาร์โบไฮเดรต เพราะร่างกายต้องใช้พลังงานในกระบวนการย่อยอาหาร

2. ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความรู้เรื่องอาหารที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ช่วยยกระดับบริโภคนิสัยให้ดีขึ้น ต้องอาศัยแรงจูงใจและปัจจัยด้านจิตใจอื่นๆ ได้แก่

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกมาในรูปของการปฏิเสธความเจ็บป่วย เพื่อต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งเป็นที่มาของ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นคนไร้ค่า หมดหวัง ว่าแห้ว ต้องมีการพึ่งพาและความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้น (Pender et al., 2006)

2.2 อารมณ์ เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนปฏิบัติขณะปฏิบัติพฤติกรรม และภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นระดับน้อย ปานกลางหรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ถ้ากิจกรรมนั้นให้ผลในทางบวกต่อความรู้สึก เช่น สนุกสนาน พึงพอใจ เพลิดเพลิน บุคคลก็จะปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบ เช่น ซึมเศร้า โกรธ เบื่อหน่าย ไม่พอใจ อึดอัด บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ขาดการควบคุมตนเอง ทำให้รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน เนื่องจากเป็นกลไกการปรับตัวชดเชยของบุคคลเพื่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย ดังนั้นอารมณ์นั้นเป็นความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Pender et al., 2006)

2.3 บริโภคนิสัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากนิสัย หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและเป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเองโดยขาดความตระหนักหรือมีความตระหนักน้อยมาก โดยมีสิ่งช่วยมากมายหลายอย่างจากสิ่งแวดล้อมเป็นสัญลักษณ์กระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ บ่อยครั้ง จนเกิดการติดใจและกลายเป็นพฤติกรรมติดตัว พฤติกรรมที่รู้จักกันดี ได้แก่ บริโภคนิสัย ทั้งนี้การตอบสนองโดยการรับประทานก่อให้เกิดการเสริมแรง ขณะเดียวกันบางคนคิดใจผลลัพท์ที่เกิดจากการรับประทาน เช่น รู้สึกมีพลัง หลังรับประทานอาหารรสหวานจัด หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน บริโภคนิสัยมักส่งผลด้านลบต่อสุขภาพ เนื่องจากมักก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาสตรีตรงในการรับประทานและมักเป็นอาหารที่รับประทานโดยปราศจากการเตรียม เช่น อาหารจานด่วน ซึ่งมีไขมันสูง น้ำตาลสูง มีโซเดียมสูงและมีกากใยน้อย การปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคนั้นจำเป็นต้องมีการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติใหม่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารใหม่แทนพฤติกรรมเดิมที่ไม่ถูกต้อง

2.4 การรับรู้ประโยชน์ เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการศึกษาการถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ โดยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานอาหารนั้น จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

2.5 แรงจูงใจมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย โดยพบว่าการมีแรงจูงใจจากการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพช่วยกระตุ้นเตือนและสนับสนุนให้บุคคลเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน มีไขมันสัตว์ต่ำ มีคาร์โบไฮเดรตที่ผ่านการแปรรูปต่ำ มีกากใยสูง มีเกลือโซเดียมน้อยและสารปรุงรสน้อย

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ตามแนวคิดของเพนเดอร์ เช่น งานวิจัยของวาสนา (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราพร (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 58.1

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่

3.1 การศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้โอกาสการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Cohen, Townsend, Miani, & Bernard, 2001; Pender et al., 2006)

3.2 ศาสนา ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโภชนาการมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหารก่อนบริโภคและการเตรียมอาหาร อิสลามห้ามรับประทานและดื่มสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ซากสัตว์ เนื้อหมู ยาเสพติดและสุรา (กษิณิย, 2548)

3.3 ความเชื่อ มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ทำให้บุคคลรับประทานอาหารตามความเชื่อที่ส่งต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น แม้ว่าความเชื่อบางอย่างสวนทางกับพฤติกรรมควบคุมอาหาร เช่น อาหารหวาน มัน เป็นอาหารเกียรติกษ

3.4 วัฒนธรรม สังคมปัจจุบันได้รับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน มีผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร โดยมีรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น (วิมลรัตน์และคณะ, 2551) นิยมรับประทานอาหารตะวันตกและอาหารจานด่วนมากขึ้น รวมทั้งอาหารกึ่งสำเร็จรูป (ผ่องพรรณ, 2551; ศิริวัฒน์, 2551) ซึ่งอาหารเหล่านี้ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

3.5 สื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ สื่อเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สื่อที่ดี ต้องถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสม

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

4.1 ฉลากอาหาร มีการนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูล เพื่อตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะเพิ่มความตระหนักและให้ความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ (Kennedy, 2011)

4.2 วิถีชีวิต ปัจจุบันวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่เร่งรีบกับการทำงาน ซึ่งการรับประทานอาหารนั้นต้องสะดวกและรวดเร็ว (วิมลรัตน์, 2552) แต่สำหรับในภาคใต้นั้นมีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล บริโภคนิสัยของคนได้ นิยมรสอาหารจัด คือ เค็ม มันและรสชาติเข้มข้น เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู แกงกะทิ อาหารทะเล โรตีสีมะตะบะ รวมถึงการดื่มน้ำชา กาแฟ ปาท่องโก๋ ข้าวเหนียว ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติกันมายาวนาน (ทิพย์วดี, 2552; ชนิกานต์, 2550)

4.3 การรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารรับประทานที่บ้านไป เป็นการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารเหล่านั้นเป็นอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมรับประทานที่มีไขมันสูง โคลเลสเตอรอลสูง เกลือโซเดียมสูง คากิโยน้อยและแคลเซียมน้อย ส่งผลให้มีการสะสมระดับไขมันในเลือดสูง (ประณีต, 2539)

4.4 การเข้าถึงแหล่งอาหาร ปัจจุบันมีการเข้าถึงแหล่งอาหารมากขึ้นโดยอาหารเหล่านี้มีขายตามร้านค้าซูเปอร์มาร์เก็ตร้านสะดวกซื้อและห้างสรรพสินค้าซึ่งผู้บริโภคสามารถซื้อหาได้ง่าย สะดวกรวดเร็วและไม่ต้องเสียเวลาในการปรุงอาหาร (ผ่องพรรณ, 2551; ศิริวัฒน์, 2551)

จึงเห็นได้ว่า จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่กล่าวมานั้น ตัวแปรที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมนั้น จะต้องมีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองก่อน จึงจะทำให้มีความตั้งใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจนเกิดผลสำเร็จ ภายใต้การสนับสนุนจากครอบครัว

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความหมายและมิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1997) โดยได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะแสดงพฤติกรรมได้ในระดับใด แต่ในความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น จะเป็นการตัดสินใจจากผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการแสดงพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีความกระตือรือร้น ใช้ความพยายามมาก ไม่หลีกเลี่ยงหรือท้อแท้เมื่อมีอุปสรรค และในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่ำจะเลือกงานที่ง่าย ขาดความพยายาม ท้อแท้เมื่อมีอุปสรรค และจะส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัวความล้มเหลว เป็นต้น การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. มิติตามระดับ (level) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการแสดงพฤติกรรม จะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล โดยผันแปรตามความยากง่ายที่จะกระทำ โดยเริ่มจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ง่ายแล้วค่อยๆเพิ่มความยากขึ้น จนสามารถปฏิบัติได้ บุคคลก็就会有การแสดงพฤติกรรมได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย
2. มิติความแข็งแกร่ง (strength) บุคคลที่มีความแข็งแกร่ง เข้มแข็ง จะมีความพยายามอดทนที่จะแสดงพฤติกรรม แม้ว่าจะมีอุปสรรค หรือยากลำบากมาก บุคคลนั้นก็จะมีคามมุ่งมั่นและแสดงออกพฤติกรรมได้ประสบผลสำเร็จ
3. มิติความเป็นสากลหรือมิติเชื่อมโยง (generality) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน โดยการเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์เดิมในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกัน และเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่นั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคล

แหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura,1997) สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำได้สำเร็จด้วยตนเอง หากบุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และบุคคลก็จะพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ แม้ว่าในบางครั้ง จะเกิดความล้มเหลวบ้าง แต่ก็ไม่มีผลมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าตนประสบความสำเร็จจากความล้มเหลวจากปัจจัยอื่น เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ สถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย เป็นต้น แต่หากบุคคลประสบความสำเร็จด้วยความล้มเหลวอยู่เสมอ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนในการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ แล้วนำมาพิจารณาความสามารถของตนเอง การนำเสนอตัวแบบเป็นวิธีการจูงใจ เพื่อให้บุคคลเกิดความคิดคล้อยตามและมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตัวแบบ การนำเสนอตัวแบบเป็นเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถใช้ได้ทั้งในการลดและเพิ่มพฤติกรรม รวมทั้งสร้างพฤติกรรมใหม่ ตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมเดิมให้ดีขึ้น ซึ่งตัวแบบนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ตัวแบบที่มีชีวิต (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และปฏิสัมพันธ์โดยตรง โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้สังเกตมีความสนใจ และมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เช่นเดียวกับที่ตัวแบบแสดง แต่การเสนอตัวแบบนี้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้และยังมีข้อจำกัด เพราะสิ่งเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคน และ 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู วีดิทัศน์ การ์ตูน เป็นต้น ซึ่งกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ ดังนี้คือ 1) กระบวนการตั้งใจ (attention processes) เป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญมากเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ 2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลจดจำเก็บข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ 3) กระบวนการปฏิบัติ (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากการจดจำไว้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามตัวแบบที่ได้สังเกต และ

4) กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ

3. การใช้คำพูดชักจูง การชักจูงด้วยคำพูดเป็นส่วนที่นิยมใช้กันมาก โดยการพูดให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประสบผลสำเร็จได้ โดยวิธีการชี้แนะ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ในการใช้คำพูดชักจูงอย่างเดียวอาจทำให้ได้ผลในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองร่วมด้วย โดยการเพิ่มความสามรถให้กับบุคคล พร้อมกับการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน จะทำให้เกิดการส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนมากขึ้น

4. สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ การที่บุคคลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเมื่อร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะที่เพิ่มขึ้น หากบุคคลมีสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยอ่อนแอส่งผลต่อการมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ ส่วนในด้านอารมณ์ หากมีสภาพอารมณ์ทางบวกจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และในทางกลับกันถ้ามีสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น การถูกข่มขู่ การทำให้เกิดความเครียด เป็นต้น ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำลง และหลีกเลี่ยงในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้เกิดขึ้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องอาศัยแหล่งให้การช่วยเหลือทั้ง 4 แหล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและนำไปสู่การสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนคูรามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อนำไปสู่ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอาหารได้ด้วยตนเอง มีความพยายามและอดทนในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมควบคุมอาหารอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นด้านที่มีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ให้ดียิ่งขึ้นและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เคยประสบความสำเร็จให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นๆ ทราบเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารของตนเองและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะโดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้มีโอกาสดูแลความรู้สึกร่างกายของตนเอง ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ได้เรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการที่ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยวิธีการควบคุมอาหาร จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้เห็นถึงความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการควบคุมอาหารว่าสามารถช่วยในการลดระดับความดันโลหิตสูงได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าถ้าหากตนนำแนวปฏิบัติเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มาใช้ จะทำให้สามารถลดระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติได้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้ชมวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นให้ฝึกทักษะการเลือกชนิดและปริมาณอาหาร โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ได้เลือกชนิดและปริมาณอาหาร รวมถึงการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รับฟังประสบการณ์การควบคุมอาหารของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งการได้เห็น

ตัวแบบหรือได้รับฟังประสบการณ์ของผู้อื่นจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรศิริ (2556) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยได้มีการชมสื่อวีดิทัศน์ของผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกันและประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดคล้อยตามและเกิดความเชื่อมั่นที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

3. การใช้คำพูดชักจูง เป็นการพูดชี้แนะ ให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ว่ามีแนวการปฏิบัติอย่างไร พูดให้เห็นถึงข้อดีข้อเสียของการควบคุมอาหารว่าส่งผลอย่างไรต่อระดับความดันโลหิต และกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ดี รวมถึงการพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความย่อท้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารต่อไป โดยผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อกลุ่มผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ครอบครัวดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทรัพย์ทรวง (2546) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับการพูดชักจูง ได้รับการชี้แนะ กล่าวชมและให้กำลังใจจากผู้วิจัยขณะดำเนินงานวิจัย

4. สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารได้สำเร็จก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและอารมณ์ที่พร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะต้องไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีความดันโลหิตสูง ส่วนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะต้องไม่มีความเครียด วิตกกังวล ควรมีความรู้สึกที่ผ่อนคลาย ไม่หงุดหงิด มีความสบายใจ โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมสถานที่ให้มีลักษณะเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน รวมถึงสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ความวิตกกังวลและความเครียด ก่อนทำการ

ตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งบอกระดับความดันโลหิตให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ให้พร้อมต่อการลงมือปฏิบัติและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา (2550) พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก มีการประเมินความพร้อม ด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกิจกรรม โดยประเมินด้านร่างกาย และอาการที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งดำเนินการแก้ไขเมื่อพบปัญหา ก่อนดำเนินกิจกรรม

จะเห็นได้ว่าแหล่งให้การช่วยเหลือทั้ง 4 แหล่งมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับแหล่งให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผลการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านเช่น

จากการศึกษาของปาริชาติ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี, อรสา, และชีวรัตน์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ อาร์เธอร์และเอวิส (Lee , Arther, & Avis, 2007) ศึกษาประสิทธิผลของการเดินในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในได้หวัน ซึ่งได้รับโปรแกรมการเดินร่วมกับการใช้

แนวความคิดส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 15.4 มิลลิเมตรปรอท และ 8.4 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ซึ่งมีค่าแตกต่างกันถึง 7 มิลลิเมตรปรอท

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการควบคุมอาหาร

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะแรก เครื่องมือจะเป็นการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบทั่วไป ซึ่งต่อมาได้มีเครื่องมือในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าพฤติกรรมโดยทั่วไป ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตน จึงมีลักษณะการประเมินพฤติกรรมที่เฉพาะ และวัดระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะแห่งตนจะเป็นการวัดโดยวิธีทางอ้อม โดยใช้แบบวัดที่เป็นแบบสอบถาม และอาจเนื่องจากการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นการยากที่จะประเมินโดยวิธีทางตรง ที่ยากต่อการสังเกต หรือตีความได้โดยตรง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่มีการพัฒนาขึ้นเฉพาะ มีแต่แบบประเมินพฤติกรรมโดยรวม ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทรัพย์ทรวง (2546) สร้างขึ้นตามแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติตนพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านของผู้ป่วยความดันโลหิต ลักษณะคำถามเป็นการถามความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีทั้งหมด 27 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน และการรับประทานยา ข้อคำถามการควบคุมอาหารและน้ำหนักมี 8 ข้อ นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.85

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยอรนุช (2544) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คนกลุ่มทดลองได้รับการ

พยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันวันเว้นวัน ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังเข้าร่วม โปรแกรมและติดตามผลหลังครบ 4 สัปดาห์และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้านได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และเพศสัมพันธ์โดยมีข้อคำถาม 37 ข้อ และในด้านการบริโภคอาหาร 9 ข้อ นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .82

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยคะหวงศ์ (Kahawong, 2005) สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยมีข้อคำถาม 21 ข้อ นำไปทดสอบสตรีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 รายนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .82

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียน เพื่อประเมินการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ทั้งการเลือกชนิดอาหารและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้และผู้รับก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การให้ความไว้วางใจ รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความห่วงใยซึ่งกันและกันในด้านอารมณ์สังคม ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและการเห็นคุณค่า สิ่งของ การเงินและเวลา ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Cobb, 1976; House, 1981; Kahn, 1979; Norbeck, 1982; Pender, 1987; Thoits, 1982)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้และผู้รับที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล ความไว้วางใจ การรับฟังปัญหา การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการกระทำที่ส่งเสริมให้ผู้รับเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ การเงินและเวลา ทำให้เกิดกำลังใจ อบอุ่นใจ เกิดขวัญกำลังใจ นำไปสู่แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากช่วยยกระดับศักยภาพหรือจุดเด่นที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลให้ปรากฏและส่งเสริมให้บุคคลบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Pender et al., 2006) โดยผ่านกระบวนการ 4 ประเภท ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิต 2) การลดความเครียด 3) การให้ข้อมูลย้อนกลับหรือการยืนยันการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ 4) การบรรเทาความเครียด โดยการแปลผลสิ่งเร้าความเครียดไปในทางที่เหมาะสมและการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าความเครียดอย่างเหมาะสม นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองหรือวิถีคิดของบุคคลไปในทิศทางที่เป็นบวก ซึ่งจะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยอันสืบเนื่องจากความเครียดที่เผชิญ นักวิชาการได้อธิบายองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คานน์ (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งรวมถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคลหนึ่งแก่บุคคลหนึ่ง การให้ความมั่นใจ การให้ความเห็นและการช่วยเหลือด้านสิ่งของ

นอร์เบคค์ (Norbeck, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีการติดต่อถึงกันในขณะที่มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิต

ทอยส์ (Thoits, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ในด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรัก การเห็นคุณค่า การไว้วางใจและรับฟังปัญหาด้วยความห่วงใย การให้ความช่วยเหลือทางด้านทรัพยากรต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ และการเปรียบเทียบ ประเมินตัวเองกับบุคคลอื่นในสังคม นั่นคือองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านทรัพยากร สะท้อนคิดถึงความปลอดภัยในมิติต่างๆของการสนับสนุนทางสังคมอย่างครบถ้วน ทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกถึง ความเชื่อและความรู้สึกของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่และนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้น

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ เวลา แรงงานและการบริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วยรวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน ทำให้บุคคลมีแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทางสังคมที่นักวิชาการส่วนใหญ่กล่าวถึงนั้น มีทั้งลักษณะ คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ในส่วนที่คล้ายคลึงกันคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ส่วนที่ ขาดหายไป คือ ด้านทรัพยากร ในขณะที่เฮาส์ระบุถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของเฮาส์ มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการสนับสนุนในด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมั่นคง เป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะช่วยลดความเครียด ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ ภูมิใจ รวมทั้งเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมากขึ้น ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นอาจมาจากแหล่งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการหรือกลุ่มที่เกิดตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับบุคคลนั้นๆ มากที่สุด โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย (พรทิพย์, จิราพร, และสมบัติ, 2552) และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถครอบคลุมองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดเฮาส์ได้ครบทั้ง 4 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นด้านที่สำคัญที่สุด เพราะหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความรับรู้ว่ามีคนรักและเป็นห่วงใยจะทำให้เกิดกำลังใจ (Cobb, 1976) โดยสมาชิกครอบครัว ให้ความรัก คอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความไว้วางใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ แสดงความห่วงใยและรับฟังความคิดเห็นในการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถหายขาดได้และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับวิถีชีวิตและหากไม่ดีขึ้นต้องรับประทานร่วมด้วยส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย ได้แก่ มีความวิตกกังวล รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้ขาดกำลังใจในการควบคุมอาหาร ซึ่งการควบคุมอาหารจะช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เมื่อมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดมีแรงจูงใจเกิดขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่ามิบุคคลคอยให้กำลังใจ ห่วงใย และรับฟังความคิดเห็น ดังนั้นการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะอารมณ์ทางบวก ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารถูกต้อง เนื่องจากมีการให้คุณค่าสูงต่อสุขภาพและต่อสุขภาพของตนเอง โดยรับรู้ว่าการได้รับการดูแล ห่วงใย ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีพลังอำนาจ เกิดความเชื่อมั่นในการควบคุมอาหารของตนเอง เกิดการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต จากการศึกษาของน้ำเพชร (2543) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ หลอดเลือดตีบ พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดตีบ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคนรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ทำให้มีแรงจูงใจที่จะ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมาลิน (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าหลังจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความรัก ความห่วงใย ได้รับการยอมรับ มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นกับคนในครอบครัวและเข้าใจกันมากขึ้น และรู้สึกตัวเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของคนในครอบครัว จึงอยากดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นจะได้อยู่กับลูกหลานนานๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของอาหารต่อสุขภาพ ตลอดจนการเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณ โดยรับรู้ชนิดอาหารที่ควรรงหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่ควรจำกัด อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกครอบครัว จึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการ เช่น การอ่านฉลากอาหาร การรับฟังข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำมาถ่ายทอดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อเพิ่มตระหนักถึงความสำคัญของอาหารต่อการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจะได้ตัดสินใจเลือกซื้ออาหารและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป เช่นการศึกษาของพิกุล (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวในเรื่องการเลือกชนิดอาหาร ข้อมูลการเตรียม/ปรุงอาหาร และข้อมูลการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเป็นเสมือนการถ่ายทอดข้อมูลเพื่อให้บุคคลนำไปใช้ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น ยกย่อง ชมเชย จากบุคคลในครอบครัว หรือคนที่ใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารไม่เหมาะสมกับโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ตนปฏิบัตินั้นถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

หรือไม่ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมอาหาร จากสมาชิกครอบครัวตรงตามจริง เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้อื่นในสังคม ดังนั้นสมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการควบคุมอาหาร เช่นการศึกษาของพรนภา (2550) พบว่า การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากสมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับโดยประเมินจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติเหมาะสม และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อกลุ่มผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่เหมาะสม โดยแสดงออกถึงความห่วงใย แต่ไม่แสดงอาการตำหนิ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ดีขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการสนับสนุนทางสังคมสำคัญรองจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนที่ตรงตามต้องการทำให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยความบริสุทธิ์ใจ ย่อมส่งผลต่อจิตใจตามมา ได้แก่ การช่วยเหลือในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการเมื่อเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านนี้จะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจ และความผาสุก ซึ่งมีผลในการบรรเทาความเครียดได้ในผู้ป่วยเรื้อรัง (Will, 1985 อ้างตาม พิกุล, 2550) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นอกจากได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร การให้เงินซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการปรุงอาหาร เพื่อให้เหมาะสมกับโรค รวมถึงการให้เวลาพาผู้ป่วยไปเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้เวลาในการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย ตลอดจนการพาไปพบแพทย์ตามนัด สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองสิ่งที่ตรงตามต้องการ ซึ่งเกิดผลทางด้านจิตใจตามมา และเกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสมได้ เช่นการศึกษาของพรนภา (2550) พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างดีในการจัดเตรียมอาหารและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการบริโภคอาหารมาให้

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหารจากสมาชิกครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ช่วยสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร และช่วยตอบสนองสิ่งต่างๆ ได้ตรงตามต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ และต่อเนื่องได้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและอ้อม เป็นตัวแปรต้นในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ให้ข้อมูลย้อนกลับหรือยืนยันการกระทำ และช่วยเป็นตัวแปรขัดขวางหรือบรรเทาผลกระทบทางลบของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพ (Pender et al., 2006) โดยแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาจากกลุ่มที่ไม่เป็นทางการหรือกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน โดยพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิที่สำคัญมากที่สุดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวจะมีความผูกพันกัน ช่วยเหลือ และพึ่งพากันและกันมากที่สุด โดยเฉพาะเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็จะเข้ามารับบทบาทแทน อาจเป็นคู่สมรส บุตร เป็นพ่อแม่หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การบรรเทาผลกระทบจากความเครียดได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นและยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยประเมินการกระทำของตนเอง ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยผ่านกระบวนการ 4 ประเภท ดังนี้

1. การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยสมาชิกครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านทรัพยากรแก่ผู้ป่วย เพื่อทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร เช่น การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกับผู้ป่วยโดยปรุงอาหารรสจืด ไม่ซื้ออาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานไม่ได้ เข้าบ้าน เมื่อครอบครัวมีการสนับสนุนในสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้รู้สึกได้รับการดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารให้เหมาะสม เพื่อนำมาสู่ความผาสุกในชีวิตจะได้อยู่กับลูกหลานนานๆ เช่นการศึกษาของวิลลาร์ดน์และคณะ (2551) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการที่สมาชิกครอบครัวมีรับประทานอาหารที่มีรสชาติอ่อนหวาน อ่อนเค็มเหมือนกับผู้ป่วย เป็นการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารให้เหมาะสม

2. การลดสิ่งเร้าความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความเครียดเรื้อรัง เนื่องจากรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและต้องปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารตลอดชีวิต สมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยเป็นห่วงเป็นใย รับฟังความคิดเห็น รับฟังปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความเครียดที่สั่งสมมานาน ทำให้ความรู้สึกคับข้องใจลดน้อยลง ทำให้มีกำลังใจในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเครียดต่อไป และไม่ย่อท้อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารของตนเอง เช่นการศึกษาของวิลลาร์ดน์และคณะ (2551) พบว่า การออกความคิดเห็นอย่างอุเบกขาของญาติต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างญาติกับผู้ป่วยและไม่สร้างแรงกดดันให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารถูกต้องมากขึ้น

3. การบรรเทาความเครียด เป็นกระบวนการที่ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยสมาชิกครอบครัวดูแลเอาใจใส่การควบคุมอาหารของผู้ป่วย แสดงความห่วงใย คอยถามไถ่อาการผิดปกติ ให้ความไว้วางใจ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึก สิ่งเหล่านี้ช่วยเตือนสติให้ผู้ป่วยได้ถูกคิดถึงการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตไปในทางบวก เนื่องจากรับรู้ว่าคุณค่า และชีวิตต้องดำเนินต่อไป เช่นการศึกษาของวิลลาร์ดน์และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจผ่อนคลาย ไม่เครียด มีสมาธิ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น

4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ต้องการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น ยกย่องชมเชย จากบุคคลในครอบครัว หรือคนที่ใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นการศึกษาของพรนภา (2550) พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับของญาติต่อผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ในสัปดาห์ที่ 3-8 ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้ง 4 กระบวนการ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรค

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการชักนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยโดยอ้อมของการลดระดับความดันโลหิต โดยผ่านการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวโดยผ่านกลไก 4 ประเภท คือ ด้านการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านทรัพยากรแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการรับประทานอาหารเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ครัวเรือนในการวัดปริมาณอาหาร เพื่อใช้ในการควบคุมอาหาร ไม่ซื้ออาหารที่กลุ่มตัวอย่างไม่ควรรับประทานมาให้ การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารมากขึ้น ด้านการลดสิ่งเร้าความเครียด สมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และขาดแรงจูงใจ เพราะต้องปรับอาหารตลอดชีวิต การได้รับรู้ว่าสมาชิกครอบครัวคอยเป็นห่วงเป็นใย รับฟังปัญหาอุปสรรค รับฟังความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จะทำให้กลุ่มตัวอย่างคลายเครียด และความคับข้องใจ จนมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ด้านการบรรเทาความเครียด เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงกำเริบหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การที่สมาชิกครอบครัวคอยเอาใจใส่ ดูแลในการควบคุมอาหาร คอยถามไถ่อาการผิดปกติ ให้ความไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและรับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยเตือนสติให้กลุ่มตัวอย่างมี

กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ต่อเนื่องและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง และด้านการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การที่สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับและการติชมแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่เป็นโรคเดียวกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อปฏิบัติกรรมการควบคุมอาหารได้สำเร็จและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารต่อไปอย่างต่อเนื่องจนระดับความดันโลหิตลดลง

สะท้อนว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวนั้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ต่อเนื่องและยังช่วยลดระดับความดันโลหิตให้ลดลง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคลต้องพิจารณาถึงความต้องการและสิ่งที่มีอยู่แล้วของการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ บุคคลแต่ละคนมีความจำเป็นหรือความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน และในขณะเดียวกันก็ได้รับแตกต่างกันด้วย ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้สร้างแบบประเมินสำหรับใช้ประเมินโดยทั่วไป สำหรับในการรับประทานอาหารเช้าได้มีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้ เช่น

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของน้ำเพชร (2543) โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร จำนวน 20 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไม่เป็นความจริง 1 คะแนน จนถึงเป็นจริงมากที่สุด 4 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .74

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานของชลธิชา (2547) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยแบบประเมินสร้างโดยชลธิชา (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของน้ำเพชร (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยอาศัยแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้าน

ทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยนำไปทดสอบในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยคหะวงศ์ (Kahawong, 2005) โดยอาศัยแนวคิดของเฮาส์และเพนเคอร์ (House, 1981; Pender, 1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านการประเมินค่า 4 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำไปทดสอบในสตรีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

ดังนั้นผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งลักษณะแบบสอบถามมีข้อคำถามที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และพบว่างานวิจัยดังกล่าวมีรูปแบบการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่คล้ายคลึงกัน

ดังเช่นผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของสายฝน (2550) ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 10 สัปดาห์ โดยให้โปรแกรม 2 สัปดาห์ (วันเว้นวัน) รวมทั้งหมด 7 ครั้งที่โรงพยาบาลแต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 6 เป็นกิจกรรมที่บ้าน โดยมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้น ได้แก่ 1. การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4. การพูดคุยถึง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมี

คะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของพิกุล (2550) การดำเนินงานของโปรแกรมมีระยะเวลา 9 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผ่าน 4 แหล่ง ซึ่งมีการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ทุกครั้งเข้าร่วม โปรแกรม มีการชมวีดิทัศน์ 2 ครั้งโดยเหมือนกันทั้ง 2 ครั้ง มีการฝึกปฏิบัติการเลือกชนิดอาหาร อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนโดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร สัปดาห์ 5- 8 มีการเยี่ยมบ้านและทำกิจกรรมที่บ้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และคล้ายคลึงกับการศึกษาของพรนภา (2550) พบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยในหลายประการ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลงมือปฏิบัติจนสามารถประสบความสำเร็จ ดังนั้น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะในความสามารถแห่งตนโดยผ่านการให้ความรู้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบและการฝึกทักษะต่างๆ พร้อมกับมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารทำให้ผู้ป่วยรับรู้ผลการปฏิบัติ เกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือ ความดันโลหิตระดับซิสโตลิกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มักเกิดจากพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการรับประทานยาไม่เหมาะสม การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นั่น การควบคุมอาหารที่ถูกต้องจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ โดยมีการรับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิตหลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ (2548) และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยประกอบด้วยอาหาร 6 หมวด ได้แก่ โซเดียมต่ำ ไตรกรีเซอไรด์ต่ำ ไขมันต่ำ โคลเลสเตอรอลต่ำ น้ำตาลต่ำ และกากใยสูง ซึ่งจะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายการเกิดพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ ความเชื่อในสมรรถนะ และการคาดหวังต่อผลลัพธ์ บุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองมีความสามารถจนประสบความสำเร็จ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวบุคคลจะมีความคาดหวังว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่งคือ 1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อนและขณะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวีดิทัศน์ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4) การชักจูงด้วยคำพูด นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ยังมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และ 4) ด้านทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของของแบนดูรา(Bandura, 1997) เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสมและสามารถลดระดับความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังไม่มีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ 2 ครั้ง (pretest-posttest two group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งมารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล แห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารมาแล้ว 2-3 เดือนและเริ่มรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

2. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3. สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้

4. มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ หรือปานกลาง

5. อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว

คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย มีความใกล้ชิดผูกพันและเป็นผู้ที่ดูแลหลัก อาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้อง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการ
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยโดยอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคติดเชื้อ เนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
2. มีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง คือ มีความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากอาจมีอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม
4. ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต้องประเมินสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.70 เนื่องจากพบว่ามีการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของชินกฤต (2552) เรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ามีขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.19 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดสูง เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อ

กลุ่ม รวมเป็น 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ โดยต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความดันโลหิต โดยอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับ 1 หรือ ระดับ 2 โดยจับสลาก รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยรายถัดไปเข้ากลุ่มทดลอง แต่ถ้าผู้ป่วยรายแรกทำการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมแล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยรายถัดไปไม่สามารถจับคู่กันได้ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มผู้ป่วยรายใหม่จนได้คู่กัน ทำเช่นนี้จนครบกลุ่มละ 30 ราย ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและปราศจากการชี้นำโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นจะให้ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง 30 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่ง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนสมาชิกครอบครัว บุคคลที่อาศัยกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในการซื้อและประกอบอาหาร ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ยาที่ได้รับ จำนวนพลังงานที่ได้รับต่อวัน (โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วยกับกิจกรรมที่ได้รับต่อวัน) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (ชาติรี 2549; พัชรินทร์ , 2546; สรารินทร์, 2551; ศรีัญญา, 2547) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ เป็นข้อคำถามในการเลือกชนิดของอาหาร จำนวน 21 ข้อ การกำหนดปริมาณจำนวน 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกในข้อที่ 4, 7, 8, 10,13, 20, 21, 24, 25, 27, 30, 31, 33 และ 35 และคำถามด้านลบในข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, ,9,11, 12, 14, 15,16, 17, 18, 19, 22 ,23 ,26 ,28, 29, 32, 34, 36 และ 37 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อทั้งด้านบวกและลบ ดังนี้

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆทุกครั้งหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเกือบทุกครั้งหรือ 3- 4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆนานๆครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน	
	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด อยู่ในช่วง 37 – 185 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารดีกว่าคะแนนรวมต่ำทั้งในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ อย่างไรก็ตาม วอคเคอร์, ซีคริส, และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) ระบุว่าผลการแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 -5 บ่งบอกความหมายของพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ดีกว่าคะแนนดิบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าเฉลี่ย ซึ่งได้จากคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ค่าที่ได้คือ 1-5 และแปลผลคะแนนในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกจากผู้ที่มิฉะนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำถึงปานกลาง และใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของวันดี (2548) ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

เชื่อมั่นมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ สม่าเสมอหรือทุกครั้ง
เชื่อมั่นมาก	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
เชื่อมั่นปานกลาง	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ บางครั้ง
เชื่อมั่นน้อย	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ น้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	1
เชื่อมั่นน้อย	2
เชื่อมั่นปานกลาง	3
เชื่อมั่นมาก	4
เชื่อมั่นมากที่สุด	5

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคะแนนรวมทั้งหมด อยู่ในช่วง 21 – 105 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ และแบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย 1- 5 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกจากผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำถึงปานกลางและใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตลอดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของวันดี (2548) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ไม่สนใจเลย	1
เชื่อมั่นน้อย	2
เชื่อมั่นปานกลาง	3
เชื่อมั่นมาก	4
เชื่อมั่นมากที่สุด	5

การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคะแนนรวมทั้งหมด อยู่ในช่วง 19 – 95 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย 1- 5 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับต่ำ

2.3 โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และเพื่อส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้สนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) โดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.3.1 การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่งตามรายละเอียดในกลุ่มมือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ได้แก่

2.3.1.1 ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคด้วยตนเอง พร้อมสาธิตย้อนกลับโดยการฝึกทักษะการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่ถูกต้องด้วยตนเองโดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง

2.3.1.2 การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำเสนอถึงโรคความดันโลหิตสูง อาการ การปฏิบัติตน การควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผลดีของการควบคุมอาหารและผลเสียของการไม่ควบคุมอาหาร และพุดช้กจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนการควบคุมอาหารในรูปแบบที่เหมาะสม

2.3.1.3 การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยให้คำแนะนำกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ชี้แนะ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้เหมาะสมกับโรค

2.3.1.4 สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยประเมินสถานะด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพุดคุย พร้อมทั้งแก้ไขเมื่อพบปัญหา

2.3.2 การสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสม ประกอบด้วย การให้การสนับสนุน 4 ด้านตามรายละเอียดในคู่มือการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่

2.3.2.1 ด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ให้ความไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นขณะที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวประเมินย้อนกลับโดยสอบถามและรับฟังความคิดเห็น

2.3.2.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรคแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร

2.3.2.3 ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้นำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของตนกับบุคคลอื่น

2.3.2.4 ด้านทรัพยากร โดยให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรค การอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์ประกอบอาหาร การช่วยเหลือในการเตรียม หรือปรุงอาหาร การให้เงินในการซื้ออาหาร การช่วยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนบรรยากาศ ตลอดจนการให้เวลาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวประเมินย้อนกลับ โดยสอบถามผู้ป่วยเรื่องการช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร การอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และรสชาติอาหารที่รับประทาน

2.3.3 สื่อวีดิทัศน์ การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์พฤติกรรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเลือกและกำหนดตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 1 รายและหญิง 1 ราย โดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเป็นโรค อาการของโรค การดูแลรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และพุดชกูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับตน ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ 10 นาที แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสม และความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ จากนั้นนำไปทดสอบประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2.3.4 ตัวอย่างอาหารจำลองและตัวอย่างอาหารจริง ใช้ในการฝึกทักษะ การเลือกชนิดอาหารและปริมาณอาหารจาก โมเดลอาหารและการนำเสนอตัวอย่างอาหารจริงที่ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

2.3.5 คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แหล่งกำเนิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยมีใบงาน “ชนะใจตน จนคุม อาหารได้” ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง มีบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ ข้อความรู้ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง หลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การคำนวณ คำนวณพลังงานและพลังงานที่ควรได้รับ อาหารตามโซนสี อาหารควบคุมความดันโลหิตสูง กินอย่าง ถูกหลักอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง ซึ่งมีใบงาน “จัดเมนูอาหาร” ใบงาน “คุณรู้แค่ไหน” ใบ งาน “ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย” การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น โดยมี ตัวแบบ “ชีวิตของป้าบุญมี” และการใช้คำพูดชักจูง มีใบงาน “บอกกล่าว” เพื่อใช้ประกอบขณะ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารด้วยตนเองที่บ้าน

2.3.6 คู่มือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ดำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายการสนับสนุนทาง สังคม แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยมีใบงาน “ห้วงลึกๆจากใจ คนในครอบครัว” เพื่อใช้ ประกอบขณะสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างเองที่บ้าน

2.4 แบบบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยแจกให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นำกลับไปบันทึกที่บ้าน

2.5 แบบบันทึกผู้ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยผู้วิจัยแจกให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นำกลับไปบันทึกที่บ้าน

2.6 เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพาไว้สำหรับฉายสื่อวีดิทัศน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 2) คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 3) คู่มือการและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน 4) สื่อวีดิทัศน์โรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข และนำเครื่องมือทั้งหมดไปใช้ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยการคำนวณหาความสอดคล้องภายในด้วยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75, .86, .89 ตามลำดับ

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิต รุ่นตั้งโต๊ะ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์วิศวกรรมแพทย์ที่ 9 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2555 ซึ่งการทดสอบค่า standard reading ที่ระดับ 50, 80, 100, 120, 150, 200 พบว่าค่า error เท่ากับ 0.5-0.6 มิลลิเมตรปรอท และหูฟัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งออกเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ขออนุมัติทำการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหนังสือเสนอคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและทำหนังสือแนะนำตัวถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งระยะเวลาในการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง

6. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ช่วยในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ก่อน – หลังการทดลอง (ภาคผนวก ข)

ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีวิธีการดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมควบคุมอาหารครั้งที่ 1 โดยทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีระดับต่ำถึงปานกลาง

1.3 นักกลุ่มตัวอย่างอีก 8 สัปดาห์ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย ทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารครั้งที่ 2 เพื่อนำคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร มาสรุปพฤติกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มควบคุม และแจ้งให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตทราบ เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ให้ชมวีดิทัศน์ และมอบคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และคู่มือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แก่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วม โปรแกรม

2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและส่งเสริมสมรรถนะ ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์

ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

2.1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนจาก

ครอบครัวต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วย รวมทั้งความรู้สึกและสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักมาด้วยในครั้งแรก ผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำสมาชิกครอบครัวมาในครั้งถัดไป และให้เห็นถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในพฤติกรรมควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ชั้นประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกายและความต้องการพลังงานในแต่ละวัน พร้อมทั้งบอกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกายและพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมควบคุมอาหาร และพฤติกรรมควบคุมอาหาร ครั้งที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมควบคุมอาหารแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสัปดาห์ที่ 1 ถึง 2 ผู้ช่วยวิจัยให้กิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-7 ราย จนครบ 30 ราย ที่โรงพยาบาลอ่าวลึก ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที และสัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 จัดกิจกรรมรายกลุ่มใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที และสัปดาห์ที่ 7-8 เป็นกิจกรรมรายเดี่ยวที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

2.3 ชั้นดำเนินการ

ชั้นดำเนินการ ครั้งที่ 1 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรม ครั้งที่ 1 ให้สมาชิก และกลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้เตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกครอบครัวได้อภิปรายกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร และประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การรักษา และพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสม พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว และผู้วิจัยเตรียมบทบาทสมาชิกในครอบครัว ในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ดังนี้

2.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยแนะนำวิธีสนับสนุนด้านอารมณ์แก่สมาชิกครอบครัว โดยการใช้คำพูดแสดงความห่วงใย รับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจ ให้การดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ชักถามเกี่ยวกับรสชาติอาหาร ความชอบ การจัดอาหารให้มีรสจืด การอยู่เป็นเพื่อนร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน เป็นต้น

2.3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยแนะนำวิธีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และคอยกระตุ้นเตือนไม่ให้รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรค หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญที่ต้องไปโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยมาแนะนำ และถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ควรชี้แจงให้ปรับพฤติกรรมรวมทั้งคอยกระตุ้นให้รับประทานยาตามคำแนะนำ

2.3.3 การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า ผู้วิจัยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวแสดงสีหน้าท่าทางหรือคำพูดว่าเห็นด้วยกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง ตักเตือนเมื่อรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง กล่าวชมเมื่อผู้ป่วยควบคุมอาหารได้ดี เช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆหรือกล่าวชื่นชมให้กำลังใจเมื่อผลการตรวจระดับความดัน

2.3.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยครอบครัวสละเวลา จัดหาอาหาร ปรุงอาหาร เตรียมอาหาร และให้เงินผู้ป่วยเลือกซื้ออาหาร จัดหาเครื่องใช้ในครัวเรือน เพื่อการปรุงอาหารให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน และผู้วิจัยตอบข้อซักถาม และอธิบายเพิ่มเติม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม และแจกคู่มือบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยครอบคลุมถึงชนิดของอาหารและปริมาณอาหารในแต่ละวัน ตลอดจนสัปดาห์โดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลของอาหารทุกอย่างที่รับประทานในแต่ละวัน พร้อมอธิบาย ตอบข้อสงสัยที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับคู่มือ และกล่าวอำลาและนัดหมายเวลาพบครั้งต่อไป

ขึ้นดำเนินการ ครั้งที่ 2 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย บอกรัตถุประสงค์และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้เตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรม ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยหากพบปัญหาจะทำการช่วยเหลือและแก้ไขให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลือกชนิดและปริมาณของอาหารที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอที่สนธิเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะในการเลือกชนิดและปริมาณอาหาร โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกชนิดและปริมาณอาหาร โดยมีสมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุน พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างนำคู่มือทั้ง 2 เล่มที่แจกไปในสัปดาห์ที่ 1 มาด้วย เพื่อวิเคราะห์ใบงานต่างๆ โดยสอบถามการทำแบบทดสอบในใบงานที่อยู่ในคู่มือ เฉลยคำตอบในใบงาน โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชย กลุ่มตัวอย่างให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลือกชนิดและปริมาณอาหาร ได้เหมาะสม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมและผลที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคำอำลา และนัดหมายเวลาพบครั้งต่อไป

ขั้นตอนการ ครั้งที่ 3 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้เตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรม ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวได้อภิปรายร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวได้ชมวิดีโอที่สนธิเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นครั้งที่ 2 เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในโรคความดันโลหิตสูง และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้เหมาะสมจากตัวอย่างอาหารจำลอง โดยฝึกปฏิบัติการเลือกรายการอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยเตรียมอาหารที่รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ และฝึกปฏิบัติการเลือกรายการอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณ โดยมีครอบครัวสนับสนุนการทำกิจกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมและนัดหมายเวลาเยี่ยมบ้านอีก

ขั้นตอนการ ครั้งที่ 4 การเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสมเองที่บ้าน โดยมีครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งในการสนับสนุนแต่ละครั้งครอบครัวจะต้องลงบันทึกในคู่มือบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และคู่มือบันทึกการควบคุมอาหารของผู้ป่วยที่นำกลับไปทำที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย สัปดาห์ละครั้งในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจะกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้เหมาะสมและต่อเนื่อง และผู้วิจัยสังเกตและประเมินการให้การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวเปรียบเทียบกับข้อมูลในแบบบันทึกการให้การสนับสนุน ข้อมูลที่ในแบบบันทึกการควบคุมอาหาร และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะหากครอบครัวให้การสนับสนุนไม่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ครอบครัวดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยสอบถามรายละเอียดการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในพฤติกรรมการควบคุมอาหารจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งและสอบถามปัญหาอุปสรรคในการให้การสนับสนุนจากครอบครัว พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข และผู้วิจัยจะทบทวนบทบาทการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน แก่สมาชิกครอบครัวอีกครั้ง หากมีกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่อยู่บ้าน ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยเลื่อนการเยี่ยมบ้านออกไปและสอบถามกิจกรรมตามโปรแกรมผ่านทางโทรศัพท์แทน อีกทั้งผู้วิจัยได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนไปเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและนัดหมาย วัน เวลาล่วงหน้าในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

2.4 ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ การเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย ทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อประเมินผลพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายหลังได้รับ โปรแกรม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดำเนินการวิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ก่อนการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนของการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกและออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอเฉพาะในการวิจัยเท่านั้น สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยแจกคู่มือทั้ง 2 เล่มให้ทุกคนในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ดังรายละเอียดของใบพิทักษ์สิทธิในภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

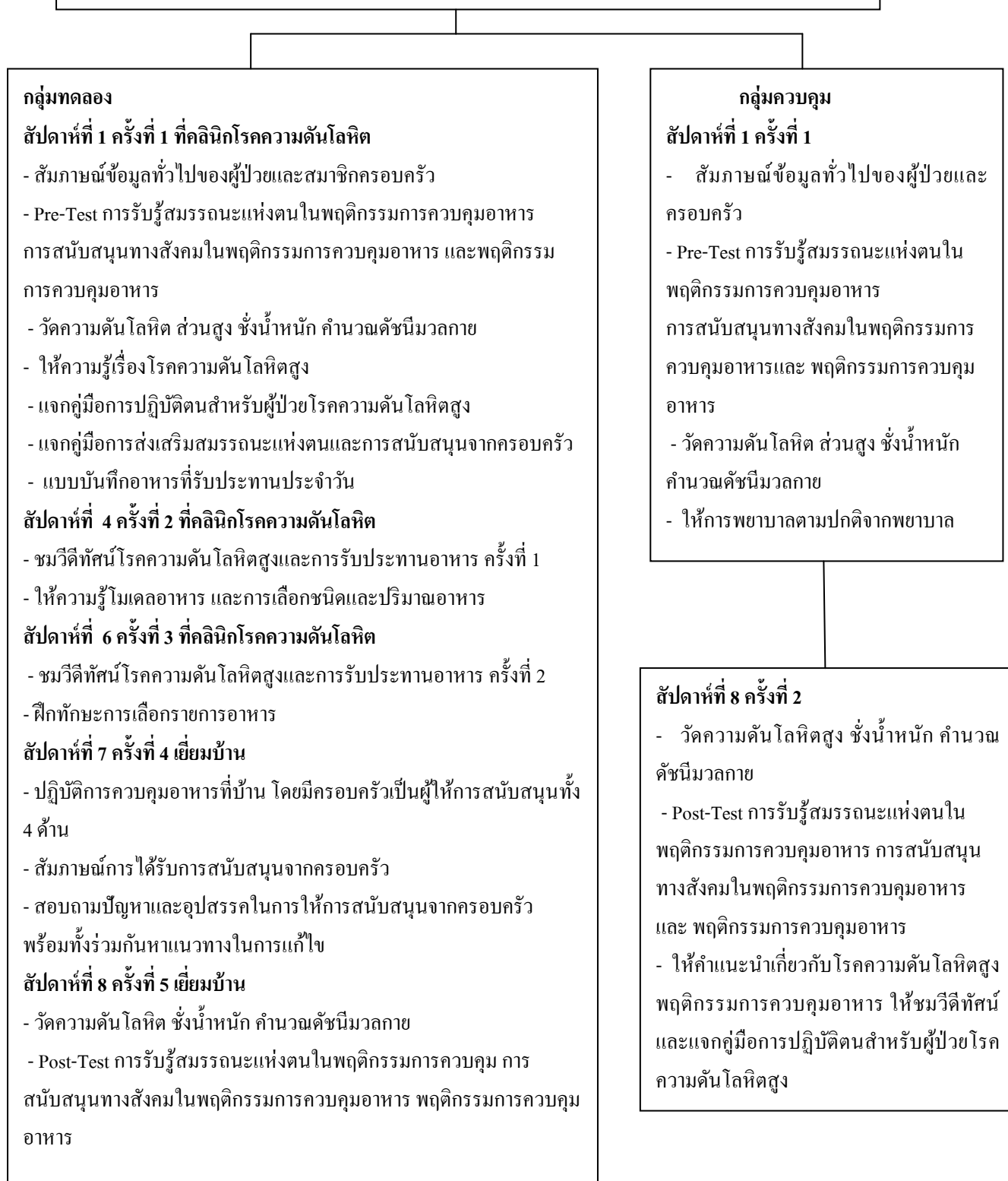
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัวที่ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์
 3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
 - 3.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่
 - 3.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ
 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน
 - 4.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่
 - 4.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ
 5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง
 - 5.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่
 - 5.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ
- ก่อนการใช้สถิติพาราเมตริกดังกล่าวในการทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยได้มีการทดสอบลักษณะข้อมูล ระดับตัวแปร ความสัมพันธ์ของตัวแปร และความแปรปรวนของประชากรในแต่ละกลุ่มตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติดังนี้

1. การทดสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยพิจารณาจากกราฟหรือค่าความเบ้ (skewness) ของตัวแปรที่นำมาตรวจสอบ คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและค่าระดับความดันโลหิต และใช้สถิติ Kolomogorov – Smimov test ทดสอบจากกราฟและผลจากการทดสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (ภาคผนวก จ)

2. ตัวแปรที่นำมาทดสอบอยู่ในระดับอันดับมากขึ้นไป ตัวแปรที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ คือ คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติพาราเมตริก โดยอยู่ในระดับอัตราส่วน

3. ตรวจสอบความสัมพันธ์ของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และค่าระดับความดันโลหิต โดยพิจารณาจากกราฟการกระจายของข้อมูล (scatter plot) พบว่า ทั้ง 2 ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



ภาพ 3 แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม โดยวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest, two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางจากรอบครัว จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.7) อายุ 35 – 59 ปี (ร้อยละ 56.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 63.7) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาลงมา (ร้อยละ 56.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.7) มีสมาชิกครอบครัว 2 – 4 คน (ร้อยละ 86.7) มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 53.4) มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 66.7) เกือบครึ่งมีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 46.7) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,700 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 73.3) ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง 1 ชนิด (ร้อยละ 76.6) มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ร้อยละ 70.0) เกือบทั้งหมดได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่า 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน (ร้อยละ 93.7) มากกว่าครึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1 – 4 ปี (ร้อยละ 60.0) ร้อยละ 10.0 ยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.3 ยังสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักปรุงอาหารให้ (ร้อยละ 70.0) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง คือ มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.7) อายุ 35 – 59 ปี (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.0) มีสมาชิกครอบครัว 2 – 4 คน (ร้อยละ 80.0) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 73.3) มากกว่าครึ่งมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 60.0) ครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 50.0) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 13,766 บาทต่อเดือน มากกว่าครึ่งมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 60.0) ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 1 ชนิด (ร้อยละ 63.3) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ร้อยละ 86.7) ได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่า 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน (ร้อยละ 86.7) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1–4 ปี (ร้อยละ 76.7) ร้อยละ 16.7 ยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.3 ยังสูบบุหรี่ และครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหลักปรุงอาหารให้ (ร้อยละ 50.0) เมื่อนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามข้อมูลทั่วไป มาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ ($N = 60$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 30$)		กลุ่มทดลอง ($n_2 = 30$)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.074
ชาย	17	56.7	17	56.7	
หญิง	13	43.3	13	43.3	
อายุ (ปี)	M = 58.2 ,SD = 11.35 Min = 36 , Max = 86		M = 56.7 , SD = 9.78 Min = 38 ,Max = 73		12.92
35 – 39 ปี	1	3.3	2	6.7	
40 – 49 ปี	5	16.7	6	20.0	
50 – 59 ปี	12	40.0	9	30.0	
60 – 69 ปี	8	26.7	9	30.0	
70 – 79 ปี	2	6.7	4	13.3	
>80 ปี	2	6.7	-	-	
สถานภาพสมรส					.170
คู่	24	80.0	22	73.3	
หม้าย	6	20.0	8	26.7	
ศาสนา					1.15
พุทธ	20	66.7	19	63.7	
อิสลาม	10	33.3	11	36.7	
อาชีพ					13.57
งานบ้าน	8	26.7	6	20.0	
ทำสวน	15	50.0	14	46.7	
ค้าขาย	1	3.3	6	20.0	

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับราชการ	2	6.7	4	13.3	
ประมง	2	6.7	-	-	
รับจ้าง	2	6.7	-	-	
ระดับการศึกษา					17.79
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	20.0	4	13.3	
ประถมศึกษา	19	63.3	13	43.3	
มัธยมศึกษา	4	13.3	9	30.0	
อนุปริญญา	1	3.3	1	3.3	
ปริญญาตรี	-	-	3	10.0	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/ เดือน (บาท)	M = 13,766 , SD = 6,765 Min =3,000, Max= 30,000		M = 15,700, SD = 4,822 Min = 5,000 ,Max = 20,000		8.65
< 5,000 บาท	1	3.3	1	3.3	
5,001 - 10,000 บาท	8	26.7	8	26.7	
10,001 - 15,000 บาท	9	30.0	9	30.0	
15,001 – 20,000 บาท	8	26.7	12	40.0	
>20,000 บาท	4	13.3	-	-	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)	M = 3.10 , SD = 1.60, Min = 1ปี ,Max= 7 ปี		M = 3.18 , SD = 1.61, Min = 4 เดือน, Max= 6 ปี		.370
< 1 ปี	-	-	3	10.0	
1-4 ปี	23	76.7	18	60.0	
5 – 8 ปี	7	23.3	9	30.0	

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					1.15
2 – 4 คน	24	80.0	26	86.7	
5 – 7 คน	5	16.7	4	13.3	
>7 คน	1	3.3	-	-	
บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย					4.56
สามี/ภรรยา	13	43.3	8	26.7	
บุตร	9	30.0	8	26.7	
หลาน	2	6.7	-	-	
สามี/ภรรยา/ บุตรหลาน	6	20.0	14	46.7	
การปรุงประกอบอาหาร					.16
ปรุงเอง	15	50.0	9	30.0	
ปรุงโดยผู้ดูแล	15	50.0	21	70.0	
ซื้อมารับประทาน	-	-	-	-	
ระดับความดันโลหิต					1.49
140/90 – 159/99 mmHg	18	60.0	22	73.3	
160/100 – 179/109 mmHg	12	40.0	8	26.7	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)					6.44
< 18.5 กก./ม ²	-	-	1	3.3	
18.5 – 22.9 กก./ม ²	4	13.3	8	26.7	
23.0 – 24.9 กก./ม ²	5	16.7	9	30.0	
25.0 -29.9 กก./ม ²	14	46.7	11	36.7	
≥ 30 กก./ม ²	7	23.3	1	3.3	

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	ยาที่ได้รับ				
Amlodipine	12	40.0	15	50.0	
Enaril	6	20.0	4	13.3	
Hctz	1	3.3	4	13.3	
Enaril + Hctz	2	6.7	1	3.3	
Enaril + Atenolol	1	3.3	1	3.3	
Amlodipine + Hctz	1	3.3	1	3.3	
Enail + Amlodipine	4	13.3	2	6.7	
Atenolol	1	3.3	2	6.7	
Hctz + Atenolol	2	6.7	-	-	
จำนวนพลังงานที่ได้รับต่อวัน					4.13
< 1,500 กิโลแคลอรี	4	13.3	2	6.7	
1,500 – 1,700 กิโลแคลอรี	5	16.7	4	13.3	
1,701 - 1,900 กิโลแคลอรี	14	46.7	5	16.7	
>1,900 กิโลแคลอรี	7	23.3	19	63.3	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					2.02
ดื่มสุรา	5	16.7	3	10.0	
ไม่ดื่ม	25	83.3	27	90.0	
การสูบบุหรี่					.94
สูบ	7	23.3	10	33.3	
ไม่สูบ	23	76.7	20	66.7	

สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) อายุ 35 – 59 ปี (ร้อยละ 73.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.0) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 76.7) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 15,016.67 บาท มากกว่าครึ่งนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 63.7) มีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 56.7) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส (ร้อยละ 66.7) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) อายุ 35 – 59 ปี มี (ร้อยละ 80.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 70.0) มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงน้อยกว่า (ร้อยละ 53.3) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 17,033 บาท เกือบครึ่งมีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 46.7) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส (ร้อยละ 60.0) เมื่อนำจำนวนสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งจำแนกตามข้อมูลทั่วไปมาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักจำแนกตามข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ ($N = 60$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.419
ชาย	6	20.0	6	20.0	
หญิง	24	80.0	24	80.0	
อายุ (ปี)	M = 44.83 , SD = 8.80 Min = 28 , Max = 56		M = 45.03 , SD = 9.31 Min = 28 , Max = 60		9.434
< 35 ปี	6	20.0	4	13.3	
35 – 39 ปี	3	10.0	5	16.7	
40 -49 ปี	5	16.7	9	30.0	
50 – 59 ปี	16	53.3	8	26.7	
60 – 69 ปี	-	-	4	13.3	
สถานภาพสมรส					3.810
โสด	3	10.0	3	10.0	
คู่	27	90.0	27	90.0	
ศาสนา					1.794
พุทธ	21	70.0	19	63.3	
อิสลาม	9	30.0	11	36.7	
อาชีพ					21.557
งานบ้าน	5	16.7	5	16.7	
ทำสวน	14	46.7	17	56.7	

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ค้าขาย	4	13.3	3	10.0	
รับราชการ	3	10.0	2	6.7	
ประมง	2	6.7	1	3.3	
อื่นๆ	2	6.7	2	6.7	
การศึกษา					6.610
ประถมศึกษา	16	53.3	7	23.3	
มัธยมศึกษา	6	20.0	12	40.0	
อนุปริญญา	2	6.7	7	23.3	
ปริญญาตรี	6	20.0	4	13.3	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/ เดือน (บาท)	M = 17,033, SD = 7,467 Min = 5,000, Max =30,000		M = 15,016.6 , SD = 3,940.25 Min = 10,000, Max =20,000		1.827
< 5,000 บาท	-	-	-	-	
5,001 – 10,000 บาท	5	16.7	8	26.7	
10,001 –15,000 บาท	9	30.0	12	40.0	
15,001 –20,000 บาท	12	40.0	10	33.3	
>20,000 บาท	4	13.3	-	-	

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)	M = 3.10 , SD = 1.60 Min = 1ปี ,Max= 7 ปี		M = 3.18 , SD = 1.61 Min = 4 เดือน ,Max= 6 ปี		.818
< 1 ปี	-	-	3	10.0	
1- 4 ปี	23	76.7	18	60.0	
5 -8 ปี	7	23.3	9	30.0	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					2.597
สามี	5	16.7	6	20.0	
ภรรยา	13	43.3	14	46.7	
บุตร	11	36.7	10	33.3	
น้อง	1	3.3	-	-	

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารครั้งหลังน้อยกว่าครั้งแรกและคะแนนก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (ตาราง 5)

ตาราง 5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมและภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่(N= 30)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p- value
	(n = 30)		(n = 30)			
Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง	145.33	7.98	150.47	6.37	5.589	.000*
กลุ่มควบคุม	145.80	9.57	128.60	6.66	13.002	.000*

*p < .001

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตาราง 6 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 6)

ตาราง 6

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (N=60)

ข้อมูล	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง	145.80	9.57	145.33	7.98	.205	.838
หลังทดลอง	128.60	6.66	150.47	6.37	13.002	.000*

*p < .001

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

จากตาราง 7 เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง พบว่า ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติทีคู่ (N= 30)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง				
	Mean	SD	df	t	p-value
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก					
ก่อนทดลอง	155.36	6.95	29		
หลังทดลอง	138.83	10.21	29	8.98	.000*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ก่อนทดลอง	93.53	3.55	29		
หลังทดลอง	81.86	6.53	29	9.21	.000*

*p < .001

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตาราง 8 เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีคู่ (N= 30)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม				
	Mean	SD	df	t	p-value
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก					
ก่อนทดลอง	153.40	9.17	29		
หลังทดลอง	153.73	8.61	29	0.165	.870
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ก่อนทดลอง	94.77	3.51	29		
หลังทดลอง	94.00	5.81	29	0.554	.584

p > .05

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตาราง 9 เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 9)

ตาราง 9

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (N= 60)

ความดันโลหิต	ระดับความดันโลหิตก่อนทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	153.40	9.17	155.36	6.95	.936	.353
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	94.77	3.15	93.53	3.55	1.351	.182

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตาราง 10 เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและค่าความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001(ตาราง 10)

ตาราง 10

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (N= 60)

ความดันโลหิต	ระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	153.73	8.61	138.83	10.21	6.109	.000*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	94.00	5.81	81.86	6.53	7.600	.000*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยอภิปรายผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการทดสอบตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มากกว่าครึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย และอยู่ในวัยกลางคน อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ (ทิพมาศ, 2545) ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 16.7 และร้อยละ 10.0 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ (ตาราง 3) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และเพิ่มการหลั่งคอติซอล ทำให้เส้นเลือดไปเลี้ยงไตหดตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิตและพรทิพย์, 2545) โดยมีงานวิจัยพบว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1-2

มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) ส่วนการสูบบุหรี่ ผลของนิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งอีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟริน ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ซุมศักดิ์, 2547) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สูบบุหรี่ร้อยละ 23.3 และร้อยละ 33.3 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับ (ตาราง 3) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยพบว่าในผู้ใหญ่วัยกลางคน เริ่มมีกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ทำให้กลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้น หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้ความดันโลหิตสูง (เพ็ญจันทร์, 2553)

ด้านการศึกษา การที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม(ร้อยละ 83.3) และมากกว่าครึ่งในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 56.3) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงไม่ได้เรียนหนังสือ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากในอดีตการศึกษาภาคบังคับอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรในภาคใต้ตอนล่างซึ่งพบว่าประชากรเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.57) มีความรู้ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (พงศเทพและชูชีพ, 2552) ด้านประกอบอาชีพ การที่ครึ่งของกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50.0) และกลุ่มทดลองเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.7) มีอาชีพทำสวน เนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ของอำเภออ่าวลึกเป็นพื้นที่สวนยางพารา และสวนปาล์มจำนวนมาก (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล อ่าวลึก, 2556)

ด้านดัชนีมวลกาย การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีภาวะโภชนาการเกิน(ร้อยละ 86.7) ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละ 70.0) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารใกล้เคียงกัน ดังจะเห็นได้จากทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มควบคุม (M = 145.80) และกลุ่มทดลอง (M = 145.33) ตามลำดับ (ตาราง 5) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคนไทยร้อยละ 30 มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียอยู่ในช่วง 18.5 – 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เนื่องจากดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง (วิมลรัตน์, 2552) โดยการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินจากการได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการ ซึ่งคนที่ต้องการลดน้ำหนักในผู้หญิงควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานประมาณ 1,000 – 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่วนในผู้ชายไม่เกิน 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน (วิมลรัตน์, 2551) เมื่อได้รับพลังงานเกินความต้องการ จะทำให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพอาหารเป็นไขมันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่

ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต (JNC 7, 2003) โดยกลไกของการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วน มีความเกี่ยวข้องกับน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที ภาวะอ้วนมักเกิดจากการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินกว่าการเผาผลาญพลังงานจากกิจกรรมประจำวัน (กอบกุล, 2546) ซึ่งการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก การที่พบว่าผู้ดูแลหลักในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีบทบาทในการดูแลสมาชิกครอบครัวและมีบทบาทในการจัดเตรียมอาหารและปรุงอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลดา (2550) ที่ศึกษาปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวมากกว่าครึ่งเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 52.00) ด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง การที่ทั้งสองกลุ่มมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากสังคมไทยเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ดูแลหลักอันดับแรกจะเป็นคู่สมรส เพราะมีความใกล้ชิด ผูกพันและมีความเอื้ออาทรต่อกันในฐานะ “คู่ทุกข์คู่ยาก”

ผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2

ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารทั้งโดยตรงและโดยอ้อมแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองผ่านแหล่งสนับสนุนของการเกิดสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ชนิด โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ กล้าพูดคุยและซักถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกิจกรรม ด้วยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย และให้ความรู้เรื่อง

ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน พร้อมทั้งแจ้งระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว สอนให้มีการผ่อนคลายอารมณ์ ได้แก่ การฟังดนตรีบรรเลง 5 นาทีตามด้วยนั่งสมาธิ 5 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกทางบวกในการที่จะเรียนรู้กิจกรรมอื่นๆ การนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสมผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การรักษาด้วยการควบคุมอาหารและผลดีของการควบคุมอาหาร เพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ว่าการควบคุมอาหารสามารถลดความดันโลหิตได้และการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารไม่ยากเกินไปที่จะกระทำ เนื่องจากตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจ สนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและต้องการกระทำได้สำเร็จ เช่นเดียวกับที่ตัวแบบกระทำ

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะในการเลือกรายการอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารจากตัวอย่างอาหารจำลอง และนำเสนอตัวอย่างอาหารจริง ฝึกกลุ่มตัวอย่างให้ลงบันทึกในแบบบันทึกอาหารประจำวันในรอบ 24 ชั่วโมงที่ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำต่อที่บ้าน เพื่อประเมินทักษะการปฏิบัติ กิจกรรมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบฝึกหัดในใบงานที่มีอยู่ในคู่มือทั้ง 2 เล่ม โดยในใบงาน “ชนะใจตน จนคุมอาหารได้” พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ (ร้อยละ 80.0) (ภาคผนวก ฉ 8) ใบงาน “จัดเมนูอาหาร” พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่อวันมากกว่า 1,500 กิโลแคลอรี (ร้อยละ 93.3) (ภาคผนวก ฉ 8) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องพลังงานจากอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวทราบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานจากอาหารเกินเกณฑ์ที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ถ้ารับประทานอาหารน้อยจะไม่มีแรงทำงาน” ใบงาน “คุณรู้แค่ไหน” พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องในเรื่องอาหารลดความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.6) (ภาคผนวก ฉ 8) ใบงาน “ฉันคิดว่าฉันทำได้ฉันมีคนช่วย” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน (ร้อยละ 60.0) (ภาคผนวก ฉ 8) ผู้วิจัยแนะนำและเน้นย้ำให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลแต่น้อยเท่าที่จำเป็นไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน แต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม เนื่องจากด้วยภูมิอากาศภาคใต้มีอากาศร้อนชื้น ส่งผลให้มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และใบงาน “บอกกล่าว” เป็นการพูดจาชักชวน โน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยเน้นย้ำว่ากลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพและค่อยๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารให้ถูกต้อง จนทำเป็นวิถีชีวิต ซึ่งพบว่าสมาชิกครอบครัวมีการบอกกล่าว กล่าวชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างฝึก

ทักษะการเลือกอาหารได้ถูกต้อง และจากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 77.30 คะแนน (SD = 6.22) เป็น 81.30 คะแนน (SD = 5.41) (ภาคผนวก ฉ 7) สอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะทำได้ โดยได้รับการชักจูง การได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ การลงมือกระทำสำเร็จด้วยตนเอง และการมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ

นอกจากผู้วิจัยจะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ยังส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ด้วยการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักคอยให้การสนับสนุนตลอดเวลา ด้วยการสังเกต ร่วมรับฟังกิจกรรมที่ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำให้สมาชิกครอบครัว สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่การควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง แสดงความห่วงใยโดยซักถาม รับฟังปัญหา รับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกและอุปสรรคต่างๆ ในการควบคุมอาหาร ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและนำมาให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวกล้าซักถามบุคลากรที่มสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร ในประเด็นที่สงสัย เพื่อจะได้นำข้อมูลมาชี้แนะกลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้อง จากการสอบถามและการบันทึกการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยให้นำกลับไปทำที่บ้าน พบว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ฉ2) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอจากพยาบาล ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวกล่าวชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติควบคุมอาหารได้ถูกต้องและให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือท้วงติงในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสมมาก่อน จึงไม่มั่นใจว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่ จึงต้องการข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเพื่อนำไปประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างรายอื่น การเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่น ทำให้บุคคลมั่นใจ ภูมิใจ ในความสามารถ เห็นคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม จึงเกิดกำลังใจ อยาก

ควบคุมอาหารให้ถูกต้องต่อไป และด้านทรัพยากร การที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเตรียมอาหารรสจืด ซื้หรือจัดหาอาหารที่เหมาะสมมาให้ จัดหาอุปกรณ์หรือสิ่งของที่จำเป็นสำหรับการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ไม่นำอาหารต้องห้ามสำหรับกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในบ้าน รับประทานอาหารรสจืด อาหารมันน้อย เหมือนกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในครอบครัวไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน โดยมีรายได้ในครัวเรือนที่เพียงพอ ทำให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักสามารถจัดเตรียมอาหารและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการควบคุมอาหารให้กลุ่มตัวอย่างได้ การวิจัยครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลหลักด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ฉ2) ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารภายหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 79.60 คะแนน (SD = 5.86) เป็น 84.36 คะแนน (SD = 3.94) (ภาคผนวก ฉ7) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ (2551) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเชื่อมั่นว่าตนมีศักยภาพที่จะทำได้ อีกทั้งสนับสนุนแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยลดสิ่งเร้าความเครียด และช่วยบรรเทาความเครียด (Pender et al., 2006) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ชินกฤต, 2552) และสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยครั้งนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความเคยชินและมีความชอบในการรับประทานอาหารแบบเดิมๆ เช่น รับประทาน

อาหารเค็มๆมันๆ กะทิ สอดคล้องกับการศึกษาของแวงและเวแซน (Wang & Vasan, 2005) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังรับประทานอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวบางรายยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมแต่ไม่กล้าซักถามแพทย์ พยาบาลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีกิจกรรม ได้แก่ ติดตามการใช้แบบบันทึกการให้การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว สอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร และให้คำแนะนำเป็นรายครอบครัวตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวเกิดความคุ้นเคย เป็นกันเอง กล้าซักถามปัญหา อีกทั้งผู้วิจัยแจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหาร คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัว แบบบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในรอบ 24 ชั่วโมง และแบบบันทึกการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว ให้นำกลับไปบันทึกที่บ้าน สังเกตและประเมินการให้การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวทั้ง 4 ด้าน ปัญหาที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ มีกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่อยู่บ้าน ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยเลื่อนการเยี่ยมบ้านออกไปและสอบถามกิจกรรมตามโปรแกรมผ่านทางโทรศัพท์แทน อีกทั้งผู้วิจัยได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนไปเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและนัดหมาย วัน เวลาล่วงหน้าในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านการพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารด้านอาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำได้ดีที่สุด และมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ภาคผนวก ก 4) เนื่องจากอาหารหมวดนี้เป็นที่รู้จักของคนทั่วไปว่าไม่ดีต่อสุขภาพ และมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากไขมันที่มีอยู่ในอาหารจะลอยไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งและตีบแคบลง ทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น และทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากการที่หัวใจทำงานมากขึ้น (Carroll & Karen, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยผู้วิจัยมีการพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง 3 ครั้ง มีการให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมอาหาร จำนวน 2 ครั้ง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การมีน้ำหนักเกิน หรือมีภาวะอ้วน ตลอดจนการใช้ตัวอย่างอาหารจำลองในการเลือกชนิดและปริมาณอาหารและฝึกทักษะการเลือกรายการอาหาร โดยอาหารในหมวดนี้ ได้แก่ ข้าว ควรรับประทาน ข้าวซ้อมมือ ข้าวสวย ประมาณ 7- 8 ทัพพีต่อวัน หรือไม่เกิน 1 ถ้วยมือต่อมือ ขนมหิน บะหมี่ วัณเส้น ปริมาณไม่เกิน ½ ถ้วยตวงต่อวัน ขนมหงอก 1 ถ้วยตวงต่อวัน ผลไม้ขนาดเล็ก 1 ส่วน เท่ากับ 6 – 8 ผลต่อมือ เช่น องุ่น ลองกอง ลำไย ผลไม้ขนาดกลาง 1 ส่วน เท่ากับ 1 – 2 ผลต่อมือ เช่น กล้วย ส้ม ชมพู ผลไม้ขนาดใหญ่ 1 ส่วน เท่ากับ 6-8

ขึ้นพอกำต่อมือ เช่น มะละกอ แดงโม สับปะรด รับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 24 กรัม หรือ 6 ช้อนชา และลดการดื่มสุราในวันหนึ่งผู้ชายควรดื่มไม่เกิน 30 มิลลิลิตร(1 แก้ว)หรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตรหรือไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตร ในผู้หญิงควรดื่มน้อยกว่าที่จำกัดในผู้ชายครึ่งหนึ่ง พร้อมทั้งแจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหาร คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีเนื้อหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปอ่านเองที่บ้าน

ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวดูวิดีโอที่สนับร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีส่วนช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ในคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ยังมีประสบการณ์ของตัวแบบ “ชีวิตปัญญาญมิ” ซึ่งปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้สำเร็จ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนมีการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในหมวด ข้าว แป้ง น้ำตาล และแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณดา (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในระดับดี ในด้านการเลือกซื้อ การปรุงและการรับประทานอาหารประเภทไขมันต่ำ และหลีกเลี่ยงอาหารประเภทของหวาน

การที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำได้ดีเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับดี (ภาคผนวก ก 4) อธิบายได้ว่าอาหารในหมวดนี้หาซื้อได้ง่าย ราคาถูกและมีความคุ้นชิน เนื่องจากภาคใต้มีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล ทำให้มีอาหารทะเลมากมาย ราคาถูกและสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย อีกทั้งในการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างชาวไทยมุสลิมอยู่ร้อยละ 36.7 ซึ่งนิยมรับประทานพวงวัว เครื่องในไก่ทอด ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของอาหารมุสลิม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคุ้นชินกับการรับประทานอาหารหมวดนี้ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารด้านโคเลสเตอรอลต่ำได้ดี เนื่องจากผู้วิจัยให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวปฏิบัติในการพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลอง ฝึกทักษะการเลือกอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำจากตัวอย่างอาหารจำลอง โดยมีรายละเอียดของอาหารหมวดนี้อยู่ในคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ อาหารตามโภชนาการ ควรเลือกรับประทานอาหาร โชนสีเขียว หลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอล เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล กินอาหารอย่างถูกหลักโดยรับประทานปลาสดครึ่งตัว ไก่หรือเป็ดต้องลอกหนังออก และควรรับประทานวันละไม่เกิน 10 -12 ช้อนกินข้าว ทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างรู้และเข้าใจชนิดและปริมาณอาหารในหมวดนี้ที่ควรลดหรือหลีกเลี่ยง เนื่องจากมีการตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงว่าอาหารเหล่านี้เมื่อรับประทานมากเกินไป จะทำให้เลือดมีความหนืดมากและหลอดเลือดเกิดการแข็งตีบแคบลง ทำให้ความดันโลหิตสูง

การที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหารน้ำตาลต่ำดีเป็นอันดับสาม และอยู่ในระดับดี (ภาคผนวก ก 4) อธิบายได้ว่า อาหารหมวดนี้หาซื้อได้ง่าย ราคาถูกและมีการผูกโยงกับวัฒนธรรมประเพณีของคนภาคใต้ เนื่องจากภูมิประเทศของภาคใต้ มีผลไม้รสหวานจัดตามฤดูกาลหลายชนิด เช่น เงาะ ทุเรียน ขนุน ซึ่งชาวบ้านนิยมปลูกไว้ในสวนสำหรับรับประทานเองหรือจำหน่าย ประกอบด้วยภูมิอากาศของภาคใต้มีอากาศร้อนยาวนาน จึงมีการจำหน่ายเครื่องดื่มรสหวานอยู่ทั่วไป การดื่มเครื่องดื่มรสหวานช่วยให้รู้สึกสดชื่น นอกจากนี้วัฒนธรรม ประเพณีภาคใต้มีการเชื่อมโยงกับการทำขนมหวานรสหวานจัด เช่น ขนมลา ขนมเจาะหู กาละแม่ม ข้าวเหนียวกวน ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ขนมเต่าส้อ (พงศเทพและยูชูฟ, 2552) แต่การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารหวานได้ดี เนื่องจากผู้วิจัยได้ ให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวในเรื่องการควบคุมอาหารหวานทั้งชนิดและปริมาณ อาหารหมวดนี้ ได้แก่ ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัดและเครื่องดื่มรสหวาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานอาหารหวานมากเกินไป จะทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปสะสมไว้บริเวณผิวหนังในรูปของไขมัน ส่งผลให้ร่างกายมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิตต์และวาริ, 2549) โดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวโดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลองและการฝึกทักษะการเลือกอาหารจากตัวอย่างอาหารจำลอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการแจกคู่มือ ซึ่งในคู่มือจะมีเนื้อหาในหลักการควบคุมอาหารหวานอย่างครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณ โดยลดอาหารประเภทหวานจัด รับประทานอาหาร โซนสีเขียว อาหารควบคุมความดันโลหิต ควรดื่มน้ำผลไม้ไม่เกิน 180 ซีซีต่อวัน น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารหวานได้ดี

ส่วนพฤติกรรมด้านอาหารเล็กน้อยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้น้อยที่สุด และอยู่ในระดับปานกลาง (ภาคผนวก ก 4) เนื่องจากบริโภคนิสัยที่มีการคิดในรสชาติ ค่านิยมวัฒนธรรมตะวันตกและการถนอมอาหารของคนไทยภาคใต้ อาหารหมวดนี้ ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป อาหารตากแห้ง เครื่องปรุงรสต่างๆ แม้ว่าในคู่มือจะมีเนื้อหาของอาหารในหมวดนี้ เช่นเดียวกับหมวดอื่นๆ โดยปรากฏอยู่ในอาหารตามโซนสี อาหารควบคุมความดันโลหิต กินอย่างถูกหลักอาหารควบคุม

ความดันโลหิตสูง โดยลดเกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน น้ำปลาไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะต่อมื้อ และควรรับประทานอาหารที่ปรุงเอง แต่ด้านอาหารหมักดอง ดากแห้ง เป็นกระบวนการถนอมอาหารที่เป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมที่สืบต่อกันมาจากรุ่นต่อรุ่นจึงยากที่จะหลีกเลี่ยง ซึ่งในกระบวนการถนอมอาหารประเภทนี้จะต้องใช้เกลือในการทำ ทำให้อาหารหมักดองและอาหารดากแห้งมีเกลือเป็นส่วนผสมในปริมาณมาก ซึ่งหากรับประทานอาหารที่มีเกลือในปริมาณมากเกินไปจะทำให้ระดับของโซเดียมในร่างกายสูงขึ้น เป็นผลให้ร่างกายมีการคูดน้ำกลับเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จนอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะน้ำเกินหรือมีอาการบวมอย่างรุนแรงได้ และยังทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (ผ่องพรรณ, 2554) อีกทั้งบริโภคนิสัยของคนได้ นิยมรับประทานอาหารหมักดองและอาหารดากแห้ง เช่น บูดู ไตปลา ปลาเค็ม ปลาร้า สะตอดอง ผักเสี้ยนดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น รวมถึงบริโภคนิสัยของคนได้ นิยมอาหารรสจัด คือ เค็ม มัน และรสชาติเข้มข้น เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติกันมายาวนาน (ทิพย์วดี, 2552; ชนิกันต์, 2550) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารประเภทหมักดองและดากแห้งได้ไม่ดี ด้านอาหารสำเร็จรูปและเครื่องปรุงรสต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาโดยผ่านการเผยแพร่ทางสื่อโฆษณา ทำให้เกิดค่านิยมคิดในรสชาติของอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก เช่น การรับประทานไก่ทอดเคเอฟซี พิซซ่า เป็นต้น อีกทั้งนิยมการรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งมีการใช้ผงชูรสและเครื่องปรุงรส (วิมลรัตน์และคณะ, 2551; สุรชัย, 2546) นิยมรับประทานอาหารจานด่วน รวมทั้งอาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น (ดวงพร, 2546; ผ่องพรรณ, 2549; ศิริวัฒน์, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่เห็นความสำคัญของการอ่านฉลากอาหาร ยังปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรสหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “ แป้งหวาน ” และยังมีเครื่องปรุงรสชนิดอื่นๆ เช่น รสดี ชุปก้อน เป็นต้น เครื่องปรุงรสดังกล่าวหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก เมื่อนำมาปรุงอาหารทำให้รสชาติอร่อยจนกลายเป็นความเคยชินของแต่ละครอบครัว จึงพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหารค็มน้อยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี (2552) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสเค็ม เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ (2546) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงยังมีการบริโภคอาหารเกลือและน้ำปลาในการปรุงรสอาหารคิดเป็นร้อยละ 33.64 และ 53.63 ตามลำดับ

ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารทุกหมวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ภาคผนวก ฉ) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ และการสอนเพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารได้ถูกต้องทันทีและยั่งยืน จึง

ต่อกัย้ความสำคัญของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งต้องลงมือปฏิบัติและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ในการกำกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยให้คงอยู่ตลอดไป

สมมติฐานที่ 3

ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยลดอาหารหวาน มัน เค็ม แป้งมากและเพิ่มอาหารที่มีกากใยสูง อันเป็นผลมาจากการเกิดความเชื่อมั่นตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร เนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างแหล่งการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้ง 4 ด้าน ในกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการเลือกชนิดอาหารที่ควบคุมความดันโลหิต ปรากฏอยู่ในคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องหลักการควบคุมอาหาร อาหารตามโภชนาการ อาหารควบคุมความดันโลหิต กินอย่างถูกหลักอาหารควบคุมความดันโลหิต ใบบาง “ จัดเมนูอาหาร ” ใบบาง “ คุณรู้แค่ไหน ” ใบบันทักอาหารประจำวันในรอบ 24 ชั่วโมง และคู่มือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งมีเนื้อหาการสนับสนุนจากครอบครัว 4 ด้านและ ใบบาง “ หัวใจเล็กๆจากใจ คนในครอบครัว ” ใบบาง “ บอกกล่าว ” ตลอดจนใบบันทักการสนับสนุนจากครอบครัวโดยให้กลับไปบันทึกที่บ้าน โดยเนื้อหาดังกล่าวนี้ที่ผู้วิจัยจัดทำ เมื่อกลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ และอาจเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคไต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงอันตรายต่อชีวิต หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จึงพบว่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการ

สนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของชินกฤต (2552) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองและระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของคอนลินและคณะ (Conlin et al., 2001) ได้ศึกษาการรับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่รับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิต สามารถลดความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกได้ 11.4 มิลลิเมตรปรอทและ 5.5 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ

สมมติฐานที่ 4

ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น จะได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปไม่ได้ จะจงใจเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิก ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำเรื่องหลักการควบคุมอาหารโดยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีการเลือกควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่ได้น้อย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้เห็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อ ไม่ได้รับกิจกรรมการ พูจาซักชวน และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและขาดแรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จึงทำให้พบว่า ระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมทั้งก่อน และหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีชาติ (2549) พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่หลังการสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก อ่าวลึก อ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร 2) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร 3) คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 4) คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 5) แบบบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ 6) แบบบันทึกการให้การสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และ 7) วัตถุประสงค์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมอาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมและขอความร่วมมือในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งประมาณ 6-7 รายต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติครบจำนวน 60 ราย โดยกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 30 รายต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุดแข็งในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกระบวนการติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมในโปรแกรมโดยมีใบงานติดตามการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในพฤติกรรมควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรมได้เป็นรูปธรรมมากขึ้นและช่วยในการติดตามผลความสำเร็จของกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งนำไปสู่การปรับโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีขึ้น
2. หากมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ควรมีการปรับเปลี่ยนเรื่องการเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามโทรศัพท์แทน เพื่อลดความยุ่งยากในการติดตาม ซึ่งในโปรแกรมต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยบางรายไม่พบผู้ป่วย อาจต้องยืดมนอกเวลาราชการ
3. การบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในระยะเวลา 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในแต่ละวันตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยได้ และไม่มีการประเมินย้อนกลับว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสมหรือไม่ หากให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีควรนำปัญหาที่พบในใบบันทึกการควบคุมอาหารของผู้ป่วยแต่ละรายมาแก้ไขในการพบกันแต่ละครั้ง
4. รายการอาหารที่ใช้เป็นสื่อในการฝึกทักษะการเลือกชนิดและปริมาณอาหารในคู่มือ ควรนำรายการอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย
5. ควรเน้นการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ความสำคัญของพฤติกรรมควบคุมอาหารและติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรม

ควบคุมอาหารด้านเค็มน้อย เนื่องจากภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองยังปฏิบัติได้เพียงระดับปานกลาง

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนการนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ไปใช้ในการวางแผนและการจัดบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่มีโรคร่วม

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระยะยาว เช่น ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
2. นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหารไปศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค, สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2554). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. จุลสาร.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2548). *ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลิฟวิ้ง.
- กึ่งทิพย์ เต็มทอง. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาหมู่บ้านท่าช้างอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เกศินี บัวชื่น. (2550). *การสนับสนุนของครอบครัวต่อความต้องการด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คณินญา พรพรพิศ. (2546). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- จรินทร์รัตน์ ชันการไถ. (2550). *ผลการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, นครสวรรค์.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *โรคความดันโลหิตสูง*. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 175-201)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธุ์ภักดี, และชีวรัตน์ ต่ายเกิด. (2555). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. *รามาชิปตีเวชสาร*, 18(2), 223–236.
- จิราพร ทองดี. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ฉัตรชัย ใหม่เขียว. (2544). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชนิกานต์ สมจรรย์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชลธิชา เรือนคำ. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชาตรี แมตลี. (2549). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแพร่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชินกฤต เมธาสุวภัทร. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งเสมอ อำเภอกงหรา จังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ชุมศักดิ์ พุกยาพงศ์. (2547). คู่มือความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: ไกล่หมอ.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2545). หลักการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์, และนวลจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2, ฉบับปรับปรุง, หน้า 191-206). สงขลา: เอส. ซี.วี. บิสซิเนสส์.
- ทิพย์วดี พันธภาค. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทรัพย์ทรง จอมพงศ์. (2546). ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *โภชนศาสตร์ชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานสมิเดีย.
- ปาริชาติ กาญจนพังคะ. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- พงศ์เทพ สุธีรฤติ, และยูซุฟ นิมะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพอาหารและโภชนาการ*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. *รามาศิลป์วารสาร*, 15(3), 431-448.
- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. (2546). *การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิกุล ดินามาศ. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พีระ บุรณกิจเจริญ. (2549). *คู่มือโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี ไตสุขศรี, และศรีนทร์นต์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ 1* (หน้า 92-113). กรุงเทพมหานคร: เอ็นทีเพลส.
- ภัทรศิริ พจมานพงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มาลิน มาลาอี. (2549). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- โรงพยาบาลอ่าวลึก, งานเวชระเบียนและสถิติ. (2554). *ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวลึก*. อัดสำเนา.
- โรงพยาบาลอ่าวลึก, ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลอ่าวลึก. (2556). *ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ของอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่*. อัดสำเนา.
- วาสนา ครุฑเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และดวงฤดี ลาสุขะ. (2548). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. *พยาบาลสาร*, 32(4), 53-68.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- วาสนา รวยสูงเนิน. (2549). พยาบาลกับการส่งเสริมการบริโภคเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 54-60.
- วินัส ถีพกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (บรรณาธิการ). (2545). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาโต, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยานี บุญสิน, และถนอม ชูงาน. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 1(26), 71-84.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2551). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก๊อปปี้ คอร์เนเจอร์ ดิจิตอลปรินต์เตอร์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก๊อปปี้ คอร์เนเจอร์ ดิจิตอลปรินต์เตอร์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2551). *การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธทองคำ. (2551). *ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. ใน *สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 129-161). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวารีย์ วณิชปัญญาพล. (2549). *คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2553, จาก <http://www.thaihypertension.org/2008guideline.pdf>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ค้นเมื่อ 30 กันยายน 2555, จาก <http://www.thaihypertension.org/2012guideline.pdf>

สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สร้อยญา พิจารณ์. (2547). *การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สายฝน กันธมาลี. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

อรนุช เทียวสะอาด. (2544). *ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อรุณดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อาทิยา วงสาพาน. (2549). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- อึบนิคยอขิม อ็ลญเอช็ยห้. (2548). *การแพทย็ตามแนวทางท่านศาสตามุฮัหมัด ซล* (กษัฒษ ษร็สง่า, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพะมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา (ศศนพ.) คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Dietetic Association (ADA). (2008). *Hypertension evidence based nutrition practice guideline*. Retrieved October 5, 2009, from <http://www.guideline.gov>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Carroll, A. L., & Karen, R. P. (2001). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patient perspective. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300 - 314.
- Cohen, D., Townsend, R., Miani, M., & Bernard, D. (2001). Treatment expectations in hypertension: Implications for patients enrolled in disease management programs. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(11), 631-640.
- Conlin, P. R., Chow, D., Miller III, E. R., Svetkey, L. P., Lin, P., Harsha, D. W.,...Appel, L. J. (2000). The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: Result from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *American Journal of Hypertension*, 13(9), 949-955.
- Egan, M. B., Zhao, Y., Axon, R. N., Brzezinski, A. W., & Ferdinand, C. K. (2011). *Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1988 to 2008*, American Heart Association. Retrieved October 13, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824920>
- Ho, T. M. (2009). Hypertension management: Lifestyle in interventions in a transcultural context. *Journal of Renal Care*, 35(4), 176-184.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley.
- Joint National Committee. (2003). *The seventh report of joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Boston: NIH Publication.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death interdisciplinary perspectives* (pp.77-91). Boulder, CO: Westview Press.

- Kahawong, W. (2005). *Nutritional health-promoting behavior among women with hyperlipidemia*. (Unpublished doctoral dissertation). Mahidol University, Bangkok.
- Kaplan, N. M. (2006). *Kaplan's clinical hypertension* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kennedy, S. (2011). The role of diet in lowering blood pressure. *Nursing Standard*, 25(48), 39-47.
- Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2007). Evaluation a community – based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trail. *Preventive Medicine*, 44(2), 160-166.
- Levine, B. S. (2004). Nursing management hypertension. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problem* (pp. 777-798). St. Louis: Mosby.
- Moore, T. J., Conlin, P. R., Ard, J., & Svetkey, L. P. (2001). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet is effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension. *Hypertension*, 38(2), 155- 58.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (2006). *Coronary artery disease*. Retrieved August 23, 2012, from <http://www.nhlbi.gov/about/nccp>
- Nguyen, Q., Domingues, J., Nguyen, L., & Gullapalli, N. (2010). Hypertension management: An update. *American Health & Drug Benefits*, 3(1), 47-55.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 2(12), 22-29.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Rankin, J., Sampson, W., Brown, B., & Salley, T. J. (2005). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) intervention reduces blood pressure among hypertension African American patients in a neighborhood health care center. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 37(5), 259-264.

- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D.,...Lin, P. H. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative. *The New England Journal of Medicine*, 344(1), 3-10.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145 -150.
- Walker, S.N., Sechrist, K, R., & Pender, N. J. (1985). The health – promoting lifestyle profile II: Development and psychometric characteristic. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Wang, T. J., & Vasan, R. S. (2005). *Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States: American Heart Association*. Retrieved October 13, 2012, from <http://www.circ.ahajournals.org>
- Will, T. A. (1985). Supportive function of interpersonal relationships. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 281-298). San Diego, CA: Academic Press Oxford University.
- World Health Organization Expert Consultation. (2004). Appropriate body–mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}$$

ES คือ ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

SD_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของชินกฤต (2552) ในเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

$$\bar{X}_1 = 51.10 \quad \bar{X}_2 = 45.67 \quad SD_1 = 5.3 \quad SD_2 = 3.6$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{51.10 - 45.67}{\sqrt{(5.3^2 + 3.6^2)/2}} \\ &= 1.19 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 แต่เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ (large effect size) แต่ผู้วิจัยได้ลดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม รวมเป็น 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวของท่านตามความเป็นจริง โดยเลือกคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่าร้างหรือแยกกัน

4. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ.....

5. อาชีพ

() 1. งานบ้าน () 2. ทำสวน
() 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
() 5. ประมง () 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้..... บาทต่อเดือน

8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว

() 1. อยู่คนเดียว () 2. 2-4 คน
() 3. 5-7 คน () 4. มากกว่า 7

10. บุคคลที่อาศัยกับผู้ป่วย
 () 1. สามี/ภรรยา () 2. บุตร
 () 3. หลาน () 4. อื่น.....
11. ผู้ดูแลหลัก () 1. มี (ระบุ)
 () 2. ไม่มี.....
12. การปรุงประกอบอาหาร
 () 1. ซื้อมา () 2. ปรุงเอง
 () 3. ปรุงโดยผู้ดูแล () 4. อื่นๆ ระบุ.....
13. ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
14. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
15. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
16. รอบเอว.....นิ้ว
17. ดัชนีมวลกาย = $\frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$
 =กก/ม²
18. ยาที่ได้รับ (ระบุ).....
19. จำนวนพลังงานที่ได้รับต่อวัน.....กิโลแคลอรี
20. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 () 1. ดื่ม (ระบุ).....
 () 2. ไม่ดื่ม
21. การสูบบุหรี่
 () 1. สูบ (ระบุ).....มวน/วัน
 () 2. ไม่สูบ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวของท่านตามความเป็นจริง โดยเลือกคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่าร้างหรือแยกกัน

4. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ

5. อาชีพ

- () 1. งานบ้าน () 2. ทำสวน
() 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
() 5. ประมง () 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้..... บาทต่อเดือน

8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี

9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจของท่านต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เชื่อมั่นมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง
เชื่อมั่นมาก	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
เชื่อมั่นปานกลาง	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้บางครั้ง
เชื่อมั่นน้อย	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้น้อยครั้งหรือนานๆครั้ง
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จเลย

ข้อความ	เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	เชื่อมั่นปานกลาง	เชื่อมั่นน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ฉันจะไม่รับประทานขนมที่หวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ของหวานที่ใส่กะทิและน้ำเชื่อม เป็นต้น	/				

ข้อความ	เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	เชื่อมั่นปานกลาง	เชื่อมั่นน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ฉันรับประทานแกงส้ม แกงเลียง แกงคั่ว แทน แกงไตปลา บูด					
2. ฉันจะไม่เติมน้ำปลา เครื่องปรุงรสอื่นเพิ่มเติมเวลารับประทาน ก๋วยเตี๋ยว / อาหารปรุงสำเร็จ					
3. ฉันจะไม่รับประทานมาม่า ขนมขบเคี้ยว และอาหารกึ่งสำเร็จรูป แม้จะเป็นอาหารสะดวกซื้อ					
4. ฉันใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว ปรุงอาหารรับประทาน แม้จะมีราคาแพงกว่าน้ำมันปาล์ม					
5. ถ้าปรุงอาหารรับประทานเองฉันจะใช้หางกะทิแทนหัวกะทิ					
6. ฉันไม่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอดแม้จะเป็นอาหารที่ฉันชอบ					
7. ฉันจะเลาะไขมัน/ หนังออกทุกครั้งเมื่อรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน / คัดหนัง					
8.....					
21. ฉันจะรับประทานข้าวขัดสีไม่เกิน 6-8ทัพพีต่อวัน แม้จะรู้สึกไม่อึด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากรจากครอบครัว เกี่ยวกับการพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตรงความเป็นจริง โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และขอกรุณาตอบทุกข้อ โดยเกณฑ์การตอบมีดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านได้รับความห่วงใยเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดเสมอ เช่น คอยสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน				/	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1. บุคคลใกล้ชิดให้ความห่วงใยและเอาใจใส่เสมอ เช่น คอยสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร					
2. บุคคลใกล้ชิดพูดคุยให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
3. บุคคลใกล้ชิดสนใจรับฟังปัญหาหรือความรู้สึกไม่สบายใจของฉัน โดยไม่แสดงความหงุดหงิดหรือรำคาญใจ					
4. บุคคลใกล้ชิดคอยให้กำลังใจฉันในการควบคุมอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพดี ทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อเขา					
5. บุคคลใกล้ชิดคอยปลอบใจฉันเมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของฉัน					
6. บุคคลใกล้ชิดเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของฉัน					
7.....					
19. บุคคลใกล้ชิดสร้างบรรยากาศในบ้าน เพื่อสนับสนุนให้ฉันควบคุมอาหารได้ เช่น รับประทานอาหารรสจืดเหมือนกันทั้งครอบครัว					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของท่าน ให้ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทุกครั้งหรือ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทุกครั้งหรือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทุกครั้งหรือ 1-2 ครั้ง/เดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
1. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง กะละแม ยาหนม ขนมหม้อแกง เป็นต้น	/				

ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม บูด แกงไตปลา ผักผลไม้ดอง เป็นต้น					
2. ท่านรับประทานอาหารที่เค็มเครื่องปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ซอส มาม่า ขนมขบเคี้ยว					
3. ท่านรับประทานอาหารคาวหรือขนมที่ปรุงด้วยการทอด เช่น ไข่ทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋					
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทถั่ว เช่น ถั่วลิสง ฟองเต้าหู้ เต้าหู้					
5. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันสัตว์ เช่น มันหมู มันไก่					
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ต่างๆ					
7. ท่านรับประทานผักที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ถั่วงอก ตำลึง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น					
8.....					
37. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เอ็มร้อย กระทิงแดง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาแดงมากกว่า 30-40 มล.ต่อวัน(ประมาณ 1 แก้ว), ไวน์มากกว่า 100 -120 มล.ต่อวัน (ประมาณ 3-4 แก้ว)					

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 1 วัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 4 แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 คู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ส่วนที่ 6 คู่มือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการควบคุมอาหารประจำวันในแต่ละมือ ในระยะเวลา 1 วัน

ชื่อ..... สกุล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

คำชี้แจง กรุณาระบุรายการละเอียดเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดที่ท่านรับประทานในแต่ละมือในระยะเวลา 1 วัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

รายการหมวดอาหาร	มือซ้าย	มือเที่ยง	มือขวา	หมายเหตุ
ข้าว แป้ง (ทัพพี)				
ผัก (ทัพพี)				
ผลไม้ (ช้อนขนาดคำ)				
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)				
นมและผลิตภัณฑ์ (แก้ว)				
น้ำมัน น้ำตาล เกลือ (ช้อนชา)				
อื่นๆ				

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการให้การสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ชื่อ..... สกุล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างทุกครั้งที่ทำให้การสนับสนุนการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ข้อความ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4												
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7						
การสนับสนุนด้านอารมณ์ - การใช้คำพูดแสดงความห่วงใย - รับฟังปัญหาการควบคุมอาหาร - ให้กำลังใจ - ปลอบใจ - พยายามให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้น																																		
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า - ชมเชยการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง - เตือนเมื่อรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง - เห็นด้วยกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม - ชื่นชมที่ฉันมีการควบคุมอาหารได้ดีเหมือนคนอื่นๆ																																		

ข้อความ	สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2							สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร - อ่านหนังสือเรื่องการควบคุมอาหารให้ฟัง - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร โรคความดันโลหิตสูง - หาข้อมูลจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมาบอกกัน - ถ่ายทอดคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลแก่กัน - สอบถามวิธีการควบคุมอาหารจากบุคลากรทีมสุขภาพให้แก่นัก - กระตุ้นเตือนการไปพบแพทย์ตามวันนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ																												
การสนับสนุนด้านทรัพยากร - จัดหาอาหาร ซื่ออาหารที่เหมาะสมแก่กัน - ให้เงินในการซื้ออาหาร - สละเวลาพาฉันมาพบแพทย์ตามนัด - จัดตั้งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนการควบคุมอาหาร																												

ข้อความ	สัปดาห์ที่ 5							สัปดาห์ที่ 6							สัปดาห์ที่ 7							สัปดาห์ที่ 8							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
การสนับสนุนด้านอารมณ์ - การใช้คำพูดแสดงความห่วงใย - รับฟังปัญหาการควบคุมอาหาร - ให้กำลังใจ - ปลอบใจ - พุดคุยให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้น																													
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า - ชมเชยการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง - เตือนเมื่อรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง - เห็นด้วยกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม - ชื่นชมที่ฉันมีการควบคุมอาหารได้ดีเหมือนคนอื่นๆ																													

ข้อความ	สัปดาห์ที่ 5							สัปดาห์ที่ 6							สัปดาห์ที่ 7							สัปดาห์ที่ 8							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร - อ่านหนังสือเรื่องการควบคุมอาหารให้ฟัง - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร โรคความดันโลหิตสูง - หาข้อมูลจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมาบอกกัน - ถ่ายทอดคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลแก่กัน - สอบถามวิธีการควบคุมอาหารจากบุคลากรทีมสุขภาพให้แก่นัก - กระตุ้นเตือนการไปพบแพทย์ตามวันนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ																													
การสนับสนุนด้านทรัพยากร - จัดหาอาหาร ซึ่อาหารที่เหมาะสมแก่กัน - ให้เงินในการซื้ออาหาร - สละเวลาพาฉันมาพบแพทย์ตามนัด - จัดตั้งเวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนการควบคุมอาหาร																													

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตมาได้

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง	1. กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยพูดคุยทักทายแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วย รวมทั้งความรู้สึกและสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วย โดยสัปดาห์ที่ 1 ถึง 2 ผู้วิจัยให้กิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-7 ราย จนครบ 30 ราย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที และสัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 จัดกิจกรรมรายกลุ่มใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และสัปดาห์ที่ 7-8 เป็นกิจกรรมรายเดี่ยวที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง	- กลุ่มตัวอย่างแสดงสีหน้ายิ้มแย้มในการพูดคุยและเล่าถึงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของตน - กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวสามารถบอกขั้นตอนและกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ซั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน พร้อมทั้งบอกให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบผลระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน หลังจากนั้นให้ฟังดนตรีบรรเลง 5 นาทีตามด้วยนั่งสมาธิ 5 นาที - เก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง - ให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความหมายสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา หลักการควบคุมอาหาร - ฝึกทักษะการเลือกชนิดและปริมาณอาหารจากตัวอย่างอาหารจำลอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร - กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและ การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
<p>ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)</p> <p>ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.กลุ่มตัวอย่างเกิดประสบการณ์ตรงในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จด้วยตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สาธิตการเลือกชนิดและปริมาณอาหารจากตัวอย่างอาหารจำลอง - แจกคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหาร คู่มือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบบันทึกอาหารที่รับประทานประจำวันและแบบบันทึกการสนับสนุนจากครอบครัวในพฤติกรรมควบคุมอาหารให้กลับไปทำต่อที่บ้าน โดยอธิบายและสาธิตการบันทึกให้แก่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งสอบถามข้อสงสัย - กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบโดยชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมอาหาร ซึ่งนำเสนอถึงความหมายโรคความดันโลหิตสูง อาการ การปฏิบัติตน การควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค - ฝึกทักษะการเลือกรายการอาหารโดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลองในการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดัน 	

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (ต่อ)	3. กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเองและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ	<p>โลหิตสูง</p> <p>-- ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยวิเคราะห์ใบงาน “ สนใจตนจนคุมอาหารได้ ” “ คุณรู้แคไหน ” “ จัดเมนูอาหาร ” “ ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย ” “ บอกกล่าว ” และใบงาน “ หวังลึกๆ จากใจ คนในครอบครัว ” ติดตามแบบบันทึกการให้การสนับสนุนจากครอบครัว</p> <p>- สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมาชิกครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างในการควบคุมอาหาร</p>	- กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ถูกต้องและปฏิบัติการเลือกชนิดและปริมาณอาหารจากตัวอย่างอาหารจำลองได้ถูกต้อง

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 คลินิกโรคความดันโลหิตสูง	4. กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เนื่องจากได้รับการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นและการได้รับประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จด้วยตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จอีกครั้ง โดยชมวีดิทัศน์โรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมอาหาร ครั้งที่ 2 กระตุ้นความทรงจำของกลุ่มตัวอย่างในการเห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารซ้ำ - ฝึกทักษะการเลือกรายการอาหาร โดยใช้ตัวอย่างอาหารจำลองในการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและนำเสนอตัวอย่างอาหารจริง - ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยวิเคราะห์ใบงาน “ หน้าที่ตนจนคุมอาหารได้ ” “ คุณรู้แค่ไหน ” “ จัดเมนูอาหาร ” “ ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย ” “ บอกกล่าว ” และใบงาน “ หัวใจเล็กๆ จากใจ คนในครอบครัว ” และติดตามแบบบันทึกการให้การสนับสนุนจากครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในใบงาน การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 60 - ปฏิบัติการเลือกรายการอาหารทั้งชนิดและปริมาณจากตัวอย่างอาหารจำลองได้ถูกต้อง

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> - สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว 	
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 เยี่ยมบ้าน	5.กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่บ้าน โดยมีสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุน - ติดตามการปฏิบัติการควบคุมอาหารที่บ้าน โดยมีครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน - ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยวิเคราะห์ใบงาน “ สนใจตนจนคุมอาหารได้ ” “ คุณรู้แค่นี้ ” “ จัดเมนูอาหาร ” “ ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย ” บอกกล่าว ” และใบงาน “ หัวใจเล็กๆ จากใจ คนในครอบครัว ” สอบถามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและติดตามแบบบันทึกการให้การสนับสนุนจาก 	- กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในใบงาน การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 (ต่อ)		<p>ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหารและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว 	
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้าน	6.กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหาร เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยมีสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุน - วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกายและแจ้งผลแก่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัว - ทำแบบทดสอบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรม การควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง - ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและ 	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับความดันโลหิตของ กลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 18.5 - 22.99 กิโลกรัมต่อตาราง เมตรและตอบผลคะแนน หลังการทดสอบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครั้งที่ / สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมิน
		<p>-พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารจากไปงานต่างๆดังกล่าวข้างต้น</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวในการร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม</p>	<p>ครอบครัวอยู่ในระดับสูง</p> <p>และพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี</p>

ส่วนที่ 4 แผนการสนับสนุนด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
สถานที่ให้ความรู้	คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่าวลึก อ. อ่าวลึก จ.กระบี่
แนวคิด	การได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่แข็งแรงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะมีผลกระทบ ต่อสุขภาพ
จุดประสงค์ทั่วไป	<ol style="list-style-type: none">1. กลุ่มตัวอย่างบอกความหมาย สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง2. กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาสาเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้ตนควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถูกต้อง3. กลุ่มตัวอย่างบอกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ถูกต้อง5. กลุ่มตัวอย่างระบุการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารทั้งชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้อง

แผนการสนับสนุนด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 1 ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
<p>1.กลุ่มตัวอย่างบอกความหมายและสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง</p> <p>2. กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ตนไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้อง</p>	<p>บทนำ</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าไดแอสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายที่เคยยืดหยุ่นง่าย ค่อยๆแข็งกระด้างขึ้นตามอายุหรือจากภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (arteriosclerosis) และเกิดจากหลอดเลือดแดงมีไขมันเกาะทำให้มีการตีบแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆทั่วร่างกาย</p>	<p>เกริ่นนำ ด้วยการอภิปรายกลุ่ม โดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประสพการณ์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>- ชักถามปัญหา เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- ผู้วิจัยอธิบายและกล่าวความนำในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถาม</p>	<p>วีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>15 นาที</p>	<p>- สังเกตความสนใจกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- การตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง</p>	<p>-กลุ่มตัวอย่างระบุสาเหตุที่ทำให้ตนควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
3.กลุ่มตัวอย่างบอกอาการ ของโรคความดันโลหิต สูงได้อย่างน้อย 3 ข้อ	atherosclerosis) ทำให้เกิดแรงต้าน ในหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อาการ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแต่อย่างใด ซึ่งมักจะตรวจพบโดยบังเอิญ อาจมี อาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน มีอาการปวดศีรษะตบ ๆ แบบไมเกรน ในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือความดันสูงมาก ๆ อาจมีอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอน ไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมี เลือดกำเดาไหล เมื่อปล่อยทิ้งไว้	ชั้นสอน - ผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่างเป็น รายบุคคลว่าโรคความดันโลหิต สูงเกิดขึ้นได้จากสาเหตุใดบ้าง ให้ผู้ป่วยตอบคนละ 1ข้อ - ผู้วิจัยถามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ว่าโรคความดันโลหิตสูงอาการ ใดบ้าง ให้ผู้ฟังตอบคนละ 1ข้อ - ผู้วิจัยอธิบายอาการของโรค ความดันโลหิตสูง - ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้กลุ่ม ตัวอย่างซักถาม			- กลุ่มตัวอย่าง ซักถาม แสดง ความคิดเห็นเรื่อง อาการโรคความ ดันโลหิตสูง	- กลุ่มตัวอย่าง สามารถบอก ความหมาย และตอบ คำถามสาเหตุ ของโรคความ ดันโลหิตสูง ได้อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ - ผู้ป่วยตอบ คำถามอาการ ของโรคความ ดันโลหิตสูง ได้อย่างน้อย ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
4.กลุ่มตัวอย่างบอกภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง	<p>นานๆโดยไม่ได้รับการรักษาก็อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น</p> <p>ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>1. หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะมีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบตัน กลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดจากอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> <p>2. สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย</p>	<p>-ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย 1-2 คนสรุปอาการของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- ผู้วิจัยอธิบายอาการแทรกซ้อนที่สงสัยอาจเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยยกมือเมื่อมีอาการเหมือนในแต่ละข้อ เพื่อประเมินผลว่ามีผู้ป่วยคนใดมีอาการตามที่กล่าวเกิน 3 ข้อบ้าง เพื่อแนะนำให้ปรึกษาแพทย์</p> <p>- ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้กลุ่มตัวอย่างซักถาม</p>			<p>- จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยกมือตอบคำถามอาการโรคความดันโลหิตสูงเกินร้อยละ 70</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างซักถามแสดงความคิดเห็น</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
5. กลุ่มตัวอย่างบอกแนว ทางการรักษาโรคความ ดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง	<p>ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจทำให้ เกิดอาการชัก หรือหมดสติได้</p> <p>3.ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ไตที่วายจะ ยิ่งทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น</p> <p>4. ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ</p> <p>แนวทางการรักษาโรคความ ดันโลหิตสูง ประกอบด้วย</p>	<p>- ผู้วิจัยอธิบายอาการที่สงสัยอาจ เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดย ให้ผู้ป่วยยกมือเมื่อมีอาการ เหมือนในแต่ละข้อ เพื่อ ประเมินผลว่ามีผู้ป่วยคนใดมี อาการตามที่กล่าวเกิน 3 ข้อบ้าง เพื่อแนะนำให้ปรึกษาแพทย์</p> <p>- ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้ผู้ป่วย ซักถาม</p> <p>- ผู้วิจัยถามผู้ป่วย 2-3 คนว่า อาการที่สงสัยว่าอาจเกิดโรค ความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวนำหัวข้อแนว ทางการรักษาโรคความดัน โลหิตสูง</p>			<p>- นับจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ยกมือ ตอบคำถามโรค ความดันโลหิตสูง</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่าง สามารถตอบ คำถามอาการ ถูกต้องอย่าง น้อย 4 ใน 5 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
	1) การรักษาโดยไม่ใช่ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การรักษาโดยวิธีใช้ยา 3) การควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วนเกินมาตรฐาน การควบคุมน้ำหนักจะต้องสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันหรืออาหารที่มีรสหวานจัด 4) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย จะต้องคำนึงถึงอายุไม่ควรหักโหมเกินกำลัง การออกกำลังกาย จะช่วยเผาผลาญน้ำตาลเพิ่มขึ้น ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ก็ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสม่ำเสมอ	- ผู้วิจัยอธิบายวิธีการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง - ผู้วิจัยอธิบายข้อคำนึงประเภท และประโยชน์ของการออกกำลังกาย				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
6.กลุ่มตัวอย่าง ระบุ พฤติกรรมการควบคุม อาหารทั้งชนิดและ ปริมาณอาหารได้ถูกต้อง อย่างน้อยละ 80	<p>5) การลดการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น กระทิงแดง ลิโพ</p> <p>6) การเลิกสูบบุหรี่</p> <p>7)การจัดการความเครียด เช่น การ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การ ละหมาด การฟังเพลง</p> <p>8) การตรวจสุขภาพทุกปีและสังเกต อาการที่สงสัยว่าอาจจะเป็นโรค ความดันโลหิตสูง</p> <p>แนวทางการควบคุมอาหารในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจะต้อง ปฏิบัติดังต่อไปนี้</p> <p>ด้านโภชนาการ เลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ - งดรับประทานอาหารเค็ม 	<p>-ผู้วิจัยกล่าวนำหัวข้อ การ ปฏิบัติการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูง</p> <p>- ผู้วิจัยอธิบายวิธีการปฏิบัติตน ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</p>	ตัวอย่าง อาหารจำลอง	15 นาที	- การเลือกชนิด และปริมาณจาก ตัวอย่างอาหาร จำลอง	- กลุ่มตัวอย่าง สามารถระบุ พฤติกรรมการ ควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต สูงได้ถูกต้อง อย่างน้อย 5 ข้อ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
	<ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวานต่างๆ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด - ลดอาหารที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง - ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอล เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล - เพิ่มอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผักและผลไม้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยตามกลุ่มตัวอย่าง อาหารที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง - ผู้วิจัยสรุปอาหารที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง - ผู้วิจัยอธิบายวิธีการควบคุมน้ำหนัก <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รับประทานอาหารที่จุกจิบ รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ 2. ไม่รับประทานอาหารรสจัด 3. ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมัน มากเกินไป ควรรับประทานอาหารปรุงโดยน้ำมันพืชแทนไขมันจากสัตว์ 			-	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่าง เลือกชนิดและปริมาณอาหาร จากตัวอย่างอาหารจำลองที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงลดลง ได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
	สรุป โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ ติดต่อแต่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ กับทุกเพศทุกวัย สาเหตุของความ ดันโลหิตสูงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าสัมพันธ์กับพันธุกรรมและ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนิน ชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการควบคุม ความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับ ปกติต้องมีการปรับเปลี่ยน	ขั้นสรุป - ทบทวนเนื้อหาโดยการ ประเมินผู้ป่วย - สรุปโดยการมีคำถาม - ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซักถามข้อสงสัย - ผู้วิจัยสรุป โรคความดันโลหิต สูง				-

สัปดาห์ที่ 4, 6 ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
<p>1.กลุ่มตัวอย่างเกิด ประสบการณ์ตรงจากการ ปฏิบัติสำเร็จด้วยตนเอง</p> <p>2.กลุ่มตัวอย่างเกิด กระบวนการเรียนรู้จากตัว แบบ</p> <p>3.กลุ่มตัวอย่างเกิด แรงจูงใจจากการใช้คำพูด ประสบการณ์ตรงเห็นตัว แบบ และสภาวะร่างกาย และอารมณ์</p>		<p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกทักษะการเลือกชนิดและ ปริมาณอาหาร โดยใช้ตัวอย่าง อาหารจำลอง - ชมวีดิทัศน์ เรื่องโรคความดัน โลหิตสูงและการควบคุมอาหาร - วิเคราะห์ใบงานต่างๆ - สอบถามปัญหาและอุปสรรค 	<p>ตัวอย่าง อาหารจำลอง</p>	<p>60 นาที</p>		<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติการเลือก ชนิดและปริมาณ อาหารจากตัวอย่าง อาหารจำลองได้ ถูกต้องอย่างน้อย 4 หมวดใน 6 หมวด - วิเคราะห์ใบงาน การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน 1) ใบงาน “ ชะใจตน จน คุมอาหารได้ ” ตอบคำถามข้อ 1 เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
						2) ใบบงาน “ จัด เมนูอาหาร ” กลุ่ม ตัว อย่าง จัด เมนูอาหาร ได้ ถูกต้องอย่างน้อย 5 วันใน 7 วัน 3) ใบบงาน “ คุณรู้แค่ ไหน ” กลุ่มตัวอย่าง ตอบคำถาม ได้ ถูกต้องอย่างน้อย 7 ข้อใน 10 ข้อ 4) ใบบงาน “ ฉันคิด ว่าฉันทำได้ ฉันมี คนช่วย ” กลุ่ม ตัวอย่างสามารถ บันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
						<p>ด้วยตนเองอย่างน้อย 5 วันใน 7 วัน</p> <p>5) ใบงาน “บอกกล่าว” กลุ่มตัวอย่างได้ทำบอกกล่าวจากสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 4 ชื่อใน 6 ชื่อ</p> <p>6) ใบงาน “ห่วงลึกๆ จากใจ คนในครอบครัว” กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 14 ชื่อใน 19 ชื่อ</p>

สัปดาห์ที่ 7, 8 การเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหาร โดย ได้รับการสนับสนุนจาก สมาชิกครอบครัว		สัปดาห์ที่ 7 - ติดตามกลุ่มตัวอย่างในการ ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุม อาหารที่เหมาะสมเองที่บ้าน โดย มีครอบครัวเป็นผู้ให้การ สนับสนุน ซึ่งในการสนับสนุน แต่ละครั้งครอบครัวจะต้องลง บันทึกในคู่มือบทบาทการเป็น ผู้ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับ พฤติกรรมควบคุมอาหารแก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และดูใบบันทึกการควบคุม อาหารของผู้ป่วยที่นำกลับไปทำ ที่บ้าน				วิเคราะห์ใบงานการ รับรู้สมรรถนะแห่ง ตน 7)ใบงาน “ชนะใจตน จนคุม อาหารได้” ตอบคำถามข้อ 1 เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80 8) ใบงาน “จัด เมนูอาหาร”กลุ่ม ตัวอย่างจัด เมนูอาหารได้ถูกต้อง อย่างน้อย 5 วันใน 7 วัน

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
		<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ใบงานต่างๆดังกล่าวข้างต้น - สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร 				<p>9) ใบงาน“ คุณรู้แค่ไหน ”กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องอย่างน้อย 7 ข้อใน 10 ข้อ</p> <p>10) ใบงาน“ ฉันคิดว่าฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย ” กลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร</p> <p>11) ใบงาน“ บอกกล่าว ” กลุ่มตัวอย่างได้คำบอกกล่าวจากสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 4 ข้อใน 6</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
		<p>สัปดาห์ที่ 8</p> <p>ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย และแจ้งผลระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อประเมินผล</p>			<p>ข้อ</p> <p>12) ใบงาน “ ห้วงลึกๆจากใจ คนในครอบครัว ” กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 14 ข้อ.ใน 19 ข้อ</p> <p>-ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 18.5 - 22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและตอบ</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	การประเมิน
		พฤติกรรมควบคุมอาหาร ภายหลังได้รับโปรแกรม และ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและ สมาชิกครอบครัวที่ให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม				ผลคะแนนหลังการ ทดสอบการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุน ทางสังคมจาก ครอบครัวอยู่ใน ระดับสูงและ พฤติกรรมการ ควบคุมอาหารอยู่ใน ระดับดี

เอกสารอ้างอิง

ชุมศักดิ์ พฤษพงษ์. (2548). *คู่มือความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร:ไกล้หมอ.

สมจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ วารี วนิชปัญญาพล. (2549). *คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2555, จาก http://www.thaihypertension.org/2012_guideline.pdf

ภาคผนวก ง
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
(สำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวอริรัตน์ คนสวน เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและ ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งหากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่านต่อไป หากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งหากท่านมีความสนใจจะเข้าร่วมการใช้โปรแกรมผู้วิจัยยินดีที่จะให้ท่านเข้าร่วมในภายหลัง

นอกจากนี้ท่านสามารถยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและการพยาบาลที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในการนำแนวทางในการมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร หากท่านยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับท่านที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ดิฉันจะอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมและให้ท่านแสดงความยินยอมอีกครั้งก่อนเริ่มการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิต

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาวอริรัตน์ คนสวน)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

แบบฟอร์มพหุทัศนะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาวอริรัตน์ คนสวน เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและ ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยโดยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่าน พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ท่านนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน และในการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในครั้งนี้ได้จัดให้ท่านทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนการเข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 1 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านเข้าพบกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง และสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน เมื่อดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

นอกจากนี้ท่านสามารถยกเลิกหรือออกจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและการพยาบาลที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในการนำแนวทางในการมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาวอริรัตน์ คนสวน)

ผู้วิจัย

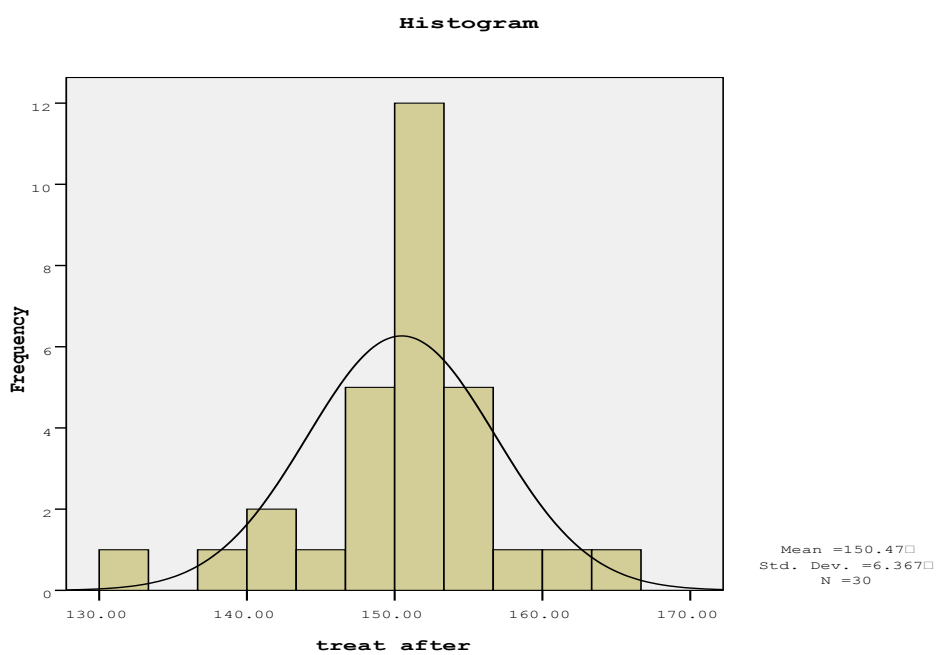
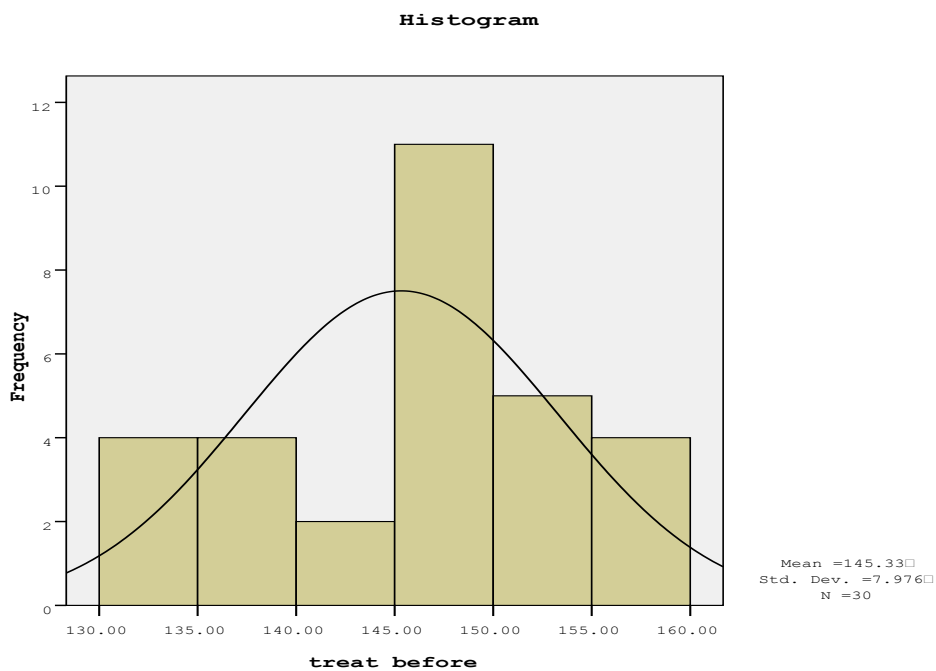
.....

(วัน/เดือน/ปี)

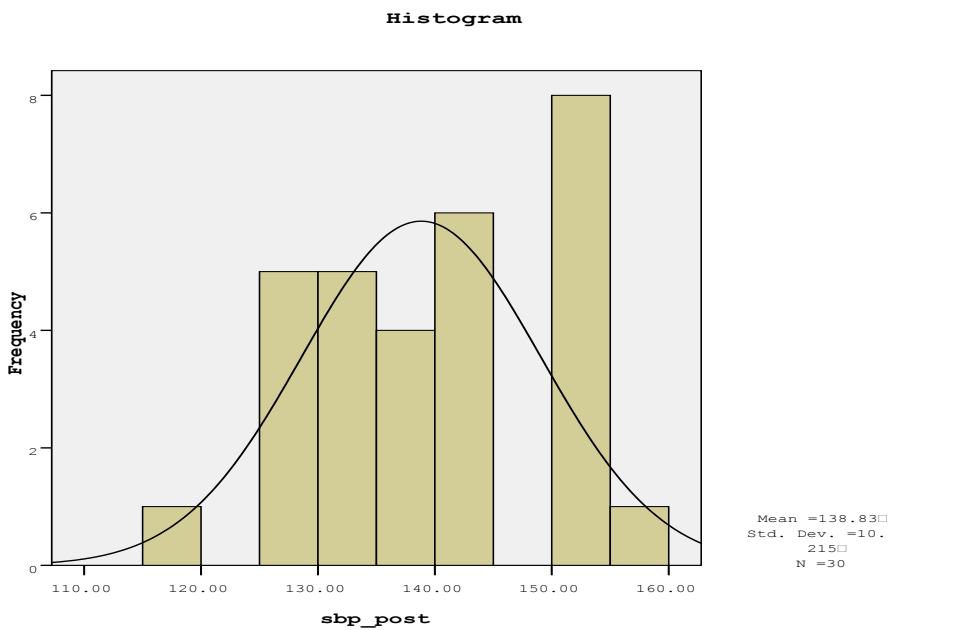
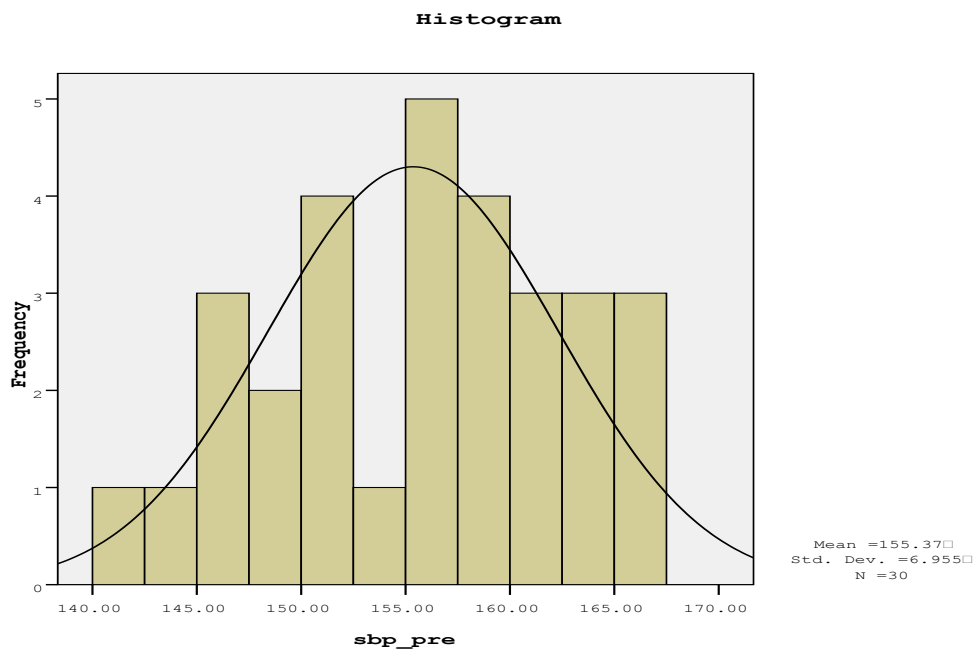
ภาคผนวก จ

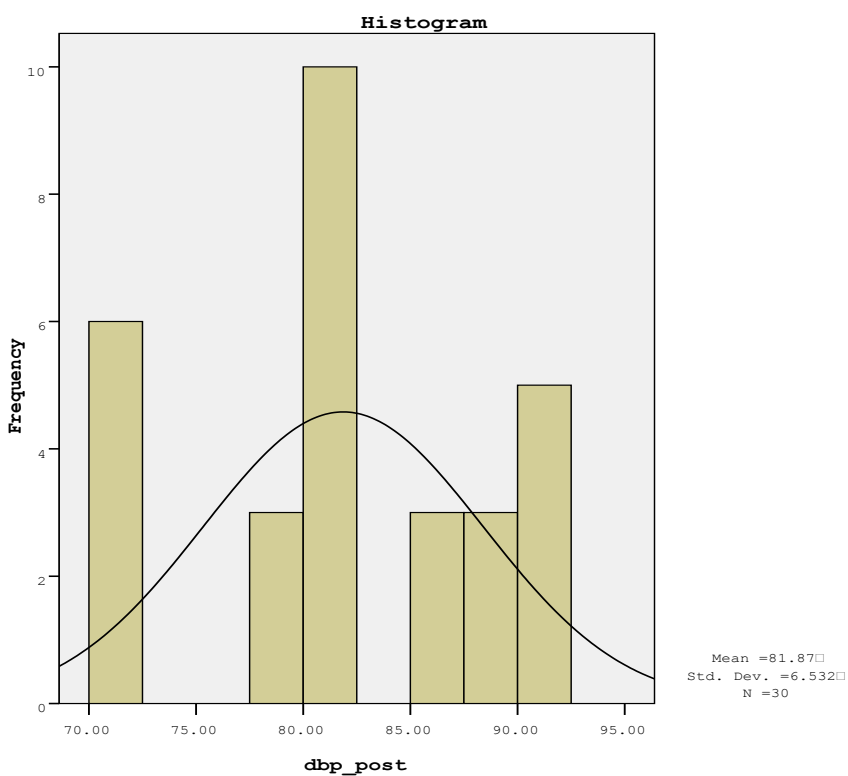
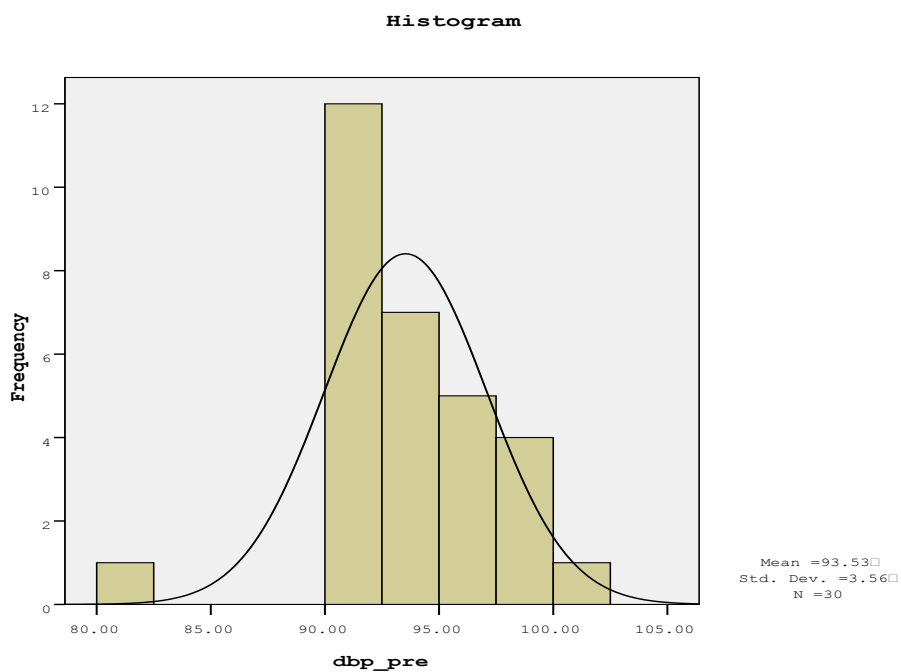
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยการพิจารณาจากกราฟ



สรุปผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง จากกราฟ พบว่าแจกแจงค่อนข้างสมมาตรหรือใกล้เคียงโค้งปกติ





สรุปผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับโลหิตทั้งตัวบนและล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง จากกราฟ พบว่าแจกแจงค่อนข้างสมมาตรหรือใกล้เคียงโค้งปกติ

2. ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ ความโด่ง ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานความโด่งของ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	Min	Max	Mean	SD	Skewness		Std. Error of skewness	Kurtosis		Std. Error of Kurtosis
					Statistic	Z-value		Statistic	Z-value	
กลุ่มควบคุม										
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารก่อนการทดลอง	122	149	134.40	7.15	-.006	-.014	.427	-.891	-1.07	.833
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลอง	115	142	128.60	6.65	-.133	-.311	.427	-.795	-.954	.833
ระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลอง	142	180	153.40	9.17	1.371	3.21	.427	1.442	1.73	.833
ระดับความดันโลหิตตัวบนหลังการทดลอง	130	170	153.73	8.61	-1.114	-2.60	.427	1.819	2.18	.833
ระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลอง	89	104	94.77	3.51	.464	1.08	.427	.090	0.11	.833
ระดับความดันโลหิตตัวล่างหลังการทดลอง	70	100	94.00	5.81	-2.415	-5.65	.427	9.340	11.21	.833
กลุ่มทดลอง										
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารก่อนการทดลอง	130	159	145.33	7.98	-.323	-.75	.427	-.700	-.84	.833
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลอง	131	165	150.47	7.16	-.777	-1.81	.427	2.682	3.21	.833
ระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลอง	142	166	155.36	6.95	-.274	-.64	.427	-.997	-1.19	.833
ระดับความดันโลหิตตัวบนหลังการทดลอง	116	158	138.83	10.21	-.024	-.056	.427	-.646	-.77	.833
ระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลอง	82	102	93.53	3.55	-.507	-1.19	.427	3.377	4.05	.833
ระดับความดันโลหิตตัวล่างหลังการทดลอง	70	92	81.86	6.53	-.373	-.87	.427	-.869	-1.04	.833

จากค่า Z -value พบว่ามีค่า ± 3 แสดงว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติยกเว้นข้อมูลระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลอง ระดับความดันโลหิตตัวล่างหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

3. การทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยวิธี Kolomogorov Test

Kolomogorov Test –Sminov Statistic	df	Sig
ค่าคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	58	.509
ระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนทดลอง	58	.9.08
ระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนทดลอง	58	.375

สรุปผลการทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยวิธี Kolomogorov Test ของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง จ 1

คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ฉันรับประทานแกงส้ม แกงเลียงแกง คั่ว แทน แกงไตปลา บูด	3.70	.67	สูง	3.80	.60	สูง
2. ฉันจะไม่เติมน้ำปลา เครื่องปรุงรส อื่นเพิ่มเติมเวลารับประทานถ้วยเดียว อาหารปรุงสำเร็จ	3.75	.93	สูง	3.78	.82	สูง
3. ฉันจะไม่รับประทานมาฆ่า ขนมขบ เคี้ยว และอาหารกึ่งสำเร็จรูป แม้จะเป็น อาหารสะดวกซื้อ	3.88	.90	สูง	3.97	.84	สูง
4. ฉันใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว ปรุง อาหารรับประทาน แม้จะมีราคาแพง กว่าน้ำมันปาล์ม	4.75	.51	สูง	4.85	.36	สูง
5. ถ้าปรุงอาหารรับประทานเองฉันจะ ใช้หางกะทิแทนหัวกะทิ	1.43	.87	ต่ำ	1.60	.94	ต่ำ
6. ฉันไม่รับประทานอาหารที่ปรุงโดย การทอดแม้จะเป็นอาหารที่ฉันชอบ	3.20	.60	ปานกลาง	3.55	.56	ปานกลาง
7. ฉันจะเลาะไขมัน/ หนังออกทุกครั้ง เมื่อรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน /ติด หนัง	4.13	.89	สูง	4.33	.63	สูง
8. ฉันดื่มน้ำผลไม้แทนไอศกรีม	3.42	.87	ปานกลาง	3.82	.60	สูง

ตาราง จ 1 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
9. ฉันรับประทานประเภทถั่ว เช่น ถั่วลิสง ฟองเต้าหู้ เต้าหู้ แทนเนื้อสัตว์	3.50	.83	ปานกลาง	3.57	.83	ปานกลาง
10. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานเครื่องในสัตว์ทุกชนิด แม้เป็นอาหารที่ชอบ	3.78	.86	สูง	4.05	.75	สูง
11. ฉันไม่รับประทานไข่ปลา ปลาหมึก หอย กุ้ง ปู ถึงแม้จะชอบมากก็ตาม	3.58	.79	ปานกลาง	3.80	.68	สูง
12. ถึงแม้จะชอบรับประทานไข่ แต่ฉันรับประทานเฉพาะไข่ขาว	3.50	.72	ปานกลาง	3.72	.58	สูง
13. ฉันดื่มน้ำผลไม้ น้ำผัก แทนน้ำอัดลม	3.78	.86	สูง	4.10	.63	สูง
14. ฉันจะไม่รับประทานขนมหวาน และ/หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ลำไย แม้เป็นอาหารที่ชอบ	4.22	.74	สูง	4.28	.67	สูง
15. ฉันจะดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน โอเลี้ยง กาแฟเย็น ชาเย็น	3.90	.84	สูง	4.05	.67	สูง
16. ฉันจะรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ แทนข้าวขัดสี แม้จะมีราคาแพงกว่า	2.58	.98	ปานกลาง	2.77	.96	ปานกลาง
17. ฉันรับประทานผักรวมๆกันอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี แม้ว่าจะลำบากในการหาซื้อ	4.58	.74	สูง	4.65	.61	สูง

ตาราง จ 1 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
18. ฉันรับประทานปลาแทนเนื้อสัตว์ชนิดอื่น	4.65	.58	สูง	4.78	.41	สูง
19. ฉันเลือกดื่มนมพร่องมันเนยหรือขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน	3.10	1.16	ปานกลาง	3.23	1.03	ปานกลาง
20. ถ้าจะดื่มน้ำชา กาแฟ โอวัลตินที่ใส่นมและ/หรือน้ำตาล ฉันจะดื่มไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน	3.70	1.11	สูง	3.93	.92	สูง
21. ฉันจะรับประทานข้าวขัดสีไม่เกิน 6-8 ทัพพีต่อวัน แม้จะรู้สึกไม่อิ่ม	4.52	.77	สูง	4.65	.68	สูง

ตาราง จ 2

คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มทดลอง

การสนับสนุนทางสังคม	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. บุคคลใกล้ชิดให้ความห่วงใยและเอาใจใส่เสมอ เช่น คอยสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	3.82	.60	สูง	4.00	.55	สูง
2. บุคคลใกล้ชิดพูดคุยให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	4.05	.39	สูง	4.18	.43	สูง
3. บุคคลใกล้ชิดสนใจรับฟังปัญหาหรือความรู้สึกไม่สบายใจของฉันโดยไม่แสดงความหงุดหงิดหรือรำคาญใจ	4.07	.41	สูง	4.13	.39	สูง
4. บุคคลใกล้ชิดคอยให้กำลังใจฉันในการควบคุมอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพดี ทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อเขา	4.12	.61	สูง	4.28	.55	สูง
5. บุคคลใกล้ชิดคอยปลอบใจฉัน เมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของฉัน	3.83	.53	สูง	3.98	.47	สูง
6. บุคคลใกล้ชิดเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของฉัน	4.38	.58	สูง	4.60	.53	สูง
7. บุคคลใกล้ชิดกล่าวชมเมื่อฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ดี	4.00	.45	สูง	4.17	.42	สูง
8. บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนเมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	4.45	.65	สูง	4.68	.57	สูง

ตาราง จ 2 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
9. บุคคลใกล้ชิดแสดงความชื่นชมที่ฉันปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารได้ดีเช่นเดียวกับคนอื่นๆ	3.92	.42	สูง	4.07	.48	สูง
10. บุคคลใกล้ชิดช่วยหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีมาให้ฉัน เช่น การควบคุมอาหาร	3.70	.56	สูง	4.00	.45	สูง
11. บุคคลใกล้ชิดแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	4.12	.58	สูง	4.40	.59	สูง
12. บุคคลใกล้ชิดคอยแนะนำและหรือเตือนฉันให้ไปพบแพทย์ตามนัดและ/หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ	4.85	.36	สูง	4.88	.32	สูง
13. บุคคลใกล้ชิดคอยสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้แก่นั้น	3.87	.57	สูง	4.00	.55	สูง
14. บุคคลใกล้ชิดพยายามหาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพดีจากสื่อต่างๆเช่น อ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ หรือดูโทรทัศน์มาบอกฉัน	3.75	.57	สูง	4.07	.52	สูง
15. บุคคลใกล้ชิดจัดหาหรือซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันรับประทาน	4.35	.71	สูง	4.53	.60	สูง
16. บุคคลใกล้ชิดจะให้การช่วยเหลือเมื่อนั้นต้องการเงิน	4.10	.51	สูง	4.17	.42	สูง

ตาราง จ 2 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
17. บุคคลใกล้ชิดคอยดูแลฉันเมื่อฉันเจ็บป่วย	4.88	.32	สูง	4.93	.25	สูง
18. บุคคลใกล้ชิดตลอดเวลาพบแพทย์ตามนัดกับฉันด้วย	4.67	.63	สูง	4.78	.41	สูง
19. บุคคลใกล้ชิดสร้างบรรยากาศในบ้าน เพื่อสนับสนุนให้ฉันควบคุมอาหารได้ เช่น รับประทานอาหารรสจืดเหมือนกันทั้งครอบครัว	4.28	.69	สูง	4.45	.59	สูง

ตาราง จ 3

คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม บูด แกงไตปลา ผักผลไม้ดอง เป็นต้น	3.70	.65	ดี	3.85	.55	ดี
2. ท่านรับประทานอาหารที่เติมเครื่องปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ซอส มาม่า ขนมขบเคี้ยว	2.30	1.03	ไม่ดี	2.60	1.07	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานอาหารคาวหรือขนมที่ปรุงด้วยการทอด เช่น ไข่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	3.50	.68	ปานกลาง	3.70	.56	ดี
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทถั่ว เช่น ถั่วลิสง ฟองเต้าหู้ เต้าหู้	3.20	.76	ปานกลาง	3.27	.76	ปานกลาง
5. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันสัตว์ เช่น มันหมู มันไก่	4.92	.53	ดี	4.98	.13	ดี
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ต่างๆ	4.82	.65	ดี	4.85	.51	ดี
7. ท่านรับประทานผักที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ถั่วงอก ตำลึง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น	4.90	.30	ดี	4.92	.28	ดี
8. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ส้มโอ ฝรั่ง เป็นต้น	4.60	.53	ดี	4.65	.58	ดี

ตาราง 3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
9. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน จัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน ลองกอง เป็นต้น	3.73	.61	ดี	3.95	.50	ดี
10. ท่านรับประทานปลาทั้งปลาน้ำจืด และปลาน้ำเค็ม	4.95	.22	ดี	5.00	.000	ดี
11. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย ไข่ปลาหมึก	3.57	.77	ปานกลาง	3.78	.71	ดี
12. ท่านรับประทานหนังสัตว์ เช่น หนังไก่ หนังหมู หรือเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น เนื้อวัวติดมัน	3.68	.73	ดี	3.82	.68	ดี
13. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดย การต้ม ต้ม ตุ่น นึ่ง ปิ้ง ย่าง เช่น ไก่ต้ม ไก่ตุ๋น	4.23	.53	ดี	4.33	.51	ดี
14. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ลำไส้ กระเพาะ เป็นต้น	3.95	.75	ดี	4.08	.64	ดี
15. ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรส หวาน นมรสกาแฟ นมรสช็อคโกแลต เป็นต้น	4.27	.90	ดี	4.32	.79	ดี
16. ท่านรับประทานขนมหวานที่มี กะทิ เป็นส่วนประกอบ เช่น สังขยา บัวลอย กล้วยบัวคชิ	3.97	.64	ดี	4.08	.53	ดี
17. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดย ใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว	4.40	.81	ดี	4.55	.56	ดี

ตาราง จ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
18. ท่านรับประทานอาหารคาวที่ใส่กะทิเช่น แกงมัสมั่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ แกงไข่ เป็นต้น	3.70	.62	ดี	3.85	.48	ดี
19. ท่านรับประทานขนมที่มีเนยหรือครีม เป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมเค้ก โดนัท โรตีสี เป็นต้น	4.07	.73	ดี	4.15	.63	ดี
20. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพดน้ำมันงู่น	4.47	.62	ดี	4.52	.54	ดี
21. ท่านรับประทาน ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งาม เป็นต้น	2.13	.89	ไม่ดี	2.23	.91	ไม่ดี
22.ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียนเกิน 1 เม็ด เงาะเกิน 4 ผล ลองกองเกิน 4 ผล อินทผลัม เกิน 3 เม็ดต่อวัน	3.38	.80	ปานกลาง	3.62	.61	ปานกลาง
23. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ไมโล ที่ใส่นม และ/หรือน้ำตาล เกิน 1 แก้วต่อวัน	3.88	.94	ดี	3.95	.79	ดี
24. ท่านดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนย 1-2 แก้วต่อวัน	3.17	.98	ปานกลาง	3.25	.88	ปานกลาง
25.ท่านรับประทานข้าวสวยวันละไม่ เกิน6-8 ทัพพี	4.65	.66	ดี	4.82	.39	ดี
26. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปู ปลาหมึก กุ้ง หอย เกิน 2 ช้อนกินข้าวต่อวัน	3.48	.79	ปานกลาง	3.73	.61	ปานกลาง

ตาราง ๓ (ต่อ)

พฤติกรรมควบคุมอาหาร	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
27. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อหมูไม่ติดมัน เนื้อวัวไม่ติดมัน ไม่เกิน6-12 ซ่อนกินข้าวต่อวัน	3.45	.91	ปานกลาง	3.58	.83	ปานกลาง
28. ท่านรับประทานแกงไตปลาหรือบูดูมากกว่า 2 ซ่อนกินข้าวต่อวัน	3.43	.91	ปานกลาง	3.65	.75	ปานกลาง
29. ท่านรับประทานอาหารที่เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส มากกว่า3 ซ่อนชาต่อวัน	4.32	1.03	ดี	4.40	.91	ดี
30. ท่านรับประทานถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วดำ ประมาณ2 ซ่อนกินข้าวต่อวัน	3.15	.82	ปานกลาง	3.28	.74	ปานกลาง
31. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักกวางตุ้งอย่างน้อย 4-6 ทัฟพีต่อวัน	4.68	.65	ดี	4.72	.61	ดี
32. ท่านรับประทานขนมปังปอนด์หรือแครกเกอร์มากกว่า 4 แผ่นต่อวัน	4.67	.70	ดี	4.75	.54	ดี
33. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันพืชไม่เกิน-6 ซ่อนชาต่อวัน	3.28	.70	ปานกลาง	3.37	.64	ปานกลาง
34. ท่านรับประทานอาหารประเภทถั่วเขียว ขนมหิน หรือ บะหมี่เกิน 2 ทัฟพีต่อมือ	3.60	.64	ปานกลาง	3.70	.53	ดี
35. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดวันละ 4-5 ส่วนต่อวัน เช่น กล้วย ส้ม ชมพู 1-2 ผลต่อวัน เป็นต้น	4.28	.74	ดี	4.35	.68	ดี

ตาราง น 3 (ต่อ)

พฤติกรรมควบคุมอาหาร	ก่อน			หลัง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
36. ทานดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน มากกว่า1 แก้วต่อวัน	4.33	.73	ดี	4.42	.62	ดี
37. ทานดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เอ็มร้อย กระทิงแดง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-40 มล.ต่อวัน(ประมาณ 1 แก้ว), ไวน์ มากกว่า100-120 มล.ต่อวัน (ประมาณ 3-4 แก้ว)	4.75	.70	ดี	4.78	.58	ดี

ตาราง จ 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง						
ด้านอาหารเค็มน้อย	13.56	1.87	14.60	1.38	4.762	.000**
ด้านอาหารกากใยสูง	16.60	1.22	16.80	1.27	1.795	.083
ด้านอาหารไขมันต่ำ	57.80	3.66	59.33	3.38	4.323	.000**
ด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ	34.03	2.88	35.47	2.40	3.661	.001*
ด้านอาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ	82.73	4.38	85.13	3.87	5.916	.000**
ด้านอาหารน้ำตาลต่ำ	28.60	2.74	29.67	2.17	4.646	.000**

*p < .01, ** p < .001

ตาราง จ 5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม						
ด้านอาหารเค็มน้อย	12.63	2.26	11.80	2.31	4.205	.000*
ด้านอาหารกากใยสูง	14.70	1.29	14.06	1.55	2.475	.000*
ด้านอาหารไขมันต่ำ	54.43	3.42	51.66	2.98	5.388	.000*
ด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ	32.36	3.41	30.03	2.93	3.943	.000*
ด้านอาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ	76.73	2.62	74.36	2.88	4.516	.000*
ด้านอาหารน้ำตาลต่ำ	24.50	1.71	23.60	1.90	4.161	.000*

*p < .01

ตาราง ๖

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (N=30)

ข้อมูล	Mean	SD	t	p-value
ด้านอาหารเค็มน้อย				
กลุ่มทดลอง	14.60	1.38		
กลุ่มควบคุม	11.80	2.31	5.699	.000*
ด้านอาหารกากใยสูง				
กลุ่มทดลอง	16.80	1.27		
กลุ่มควบคุม	14.07	1.55	7.464	.000*
ด้านอาหารไขมันต่ำ				
กลุ่มทดลอง	59.33	3.38		
กลุ่มควบคุม	51.67	2.99	9.315	.000*
ด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ				
กลุ่มทดลอง	35.47	2.40		
กลุ่มควบคุม	30.03	2.93	7.853	.000*
ด้านอาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์ต่ำ				
กลุ่มทดลอง	85.13	3.87		
กลุ่มควบคุม	74.37	2.88	12.228	.000*
ด้านอาหารน้ำตาลต่ำ				
กลุ่มทดลอง	29.67	2.17		
กลุ่มควบคุม	23.60	1.90	11.506	.000*

*p<.001

ตาราง จ 7

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้สถิติทีคู่ (N=30)

ข้อมูล	Mean	SD	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนทดลอง	77.3	6.22	7.624	.000*
หลังทดลอง	81.30	5.41		.000*
การสนับสนุนจากครอบครัว				
ก่อนทดลอง	79.60	5.86	6.767	.000*
หลังทดลอง	84.36	3.94		.000*

*p<.001

ตาราง จ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต (N = 30)

ไปงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สนใจตน จนคุมอาหารได้	24	80
จัดเมนูอาหาร	28	93.3
คุณรู้แค่ไหน	26	86.6
ฉันคิดว่า ฉันทำได้ ฉันมีคนช่วย	18	60

ภาคผนวก ข

หลักการวัดความดันโลหิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการวัดความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ซึ่งมีดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย

ก่อนวัดความดันโลหิต ผู้ป่วยจะต้องไม่ดื่มชาหรือกาแฟและไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัดความดันโลหิต 30 นาที พร้อมกับขับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย สถานที่ควรเงียบ ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องเงียบเป็นเวลา 5 นาที ให้หลังพิงพนักเก้าอี้ เพื่อไม่ต้องเกร็ง หลังเท้าทั้ง 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัดความดันโลหิต แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางบนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2. การเตรียมเครื่องมือ

เครื่องวัดความดันโลหิตจะต้องได้รับการตรวจสอบมาตรฐานก่อนใช้ทุกครั้งและใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนผู้ป่วยกล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับคนที่มีขนาดแขนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมขนาด 12 x 22 เซนติเมตร

3. วิธีการวัด

3.1 การวัดความดันโลหิตจะกระทำที่แขนที่ใช้งานน้อย พัน arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบวางอยู่บนหลอดเลือดแดง brachial

3.2 ให้ประมาณ systolic blood pressure ก่อน โดยคลำ บีบลูกยาง (rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดง brachial ไม่ได้ ค่อยๆ ปลดลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วลดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอท/วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็นระดับ systolic blood pressure คร่าวๆ

3.3 วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง bell หรือ diaphragm ของ stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง brachial แล้วบีบลูกยางให้ระดับปรอทสูงกว่า systolic blood pressure ที่คลำได้ 20-30 มิลลิเมตรปรอท แล้วค่อยๆ ปลดลมออก เสียงที่ได้ยิน (korotkoff sound phase I) จะตรงกับ systolic blood pressure ปลดยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (korotkoff sound phase V) จะตรงกับ diastolic blood pressure

3.4 ให้ทำการวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที จากแขนข้างเดียวกันและทำเดียวกัน นำค่าที่ได้จากการวัดครั้งที่ 2 และ 3 มาหาค่าเฉลี่ย

3.5 หากความดันโลหิตของแขนทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ พบว่ามากกว่าร้อยละ 10 จะมี systolic blood pressure ของแขนสองข้างต่างกันมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่า

ภาคผนวก ซ**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยนุช จิตตุนนท์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. แพทย์หญิงสิรินุช วงศ์นำถ แพทย์อายุรกรรม
โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวอารีรัตน์ คนสวน

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310421071

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยบรมราชชนนีสงขลา	2542

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลอ่าวลึก อำเภ่อ่าวลึก จังหวัดกระบี่

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

อารีรัตน์ คนสวน, วันดี คหะวงศ์, และวิมลรัตน์ จงเจริญ. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. ใน มหาวิทยาลัยทักษิณ, คณะกรรมการฝ่ายวิชาการงานประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยทักษิณ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยทักษิณครั้งที่ 24 ประจำปี 2557 เรื่องวิจัยมูลค่าเพิ่มเศรษฐกิจก้าวหน้า การศึกษาก้าวไกล สังคมไทยยั่งยืน (หน้า 403-410). พัทลุง: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ.