



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
และระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

The Effect of Nutritional Education Support Program on Dietary Behaviors  
and Blood Pressure Level in Elderly Club Members  
with Uncontrolled Hypertension

ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์  
Tipsukon Kitrungrrote

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner  
Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้
ผู้เขียน	นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)
	.....กรรมการ (ดร.มารีสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช  
ปฏิบัติชุมชน

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างู่งสง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี  
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....  
(นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์)  
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาระดับใดมาก่อนและไม่ได้ถูกใช้  
ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....  
(นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์)  
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้
ผู้เขียน	นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดหลายครั้ง แบบอนุกรมเวลา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ ผ่านกระบวนการกลุ่มของมาแรมและหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแตกกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวน 36 ราย ที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์แรก (ระยะควบคุม) หลังจากนั้นได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเป็นเวลา 7 สัปดาห์ (ระยะทดลอง) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเที่ยงอัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72 และประเมินระดับความดันโลหิตใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงที่คู่และความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -5.50, p < .001$ )
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 18.87, p < .001$ ) และเมื่อวิเคราะห์รายคู่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 ( $\bar{d} = -14.00, p < .001$ ) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 ( $\bar{d} = -14.72, p < .001$ )
3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 8.82, p < .01$ ) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่มีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 ( $\bar{d} = -8.22, p < .01$ ) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 ( $\bar{d} = -6.11, p < .01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ไปใช้ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมและควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงต่อไป

<b>Thesis Title</b>	The Effect of Nutritional Education Support Program on Dietary Behaviors and Blood Pressure Level in Elderly Club Members with Uncontrolled Hypertension
<b>Author</b>	Mrs. Tipsukon Kitrungrote
<b>Major Program</b>	Community Nurse Practitioner
<b>Academic Year</b>	2017

## ABSTRACT

This quasi-experimental one group time series design aimed to examine the effects of a nutritional education support program on dietary behaviors and blood pressure level in elderly club members with uncontrolled hypertension. Experiential learning theory, group processes of Marram and Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) were used as a framework of this study. The sample consisted of 36 elderly selected by purposive sampling, qualification-based sampling. The research was conducted in two phases. During the control phase, the sample received a regular care program over seven weeks. During the experimental phase, the sample received the nutritional educational support over the subsequent seven weeks. Data were collected using the Dietary Behaviors of Elderly Questionnaire that yielded internal consistency reliability value of 0.72. Blood Pressure Level Evaluation data obtained at the 15<sup>th</sup> week were analyzed using descriptive statistics, t-test and one-way repeated measures ANOVA. The results of this study revealed as the following:

1. Mean score of subjects' dietary behaviors after receiving the nutritional education support program was significantly higher than that before the program ( $t = -5.50, p < .001$ )

2. Mean score of subjects' systolic blood pressure level after receiving for the nutritional education support program were significantly lower than that before program ( $F = 18.87, p < .001$ ). For between each pair of systolic blood pressure levels, there were significant differences of systolic blood pressure level between the first week and the fifteenth week ( $\bar{d} = -14.00, p < .001$ ) and between the eighth week and the fifteenth week ( $\bar{d} = -14.72, p < .001$ )

3. Mean score of subjects' diastolic blood pressure level after receiving for the nutritional education support program was significantly lower than that before program ( $F = 8.82, p < .01$ ). For between each pair of diastolic blood pressure levels, there were significant differences of diastolic blood pressure level between the first

week and the fifteenth week ( $\bar{d} = -8.22, p < .01$ ) and between the eighth week and the fifteenth week ( $\bar{d} = -6.11, p < .01$ )

Healthcare providers are able to use the nutritional education support programming order to improve dietary behaviors and control blood pressure of elderly with uncontrolled hypertension. However, longitudinal study design is needed for confirming on the sustainability of the program.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร.พัชรีคมจักรพันธ์ และ ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณา และเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและสนับสนุนให้กำลังใจในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้แนวคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์รวมถึงชี้แนะข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และช่วยเหลือผู้วิจัยในระหว่างการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ นางประไพพิศ สิงหเสม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา นางนงเยาว์ พิทักษ์ธรรม ประธานชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่คอยเอื้ออำนวยความสะดวก และสนับสนุนให้กำลังใจให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ด้วย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณครอบครัวเลขะกุลและครอบครัวจรุงโรจน์ ที่คอยให้การช่วยเหลือกระตุ้นเตือนสนับสนุน ทั้งกำลังใจและกำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณ อาจารย์บุษกร โกลภกร ที่ท่านได้เสียสละสนับสนุนให้กำลังใจในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงทุกกำลังใจ ทุกความช่วยเหลือที่หลายๆ ท่านมีให้ผู้วิจัยตลอดการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ได้หมดในที่นี้

ทิพย์สุนันท์ กิจรุ่งโรจน์



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์การวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	12
การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....	18
โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตไม่ได้.....	29
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	34
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	40
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	47
ผลการวิจัย.....	47
อภิปรายผลการวิจัย.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	65
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	67
เอกสารอ้างอิง.....	68
ภาคผนวก.....	79
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	80
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	82
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ง แบบสอบถาม.....	87
จ แผนการดำเนินการทดลอง.....	90
ฉ สรุปการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานวิจัยและการพิจารณา ความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	105
ประวัติผู้เขียน.....	118

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 การจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงความดันโลหิตสูง.....	14
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	48
3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะควบคุมและระยะทดลอง.....	49
4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะควบคุม...	50
5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะทดลอง...	51
6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดย ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ.....	52
7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดย ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำและวิเคราะห์ความแตกต่างราย คู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี.....	53
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่ม..... ตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้าน โภชนาการ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ.....	53
9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้ สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีบอนเฟอโรนี.....	54
10 แผนการดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ของระยะทดลอง.....	91
11 แผนการดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ของการทดลอง.....	94
12 แผนการดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการทดลอง.....	97
13 แผนการดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง.....	100
14 แผนการดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง.....	103
15 สรุปการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานวิจัยและการพิจารณาความ เป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	105

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้.....	9
2 แสดงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ.....	20
3 แผนผังแสดงระยะเวลาดำเนินการทดลอง.....	36
4 สร้างขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	45
5 แผนภูมิเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (ระยะควบคุม [สัปดาห์ที่ 1 - 8] และระยะทดลอง[สัปดาห์ที่ 8 - 15])	52
6 แผนภูมิเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (ระยะควบคุม [สัปดาห์ที่ 1 - 8] และระยะทดลอง [สัปดาห์ที่ 8 - 15]).....	54

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชราเซลล์ของร่างกายมีการเสื่อมมากกว่าการสร้าง รวมถึงสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบแข็งขาดความยืดหยุ่น ร่างกายต้องเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดดำไปตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและมีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (พีระ, 2553; วรณวิมล, 2555; Lockwood, Chasteen, & Wong, 2005) ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย พิการและอาจถึงแก่ชีวิต เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (พีระ, 2553; วิชัยเอก, 2557; Dickerson & Gibson, 2005) โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ รายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 เป็นโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปีพ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2556) และพบว่าในส่วนของจังหวัดสงขลามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้น 8,277 ราย มีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 1.31 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 10.53 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น เชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมความเครียด ภาวะด้านอารมณ์จิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิต (มณฑาทิพย์และคณะ, 2551; สุปราณี, 2550; Fogari & Zoppi, 2004) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย รวมถึงการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ทั้งนี้ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการบริโภคอาหารตามหลักของอาหารต้านความดันสูตรแดช สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอทการลดน้ำหนักลง 10 กิโลกรัมหรือรักษาน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายไม่เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท การรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตรปรอท ส่วนการลดการดื่มแอลกอฮอล์

สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการศึกษา สถานภาพการเงิน สถานภาพสมรส แรงสนับสนุนของครอบครัว ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (ภัทรราชย์, อรุณวรรณ, และจากรุวรรณ, 2556; มาริสาและคณะ, 2550; พระสุรชัย, 2550) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น มีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่บริโภคอาหารไม่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการแห่งชาติ พบว่าคนไทยบริโภคอาหารประเภทไขมัน น้ำตาลโปรตีนจากสัตว์ และอาหารมีรสเค็มมากขึ้นนำไปสู่สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง (สำนักโภชนาการ, 2554) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายโดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สันต์, 2557; James et al., 2014) ซึ่งการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (Dietary Approach To Stop Hypertension [DASH]) โดยการรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้ง ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ผักและผลไม้ในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงการจำกัดการบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัมหรือเท่ากับเกลือประมาณ 1¼ ช้อนชา (~6000 มิลลิกรัม) ต่อวัน (วิลลาร์ด, 2552) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอทภายใน 2 สัปดาห์ (James et al., 2014) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช จึงเป็นกลวิธีการสำคัญที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529)โดยมีนโยบายในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และได้สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวและยังคงบทบาททางสังคมสามารถทำกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้ โดยปัจจุบันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประกอบด้วย กิจกรรมนันทนาการ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม การกุศล และการส่งเสริมสุขภาพ (ลิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ, และพัสมณต์, 2546; วรรณวิมล, 2555; อุสรพร, 2550) จากรายงานการวิจัยลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของศศิพัฒน์, เล็ก, ณีภูษพัชร, และธนิกานต์ (2555) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการทางสุขภาพ เนื่องจากต้องการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย โดยแพทย์ พยาบาล และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนั้นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดังกล่าว จึงได้รับเพียงความรู้แต่ยังขาดการตรวจสุขภาพและความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุยังไม่มีกิจกรรมหรือกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสม

ในวัยสูงอายุควรเป็นกิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พนิดา, 2551) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ การปรับพฤติกรรมการบริโภค โดยการให้ความรู้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือการอ่านจากเอกสาร คู่มือที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล (จิราภรณ์และปริญญา, 2555; วรณวิมล, 2555) การศึกษาของ พัชราภรณ์, จริยาวัตร, และวนิดา (2553) พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรม ด้านโภชนาการสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง ทั้งนี้วิธีการติดตามและการสร้าง แรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต สูงได้ถูกต้อง (Schoenthaler et al., 2011) แต่อย่างไรก็ตามยังพบผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติมาอย่างยาวนานรวมถึง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย พิกการหรือเสียชีวิต ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ นั้นจำเป็นต้องมีกิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการทดลองหาแนวทางปฏิบัติ นำมาปรับเปลี่ยน เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและนำไป ใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Tynjala, 1998) ซึ่งการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่มีบรรยากาศ การเรียนรู้ และการฝึกทักษะประสบการณ์โดยกระบวนการกลุ่มยังเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้สมาชิก ในกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมบรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของมาแรม (Marram, 1978) ที่กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการที่บุคคลหลายๆ คนมารวมกลุ่มทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการแสวงหาเป้าหมายการมีทัศนคติที่ดีต่อสมาชิกกลุ่ม การให้ ความร่วมมือทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยผู้ในกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปตาม เป้าหมายที่กำหนดรวมถึงการที่สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันและเป็นตัวแบบในการแก้ไขปัญหา (จรรย์, 2551) การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีกิจกรรมร่วมกันมีผลต่อประสิทธิภาพ ของพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้น (Lara et al., 2014) ทั้งนี้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผ่าน กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มส่งผลทำให้มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถาวร (สุภณิดา, 2549) ดังนั้นการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่มจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้สามารถบรรลุผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ (เบญจมาศและคณะ, 2555; พนิดา, 2551) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการนำวิธีดังกล่าวมาใช้ในการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบเรื่องด้านการศึกษาและการพัฒนา ศักยภาพของทีสุขภาพโดยการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อนำไปทดลอง/ปฏิบัติ เช่น การศึกษาของ นิศมาและคณะ (2558) ที่พบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ จากประสบการณ์มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิดาและคณะ

(2559) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และการปฏิบัติด้านการคัดกรองและการให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทดสอบผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมดังกล่าว โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning theory) ของโคลบ์ (Kolb, 1984) หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (James et al., 2014) บรูณาการผ่านกระบวนการกลุ่มของมาเรียม (Marram, 1978) โดยมีการดำเนินการเป็นวงจร 4 ขั้นตอน คือ (1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (2) การคิดสะท้อนกลับจากการสังเกตการณ์ (3) การสรุปความคิดรวบยอด และ (4) การลงมือปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการตัดสินใจร่วมกันให้กำลังใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเตรียมผู้นำกลุ่มให้ทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การดำเนินการและ (3) การสิ้นสุดการทำกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยการนำประสบการณ์การเรียนรู้เชิงประสบการณ์หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชบรูณาการผ่านกระบวนการกลุ่มมาออกแบบกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการช่วยให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุภายในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น นำปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อดำเนินกิจกรรมบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม รวมถึงการให้กำลังใจ ทำให้สมาชิกที่มีอุปสรรคในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถยอมรับสภาพและพร้อมที่จะร่วมมือกันในการนำมาปรับใช้ในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง เป็นการช่วยเสริมสร้างทัศนคติ มีการสรุปความคิดรวบยอดไปในทิศทางเดียวกัน และช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในสถานบริการทางสุขภาพป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ



## คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการหรือไม่
2. ผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการหรือไม่
3. ผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการหรือไม่

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ (1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (experiential learning theory) (Kolb, 1984) (2) หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (Dietary Approach To Stop Hypertension [DASH]) (James et al., 2014) และ (3) กระบวนการกลุ่มของมาแรม (group process) (Marram, 1978) บูรณาการร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย มีรายละเอียด ดังนี้

### การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีของโคลบ์ (Kolb, 1984) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานที่ต่อเนื่องอันเนื่องมาจากประสบการณ์ของผู้เรียน การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วยวงจร 4 ขั้นตอน คือ (1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) (2) การคิดสะท้อนกลับจากการสังเกตการณ์ (reflection of observation) (3) การเกิดความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) และ (4) การลงมือปฏิบัติ (active experimentation) ซึ่งการนำความคิดรวบยอดไปทดลองปฏิบัติจริงทำให้บุคคลนั้นได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์และนำประสบการณ์ตรงมาส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และได้นำไปใช้ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้ประสบการณ์ที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อน ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียน

ได้ตั้งประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่สมาชิกที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกัน

ขั้นที่ 2 การคิดสะท้อนกลับจากการสังเกตการณ์ (reflection of observation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองในการแลกเปลี่ยนกับสมาชิก ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

ขั้นที่ 3 การเกิดความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในขั้นที่ 2 โดยผู้สอนสรุปความคิดรวบยอดจากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียน และมอบหมายให้ผู้นำกลุ่มทำให้ผู้เรียนเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริงเพื่อทดสอบว่าถูกต้อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขั้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในขั้นที่ 1 ถึง 3

จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่ประกอบด้วย การที่สมาชิกรับประสบการณ์มาแลกเปลี่ยน มีการคิดสะท้อนกลับจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดความคิดรวบยอดที่จะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเมื่อปฏิบัติจนเกิดเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมใหม่ที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

### **หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช**

จากการศึกษาเรื่องการรับประทานอาหารต้านความดันสูตรเดช ซึ่งสถาบันวิจัยเพื่อการสาธารณสุขแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (James et al., 2014) ได้พัฒนาสูตรและโปรแกรมการบริโภคอาหารที่ใช้ในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดความดันโลหิต เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืช ถั่วประเภทต่างๆ ผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ รวมถึงการควบคุมปริมาณโซเดียมในมื้ออาหารเพื่อสร้างสมดุลระหว่างแมกนีเซียม โพแทสเซียมและแคลเซียม การรับประทานอาหารต้านความดันสูตรเดชที่เหมาะสมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (James et al., 2014) และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Sacks et al., 2001)

## กระบวนการกลุ่ม

แนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram, 1978) กล่าวว่ากระบวนการกลุ่มเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกมีการตัดสินใจร่วมกันให้กำลังใจ โดยมีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่ม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มีกิจกรรมตลอดเวลาตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นและจะหยุดนิ่งเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ (the introductory phase or initiating phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มเต็มใจที่เปิดเผยระบายความรู้สึก

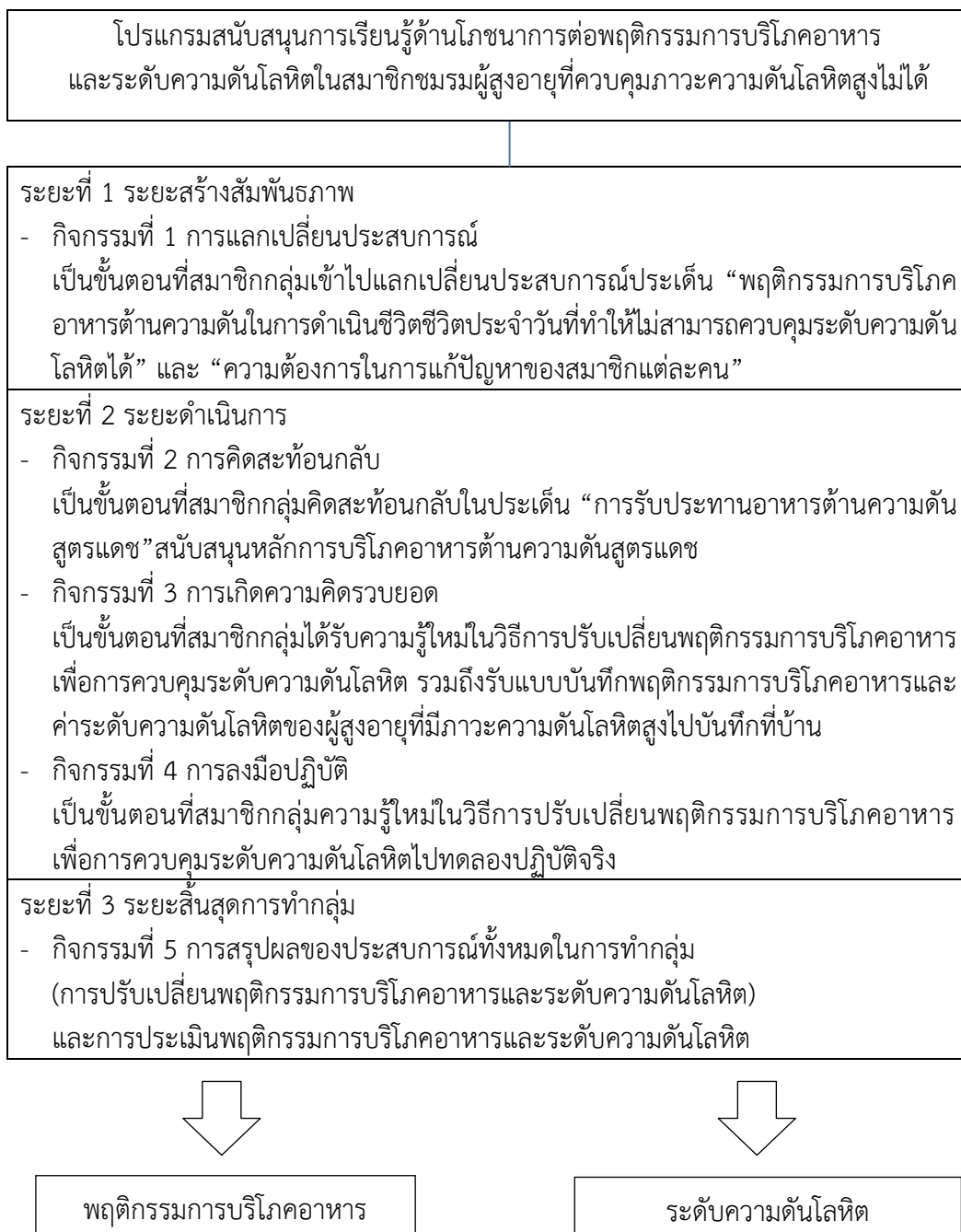
ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองงามของตนเอง รวมถึงความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่ม ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของสมาชิก เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเอง พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

จะเห็นได้ว่า กระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ และมีการตัดสินใจร่วมกันรวมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดังนั้น โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยการนำ 3 แนวคิด คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชบูธนาการ ผ่านกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดัน

โลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ได้เข้ากลุ่มทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จในการปฏิบัติตัวร่วมกัน รวมทั้งมีการได้รับกำลังใจช่วยเหลือให้สมาชิกสามารถนำไปทดลองสู่การปฏิบัติทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเด็ด ซึ่งโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอน มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังรายละเอียด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

## นิยามศัพท์การวิจัย

1. โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการหมายถึงชุดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (James et al., 2014) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram, 1978) ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเพื่อการคิดสะท้อนกลับจากการสังเกตการณ์ การสรุปความคิดรวบยอด และการลงมือปฏิบัติในการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อการสรุปผลของประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึงผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดยผู้วิจัยภายใต้หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (วิมลรัตน์, 2552; สุดีและเพ็ญพิศ, 2552; James et al., 2014)
3. ค่าความดันโลหิต หมายถึงค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก คือ แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกคือแรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวประเมินโดยการวัดระดับความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนกันยายน พ.ศ. 2559

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการให้ความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้
2. สามารถนำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับกระบวนการกลุ่มนำไปใช้ในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและนำไปปฏิบัติในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้
3. สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่นักศึกษาพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อการวางแผนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดทิศทางในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตลดโรคเรื้อรังได้

## บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความรุนแรงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
  - 1.2 พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.1 กลวิธีการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
    - 2.1.1 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
    - 2.1.2 หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช
    - 2.1.3 กระบวนการกลุ่ม
  - 2.2 การจัดบริการเพื่อควบคุมความดันโลหิตในชมรมผู้สูงอายุ
3. โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้
  - 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
  - 3.2 โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ
4. สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

### โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure: [SBP]) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: [DBP]) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นชนิดไอโซเลทซิสโตลิกไฮเปอร์เทนชัน (isolated systolic hypertension: [ISH]) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักพบชนิดที่เรียกว่า ISH อธิบายได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น เอออร์ตาหลอดเลือดแดงโคโรนารีหลอดเลือดแดงของเบซิลลาของสมองและหลอดเลือดของอวัยวะส่วนปลายเริ่มตีบแข็ง ร่วมกับผนังหลอดเลือดแดงหนาขาดความยืดหยุ่นเป็นผลให้มีความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มสูงขึ้นรวมถึงการตอบสนองต่อตัวรับการกระตุ้นต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุ การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้แรงต้านของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ



มีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (ประเสริฐ, 2554; Potter, 2003) การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการพบหลอดเลือดแดงตีบแข็งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยที่ความดันโลหิตซิสโตลิกมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยมากขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Kaplan & Victor, 2010)

### ความรุนแรงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

#### ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกิดจากกระบวนการของความชรา อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้หลอดเลือดแดงตีบ ซึ่งหมายถึงหลอดเลือดแดงขนาดกลางหรือหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ มีการสะสมของไขมันและแคลเซียมที่ผนังด้านในของหลอดเลือดแดง เมื่อสะสมในปริมาณที่มีขนาดใหญ่ เกิดการขัดขวางทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลง การที่หลอดเลือดแดงแข็งทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจใหญ่ขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจขณะบีบตัวลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ประเสริฐ, 2554; พิระ, 2553) ยังรวมถึงการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในอดีตที่ผ่านมาไม่ดีเท่าที่ควร จึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2547 - 2551 พบว่า อัตราตายด้วยโรคในกลุ่มระบบไหลเวียนเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) เมื่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ไม่ได้รับการรักษา จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจตีบเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (พิระ, 2553; Dickerson & Gibson, 2005) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 38.66 ต่อประชากรแสนคน ป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของจังหวัดสงขลา มีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงในปีพ.ศ. 2555 เท่ากับ 1.31 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 10.53 ต่อประชากรแสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554; วรรณญา, 2550; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557)

ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีความรุนแรงส่งผลต่อชีวิตและความพิการ ทั้งนี้คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมิน และรักษาโรคความดันโลหิตสหรัฐอเมริกา ฉบับที่ 8 (The Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: [JNC 8]) (James et al., 2014) และสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (2558) ได้มีการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยได้จำแนกเป็นประเภทและระดับความรุนแรงความดันโลหิตสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1

## การจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิต	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
ระดับที่ควรจะเป็น	> 120	และ	< 80
ระดับปกติ	120-129	และ/หรือ	80-84
ระดับปกติค่อนข้างไปทางสูง	130-139	และ/หรือ	85-89
ขั้นที่ 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
ขั้นที่ 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
ขั้นที่ 3 hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolate Systolic Hypertension	≥ 140	และ	< 90

จะเห็นว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเวลาอันยาวนานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย พิการหรือเสียชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

### ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตลอดชีวิต จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระยะเวลา 7 - 10 ปี มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้ถึงร้อยละ 30 (วิทยา, 2550) ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม (ประเสริฐ, 2554; สมจิต, 2545; สไบทิพย์, 2554; Kaplan & Victor, 2010; Potter, 2003) ดังนี้

#### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองตีบแคบและแข็ง ถ้าระดับความดันโลหิตสูงมากทำให้หลอดเลือดแดงในสมองอุดตัน ตีบตัน หรือแตกได้ ส่งผลทำให้เกิดอัมพาต สมองเสื่อมและอาจเสียชีวิต ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 3 - 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันที่มีความดันปกติ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

1.2 หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้ปริมาณออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ร่วมกับการมีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเพิ่มปริมาณออกซิเจนมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลส่งผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

1.3 หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบหรือโป่งพอง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขาและอวัยวะภายในลดลง

1.4 ไต การที่ไตเสื่อมสภาพร่วมกับพบโปรตีนในปัสสาวะ จึงเป็นสาเหตุของโรคไตวายที่พบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูงและมักเสียชีวิตจากภาวะไตวายประมาณร้อยละ 10

1.5 ตา ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ มีหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบ และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออก มีของเหลวคั่งในจอตา จอประสาทตาบวมส่งผลทำให้เกิดจุดบอดบางส่วน ตามัว และอาจถึงตาบอดได้

1.6 ระบบประสาทส่วนกลาง การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางพบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า ร่วมกับมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ รู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัว หรือเป็นลม ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตัน เลือดออกในสมอง หรือเกิดภาวะหมดสติจากความดันโลหิตสูง การที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ส่งผลทำให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงเกิดอาการปวดศีรษะ ซึ่ม เพ้อ ซัก หรือหมดสติได้

## 2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง กลัวว่าสุขภาพตนเองจะอ่อนแอลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว สังคมหรืออาชีพการงานได้เหมือนเดิม ทำให้บางรายอาจเกิดความท้อแท้ หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังกับสามีหรือภรรยา เนื่องจากลูกหลานต้องแยกย้ายไปทำมาหากินต่างถิ่น ซึ่งพบได้ทั้งในเมืองและชนบท ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลทำให้มีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

## 3. ผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวส่วนใหญ่ให้เวลากับการหารายได้มากกว่าการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังและต้องดูแลตนเอง ครอบครัวไม่มีเวลาพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด ไม่เข้าใจวิธีการรักษาของแพทย์ เช่น การปรับพฤติกรรม จนทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า บุตรหลานไม่รัก ไม่เคารพ อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว ส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

## 4. ผลกระทบต่อสังคม

ผู้สูงอายุมักท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง กระทบกระเทือนจิตใจและอารมณ์ได้ง่าย หงุดหงิด ร่วมกับมีความวิตกกังวลที่ต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสีย ความเศร้าโศก และการถอยหนีจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความว้าวุ่น โดดเดี่ยว แยกตัวออกจากสังคม เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้เหมือนเดิม การเข้าร่วมสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้มีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

## 5. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตลอดชีวิต ผลจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจทำให้เกิดความพิการ

และเสียชีวิต ทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงานของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการสูญเสียรายได้ภายในครอบครัว เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากความชราในผู้สูงอายุจะทำให้หลอดเลือดภายในร่างกายเสื่อมลง มีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกายที่สำคัญแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

### พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้จากการปฏิบัติ การแก้ปัญหาสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้นจึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) พฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่ส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ (อังศินันท์, 2552) การที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงหมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลดีต่อสุขภาพและอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจึงเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำแนกได้เป็น 2 ประเภท (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยฉบับ, 2558) ดังนี้

#### 1. พฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย

1.1 การดูแลให้มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ กำหนดให้มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับการวัดรอบเอว ผู้ชายมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

1.2 การออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) สามารถลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ 10/8 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้ด้วย การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ การว่ายน้ำ เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว

1.3 การดื่มน้ำ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตรหรือ 6 - 8 แก้วต่อวัน

1.4 การรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นรับประทานอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน นมไขมันต่ำ

และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2 - 3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารต้านความดันสูตรพิเศษสามารถทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหารในปริมาณสูง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิต สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท

## 2. พฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย

2.1 การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณมาก อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแองดีโอเรติก ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต โดยการกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือด ของระบบประสาทส่วนกลาง ปริมาณของเกลือโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความไวของการตอบสนองของแต่ละคน ดังนั้น การจำกัดการรับประทานเกลือโซเดียม ในแต่ละวันไม่ควรเกิน 2,300 มิลลิกรัม หรือคิดเป็นเกลือป่นประมาณ 6 กรัมต่อวัน (1 ช้อนชา) สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผลทำให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคทีโคลามีน ทำให้มีผลกระทบกับเรนินแองจิโอเทนซิน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้น การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท ถ้าไม่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ควรจำกัดปริมาณการดื่ม ผู้ชายดื่มไม่ควรดื่มเกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม)

2.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลังจากดื่มภายใน 15 นาที มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5 - 15 มิลลิเมตรปรอท การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำ อาจไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวร แต่อาจมีผลทางอ้อมโดยผู้สูงอายุเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ทำให้นอนไม่หลับและเกิดภาวะเครียด การมีภาวะเครียดเป็นประจำอาจก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวร

2.4 การสูบบุหรี่ อาจจะไม่มียผลโดยตรงต่อความดันโลหิต แต่สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่บุหรี่จะมีสารนิโคติน ทำให้เกล็ดเลือดจับตัวกันไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว รวมถึงสารประกอบต่าง ๆ ในบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นให้ประสาทซิมพาเทติกหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ชีพจรเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น

2.5 การมีภาวะเครียด เป็นภาวะที่เกิดจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนพริน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว แรงต้านทานภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

โดยสรุป การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ (1) การมีพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การดูแลให้มีน้ำหนักรักษาในเกณฑ์ปกติการออกกำลังกายการดื่มน้ำ และการรับประทานอาหารต้านความดันสูตรพิเศษ และ (2) การมีพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณมาก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด

## การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความรุนแรงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ นอกจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิต การไปพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่ไม่เหมาะสมแล้ว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ยังเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกลือโซเดียมในปริมาณที่มาก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอวัยวะในร่างกายจะมีการตอบสนองที่ไวต่อเกลือโซเดียมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ประเสริฐ, 2554) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีรูปแบบหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งกลวิธีในการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ที่จะช่วยในการชะลอความรุนแรงที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

### กลวิธีการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

กลวิธีการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคงไว้ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (James et al., 2014) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของมาราม (Marram, 1978) มาบูรณาการกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้อย่างถาวร (สุภินดา, 2549; Marram, 1978) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน (experiential learning) เป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หรือการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติที่กระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ที่ผ่านมาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความคิด เจตคติ และทักษะวิธีการปฏิบัติไปสู่ความรู้ใหม่ ซึ่งโคลบ (Kolb, 1984) ได้ให้ความหมายว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ทำให้ผู้เรียนได้นำความรู้ที่จากประสบการณ์เดิมมาแลกเปลี่ยน เกิดความรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้เรียนกับผู้สอน รวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดหรือการเขียน

เอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้ (สุภณิดา, 2549) หรืออาจกล่าวได้ว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลนั้นได้มีการกระทำกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและได้พิจารณาผลของการกระทำ ทำความเข้าใจและปฏิบัติอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง

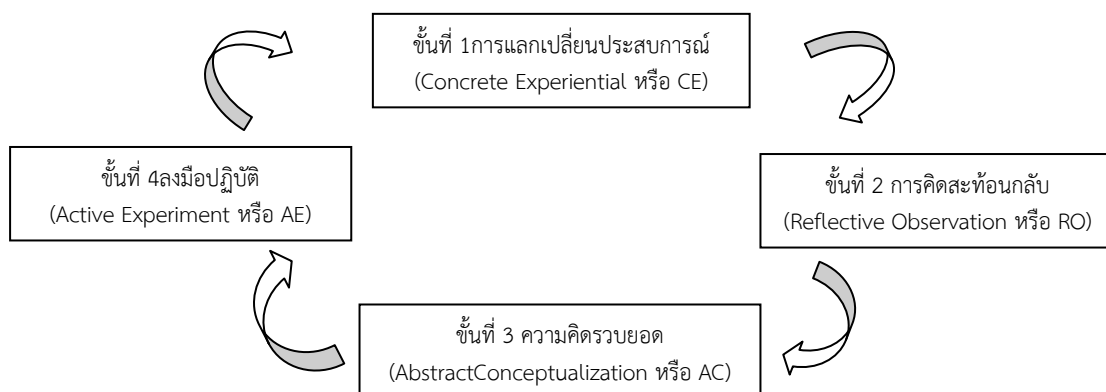
คุณลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการไม่ใช่ผลลัพธ์ เป็นการปฏิบัติที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีพื้นฐานจากประสบการณ์ มีเป้าหมาย ต้องการแก้ข้อขัดแย้งให้มีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ โดยมีความเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดการสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งกระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) ประกอบด้วยวงจรต่อเนื่องกัน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนที่มีประสบการณ์ ได้ดึงประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองให้กับสมาชิกในกลุ่ม ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเอง

ขั้นที่ 2 การคิดสะท้อนกลับ (reflection of observation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบ เพื่อการไตร่ตรองพิจารณา เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ ผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือจากการอภิปรายทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

ขั้นที่ 3 การเกิดความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) จากขั้นที่ 2 ผู้เรียนสามารถเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้ส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนหลักการต่างๆ ที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขั้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนดังภาพ 2



ภาพ 2. แสดงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb, 1984)

รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งโคลบ์ (Kolb, 1984) ได้อธิบายว่าการที่บุคคลมีการเรียนรู้จากการผสมผสานกันระหว่างการเรียนรู้ในแต่ละมิติ แต่ละบุคคลมีลักษณะและความสามารถแตกต่างกัน ประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้

1. แบบเอกนัย (convergent style) บุคคลมีลักษณะและความสามารถด้านการสรุปความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) และการลงมือปฏิบัติจริง (active experimentation) จุดเด่นของบุคคลในรูปแบบนี้เป็นผู้ที่มีความสามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ มีความพร้อมเผชิญปัญหาที่งานมากกว่ากับบุคคลและสังคม

2. แบบเอนกนัย (divergent style) บุคคลมีลักษณะและความสามารถในการเรียนรู้ด้านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) และการคิดสะท้อนกลับ (reflection of observation) จุดเด่นของบุคคลในรูปแบบนี้มีความสามารถในการปฏิบัติได้ดีจากการรับฟังการคิดสะท้อนกลับ การระดมสมอง มีจินตนาการ ชอบใช้ความรู้สึก และให้ความสนใจกับผู้อื่น

3. แบบซึมซับ (assimilation style) บุคคลมีลักษณะและความสามารถในการเรียนรู้ด้านการเกิดความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) และการคิดสะท้อนกลับ (reflection of observation) จุดเด่นของบุคคลในรูปแบบนี้มีความสามารถให้ความสนใจความคิดรวบยอด

4. แบบปฏิบัติ (accommodative style) บุคคลมีลักษณะและความสามารถในการเรียนรู้ด้านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) และการลงมือปฏิบัติจริง (active experimentation) จุดเด่นของบุคคลในรูปแบบนี้มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านการแก้ปัญหา มีแนวโน้มใช้วิธีลองผิดลองถูก โดยการพึ่งพาข้อมูลจากบุคคลอื่นมากกว่าใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ของตนเอง

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่ได้นอกเหนือจากความรู้ที่ได้รับจากเอกสาร การฟังบรรยาย หรือจากสื่อต่างๆ แต่ได้รับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการทำงาน จากประสบการณ์จริงในชีวิต และจากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการสะท้อนกลับ เกิดความคิดรวบยอดและได้นำไปทดลองปฏิบัติจริง โดยในแต่ละบุคคลจะมีมิติการเรียนรู้ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถในรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า รูปแบบวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ส่วนใหญ่มีการนำไปใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนระดับประถมศึกษาและ



อุดมศึกษา นอกจากนั้นในปัจจุบันยังนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาได้มาจากหลายกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังคงมีผลลัพธ์คล้ายคลึงกันคือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง ในส่วนของการจัดการเรียนการสอน พบว่า การจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทางการพยาบาลด้วยวิธีผสมผสานความรู้เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่มีมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในการเรียนและมีแรงจูงใจในการเรียนมากขึ้น ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มากขึ้น (นงนุช, วัลชนี, และประไพพิศ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของชลดาและยุคนธร (2555) ที่พบว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกี่ยวกับการพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบความรู้และคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อยู่ในระดับดีมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคมและมาเรียม (2554) พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อสร้างสภาวะของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมีความรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสภาวะอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขที่พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น (นิดา, เตชา, และประพิมพ์, 2559) จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีความสอดคล้องกับการศึกษาแบบผู้ใหญ่ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อได้เรียนรู้กับเรื่องที่สนใจ รวมถึงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าสื่อความรู้ ต่างๆ (Knowles, 1977)

ดังนั้น ผลลัพธ์ของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ การเรียนรู้รูปแบบใหม่จากประสบการณ์เดิม รวมถึงการได้ลงมือทดลองปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่าการนำวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและสามารถนำไปใช้การปฏิบัติในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงสนใจนำวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาเป็นกลวิธีหนึ่งในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารส่งผลต่อการพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

### หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช

การควบคุมการบริโภคอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดชสามารถลดความดันโลหิตโดยลดความดันซิสโตลิก 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014; Sacks et al., 2001) ซึ่งการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดชเป็นวิธีการบริโภคอาหารของสหรัฐอเมริกาและได้มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย (วิมลรัตน์, 2552; สุติและเพ็ญพิศ, 2552) ประกอบด้วยอาหาร 8 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 อาหารประเภทธัญพืชเป็นแหล่งสารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานแก่ร่างกายและเป็นแหล่งใยอาหาร ซึ่งช่วยในการลดไขมันในหลอดเลือด ประกอบด้วย อาหารประเภท

ข้าวกล้อง ขนมหงอกธัญพืชไม่ขัดสีหรือแป้ง ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวโพด พืชจากหัว ได้แก่ มันเทศ มันฝรั่ง ถั่วเมล็ดแห้ง ควรได้รับวันละ 6 - 8 ส่วน โดยธัญพืช 1 ส่วนหรือ 1 ทัพพี ยกตัวอย่างเช่น ขนมหงอก 1 แผ่น เท่ากับข้าวสวย 1/2 ถ้วยตวงหรือเท่ากับข้าวสวย 1 ทัพพี

หมวดที่ 2 อาหารประเภทผักเป็นแหล่งโพแทสเซียม แมกนีเซียม และใยอาหาร ได้แก่ ผักใบเขียวชนิดต่าง ๆ ควรได้รับวันละ 4 - 5 ส่วน โดยผัก 1 ส่วนเท่ากับผัก 1 ทัพพี หรือเท่ากับผักชนิดใบใหญ่สุด 1 ถ้วยตวง หรือเท่ากับ ผักสดหั่น 1/2 ถ้วยตวงหรือเท่ากับน้ำผัก 1/2 ถ้วยตวง

หมวดที่ 3 อาหารประเภทผลไม้ เป็นแหล่งของใยอาหารและวิตามิน ได้แก่ กล้วยหอม กล้วยน้ำว้า ส้มเขียวหวาน เงาะ ลองกอง ควรได้รับวันละ 4 - 5 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วนเท่ากับผลไม้ แลกเปลี่ยน เช่น กล้วยน้ำว้า 1 ผล กล้วยหอม 1/2 ผล ส้มเขียวหวานขนาดกลาง (100 กรัม) 1 ผล ส้มเขียวหวานขนาดเล็ก 2 ผล มังคุดขนาดกลาง 2 ผล เงาะ 3 ผล ลองกอง 4 ผล ฝรั่ง 10 - 12 ผล หรือขนาด 6 - 8 ชิ้นคำ

หมวดที่ 4 อาหารประเภทนมเป็นแหล่งของแคลเซียมและโปรตีน ได้แก่ นมพร่องมันเนย นมรสจืด นมขาดมันเนย หรือนมถั่วเหลืองรสไม่หวานจัด ควรเป็นนมที่มีไขมันต่ำ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับวันละ 2 - 3 ส่วน โดยนม 1 ส่วนเท่ากับนม 1 แก้วหรือ 1 กล่องขนาด 240 ซีซีหรือเท่ากับ โยเกิร์ต 1 ถ้วย ถ้าหากไม่ดื่มนมสามารถเปลี่ยนเป็นอาหารทดแทน เช่น การรับประทานปลาตัวเล็กตัว น้อยหรืองาดำ 2 ช้อนโต๊ะหรืองาขาว 3 ช้อนโต๊ะ

หมวดที่ 5 อาหารประเภทเนื้อสัตว์เป็นแหล่งโปรตีน วิตามินบี เหล็ก สังกะสี ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ควรเป็นเนื้อแดงไม่ติดหนัง ไม่ติดมัน หรือปลาโดยเฉพาะปลาทะเล เนื่องจากปลาทะเล มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ ควรได้รับวันละไม่เกิน 6 ส่วน โดยเนื้อสัตว์ 1 ส่วนเท่ากับ เนื้อสัตว์ 2 ช้อนกินข้าว หรือไข่ 1 ฟอง ปลาทู 1 ตัว หรือเนื้อสัตว์ 4 - 5 ชิ้นต่อมื้อ

หมวดที่ 6 อาหารประเภทถั่วและพืชตระกูลถั่วเป็นแหล่งพลังงาน แมกนีเซียม โพแทสเซียม โปรตีน และใยอาหาร ได้แก่ ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ เมล็ดทานตะวัน เมล็ดแตงโม ถั่วลิสง ถั่วกระถิน ถั่วเขียว เป็นต้น ควรได้รับ สัปดาห์ละ 4 - 5 ส่วน เนื่องจากเป็นอาหารที่มีแคลอรีสูง โดยปริมาณอาหาร 1 ส่วนเทียบเท่าเมล็ดถั่ว 1/3 ถ้วยตวง

หมวดที่ 7 อาหารประเภทไขมันจะช่วยให้ร่างกายสามารถดูดซึมวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย รวมถึงการทำให้ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี ควรได้รับวันละ 2 - 3 ส่วน โดย 1 ส่วนเท่ากับ น้ำมันพืช 1 ช้อนชา หรือสลัดน้ำข้น 1 ช้อนโต๊ะ หรือสลัดน้ำใส 2 ช้อนโต๊ะ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว และควรหลีกเลี่ยงไขมันทรานส์ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง โดยต้องจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่ได้รับให้น้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ โดยไขมัน 1 ส่วนเท่ากับ ปลาหมึก 50 กรัม หรือปู 2 ช้อนกินข้าว หรือไข่ไก่ขนาดกลาง 1 ฟอง และควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทน น้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอยหรือน้ำมัน ถั่วเหลือง

หมวดที่ 8 อาหารประเภทของหวาน น้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควร ได้รับสัปดาห์ละไม่เกิน 5 ส่วน ปริมาณอาหาร 1 ส่วน เทียบเท่ากับน้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ ควรหลีกเลี่ยง

อาหารประเภทของหวาน การรับประทานน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน

การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดซ นอกจากได้รับคุณค่าอาหารทางโภชนาการครบถ้วนแล้ว ยังได้รับอาหารที่มีเส้นใยอาหาร ได้แก่ ผักผลไม้ตามสัดส่วนที่กำหนดแล้ว รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุ ได้แก่ วิตามินบี แคลเซียม เหล็ก สังกะสี แมกนีเซียม โพแทสเซียม ซึ่งเป็นอาหารที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

### **กระบวนการกลุ่ม**

กระบวนการกลุ่ม (group process) มาแรม (Marram, 1978) ได้กล่าวว่ากระบวนการกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกัน สมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การทำงานกลุ่มมุ่งเน้นการแก้ปัญหาของกลุ่ม มีพฤติกรรมใหม่ที่เกิดจากการทำกิจกรรมกลุ่ม เมื่อสมาชิกยอมรับในการเข้ากลุ่ม มีความเชื่อมั่น ไว้วางใจกับเพื่อนสมาชิก โดยที่ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่เกิดขึ้นในขณะดำเนินกิจกรรมนั้นจะยุติเมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์และแนะนำบทบาทหน้าที่ของสมาชิก (สุภณิดา, 2549)

การที่กระบวนการกลุ่มช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสูงสุด บรรลุงานสูงสุด ควรคำนึงถึงการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน หรือมากกว่า เนื่องจากกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ทุกคนส่วนร่วมการทำกิจกรรม มีโอกาสเรียนรู้จากสมาชิกสามารถค้นพบและสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (สุวิทย์และอรัญ, 2547)

ดังนั้น องค์ประกอบการออกแบบงานในแผนการสอน ทำให้ผู้เรียนดำเนินกิจกรรมที่ให้บรรลุตามเป้าหมายสิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ (สุภณิดา, 2549) ดังนี้

1. การกำหนดกิจกรรม ประกอบด้วย การกำหนดวิธีการแบ่งกลุ่ม วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำกลุ่ม และเมื่อกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์แล้วจะดำเนินกิจกรรมอย่างไร

2. การกำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิก โดยทั่วไปการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมีการรวมกลุ่มใหญ่จะเกิดการขยายการเรียนรู้ทำให้ใช้เวลาน้อยในการเรียนรู้และไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทของสมาชิกกลุ่มย่อยโดยให้ทำกิจกรรม เช่น เป็นผู้บันทึก หรือเป็นตัวแทนการนำเสนอผลงาน

3. การกำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมและบทบาทสมาชิกกลุ่มย่อย โดยจัดทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ซึ่งการออกแบบใบงานหรือใบชี้แจง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมสำเร็จ โดยมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน

ลักษณะการทำงานกลุ่มมีผลต่อการปรับพฤติกรรม ซึ่งยาโลม (Yalom, 1985) ได้กล่าวว่า การดำเนินกิจกรรมกลุ่มสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากสมาชิกกลุ่มมีการยอมรับซึ่งกันและกันอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจ ซึ่งในขณะที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้นสมาชิกในกลุ่มรับฟังยอมรับอย่างจริงจัง สามารถระบายความทุกข์ ความกลัว ความกังวล ทำรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีความกำลังใจในการร่วมมือทำกิจกรรม นอกจากนี้การได้เห็นแบบอย่างของสมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถเผชิญปัญหาได้ ทำให้เกิดการเลียนแบบ และมีความหวังว่าตนเองน่าจะเผชิญปัญหาเช่นนั้นได้ รวมถึงการได้รับข้อมูล ความรู้ กำลังใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ต่อสังคมและสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าเปิดเผยตนเองรู้สึกผูกพันกับสมาชิก ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับคำชี้แนะแนวทางข้อปฏิบัติจากกลุ่ม ทำให้ได้ทราบแนวทางแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การทดลองปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะและสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับปัญหาของตนเองมากที่สุด

ความสำเร็จของกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการ (Marram, 1978) ดังนี้

1. การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีความพึงพอใจ มีการยอมรับ และเคารพในความคิดเห็นกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ช่วยส่งเสริมความคิดริเริ่มของสมาชิกเกิดแรงจูงใจ ส่งเสริมการแสดงออกอย่างเสรี ทำให้สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของสมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมให้มีการเข้าใจตนเองและผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ทำให้เกิดพลังในการปฏิบัติ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่ม คือ

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะ และควรคำนึงถึงความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ความสามารถส่วนบุคคล และความสนใจของสมาชิก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปต้องคำนึงถึงความรู้ที่ได้รับ มีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมที่ดี การสร้างบรรยากาศให้สมาชิกได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ อธิบายความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์โดยเฉพาะการให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็น รับฟังปัญหาของผู้อื่น อธิบายความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้กับสมาชิกกลุ่มได้

1.2 การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะและความพร้อมของผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยคำนึงถึงสภาพอารมณ์ของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรู้จักคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การติดต่อสื่อสาร รวมถึงความต้องการในการเข้ากลุ่ม และควรมีการเข้ากลุ่มทุกครั้ง สิ่งเหล่านี้นำมาพิจารณาประกอบการจัดคนเพื่อเข้ากลุ่ม จึงจะทำให้กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมไปได้จนประสบความสำเร็จ

1.3 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรม กลุ่มจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ควรมีจำนวนสมาชิก 8 - 12 คน (Yalom, 1985) เพราะทำให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากขึ้น แต่ถ้ามีจำนวนสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกแต่ละคน มีเวลาแสดงความคิดเห็นกับปัญหาได้น้อยลง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการอภิปรายปัญหาไม่ทั่วถึง แต่ถ้าสมาชิกมีน้อยเกินไปจะทำให้การดำเนินกิจกรรมรูปแบบกลุ่มลดลง

ปฏิสัมพันธ์การเคลื่อนไหวของกลุ่มและพลังภายในกลุ่มลดลง นอกจากนี้ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน (face to face group) ช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้นเนื่องจากสมาชิกได้เห็นหน้าสบตากันรวมถึงมีการสื่อสารเป็นไปอย่างใกล้ชิดทำให้มีความรู้สึกในทิศทางเดียวกัน

1.4 ความถี่และระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม อาจจะเป็นสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่มควรเป็นเวลาวางจากการทำกิจกรรมอื่นๆ กำหนดวันเวลาให้แน่นอน โดยต้องเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนในกลุ่มเล็กที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง (Yalom, 1985) เนื่องจากการใช้เวลา น้อยเกินไปสมาชิกแต่ละคนอภิปรายปัญหาไม่ทั่วถึง แต่ถ้าใช้เวลานานเกินไปจะทำให้สมาชิกและผู้นำกลุ่ม เหนื่อยล้า

1.5 สถานที่ ควรจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน ส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้น สถานที่จึงควร เป็นสัดส่วนเฉพาะ (privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ

2. ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม (leadership) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม ต้องเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี และดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมี ประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้นำกลุ่ม ควรประกอบด้วย บทบาทที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

2.1 เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย มีความรู้สึกเป็นสมาชิก กลุ่ม ให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และต้องตระหนักถึงความสามารถเฉพาะ ของสมาชิก

2.2 สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้ทุกคน มีอิสระ ในการสร้างความรู้สึก ความคิดเห็นในปัญหา มีอิสระในการหาทางแก้ปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกให้เกิดความรู้สึก ไว้วางใจ

2.3 ดูแลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีความรับผิดชอบโดยตรง ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด และควรได้มีการประเมินความก้าวหน้าใน การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะๆ

2.4 กำหนดความมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ต่างกันอาจบรรลุจุดหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) เพื่อให้ กลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม จึงประกอบไปด้วยกระบวนการดำเนินการ กลุ่ม 3 ระยะ (Marram, 1978) ดังนี้

1. ระยะนำ การสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและกล้าแสดงออก (the introductory phase or initiating phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มชี้แจงให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่มกฎเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติตัวในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่ม ส่งเสริมให้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นความรู้สึก เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกใน กลุ่ม รับรู้ว่ามีสมาชิกทุกคนมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ผ่านมากล้าคลึงกันหรือไม่ การรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้าง พื้นฐานร่วมกันของสมาชิก โดยการเข้าใจวัตถุประสงค์ การจัดให้กลุ่มอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อม

ที่เหมาะสม ปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมา ระยะนี้เป็นระยะการกำหนดข้อตกลง (norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎเกณฑ์ให้สมาชิกในกลุ่มได้ถือปฏิบัติ เป็นการควบคุมการปฏิบัติของสมาชิกในการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นผู้สร้างกำหนดข้อตกลงบางส่วน และเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันกำหนดข้อตกลงจนเสร็จสมบูรณ์ การกำหนดข้อตกลงที่ดีทำให้สมาชิกเข้าใจและยอมรับ สามารถนำไปปฏิบัติได้

2. ระยะดำเนินการ สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (working phase: locating responsibility in members) ระยะนี้สมาชิกมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดมากขึ้น มีการระบายความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดความคิดใหม่ และสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง บทบาทของสมาชิกมีทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เป็นระยะระดมเอาพลังความคิดและประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนออกมา

ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย (Marram, 1978) โดยการเอื้ออำนวยให้เกิดประโยชน์ต่อกัน เสริมสร้างความเชื่อมั่น ปลอดภัย มีความเป็นมิตรต่อกัน สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น มีชีวิตชีวา ให้กลุ่มมีอิสระในการพูดและการแสดงออกได้อภิปรายปัญหา ลดความตึงเครียด ความกังวลใจของสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมให้สมาชิกดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม รวมถึงผู้นำกลุ่มต้องมีการเฝ้าติดตามการพัฒนาของสมาชิกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนมีความงอกงามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม การถึงเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (terminating the group: arriving at a perspective on self and others through change) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มได้สรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางพัฒนาศักยภาพของตนเองและความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลหลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องเปิดโอกาสสมาชิกทุกคนได้ระบายความรู้สึก ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม เป็นการรวมกันของสมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ความคิดและการปฏิบัติเพื่อการปรับพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของกุลธิดา (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญการควบคุมการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง และจากการศึกษาของวิยะการ (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลังจากได้รับความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่ากระบวนการกลุ่มสามารถทำให้สมาชิกกลุ่ม มีการปรับพฤติกรรมใหม่ให้เหมาะสม จากการศึกษาที่สมาชิกกลุ่มได้มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ มีกำลังใจในการที่จะทำกิจกรรม ตามคำแนะนำจากการแลกเปลี่ยนความรู้ของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการมีส่วนร่วมใน

การแก้ปัญหาและการให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการหาแนวทางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถนำมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถาวร รวมถึงสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง โดยนำวิธีการที่เหมาะสมมาใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้นั้น เป็นสิ่งที่มีความท้าทายกับทีมระบบสุขภาพที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการปฏิบัติตัวในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยั่งยืนมาอย่างยาวนาน รวมถึงการได้รับการถ่ายทอดการปฏิบัติพฤติกรรมมาจากครอบครัว สังคม รวมถึงวัฒนธรรมความเชื่อและค่านิยมที่มีอยู่เดิม (ภฤตินและชีพสมน, 2557) การศึกษาครั้งนี้ได้นำวิธีการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการมาใช้ในการออกแบบการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่ยังเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมได้อย่างปกติ โดยที่กลวิธีการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ได้นำ 3 แนวคิดหลัก ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช (James et al., 2014) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram, 1978) นำมาบูรณาการกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งวิธี การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ มีผลลัพธ์ให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความพร้อม ความมั่นใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

### การจัดบริการเพื่อควบคุมความดันโลหิตในชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2506 ตามโครงการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในขณะนั้น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์กับชุมชนสังคม มีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ จนกระทั่งในปี พ.ศ.2532 กระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งจัดตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และในปีพ.ศ.2535 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุขึ้น ทำให้รัฐบาลมอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น โดยกำหนดให้โรงพยาบาลทุกระดับและสถานีนานามัยทั่วประเทศสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันภาพรวมการดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุมีความก้าวหน้าไปในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สอดคล้องกับอัตราความเร็วในการก้าวสู่สังคมสูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2556) ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จำนวนร้อยละ 21 และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุดจำนวนร้อยละ 70 เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้คุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ (วิพรรณและคณะ, 2553)

สำหรับประเทศไทยประชากรสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงและเกิดขึ้นในระยะเวลาที่รวดเร็ว จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปีพ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีประชากรสูงอายุประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศจำนวน 65.6 ล้านคน และพบว่า ประชากรสูงอายุ 4 ภาคของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2549 มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

ชั้นพื้นฐานได้เองมากกว่าร้อยละ 90 แต่ยังคงพบผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) เหตุผลสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มการอยู่คนเดียว จากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545 – 2550 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียว อยู่กับสามีหรือภรรยา หรือต้องรับภาระในการเลี้ยงหลาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลามารับบริการทางสุขภาพ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2550 พบว่า ผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 45 แต่ยังคงพบการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันยังทำได้ในขอบเขตที่จำกัด (วิพรรณและคณะ, 2553) อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุส่งผลให้ได้รับความรู้ในการป้องกันการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพจน์ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุ เพศ และรายได้ที่แตกต่างกัน มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพศึกษารณิตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่แตกต่างกันการศึกษาของธนายุสและกนิษฐา (2558) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ตำบลบางเตย อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม ที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการได้รับความรู้ เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ใช้เวลา 4 เดือน และสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 6 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา เป็นข้าราชการเกษียณ ทำให้มีค่าตอบแทนที่แน่นอน มีเวลาและมีเงินเพียงพอในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับความรู้และเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ดังนั้นการให้ความสำคัญในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคในชมรมผู้สูงอายุ ควรมีการสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับความต้องการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จัดตั้งในปี พ.ศ. 2523 ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดำเนินกิจกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ กิจกรรมบันเทิงและการออกกำลังกาย รวมถึงการเป็นวิทยากรด้านผู้สูงอายุให้แก่หน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เป็นแหล่งศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาองค์ความรู้มาใช้ในการเรียนการสอนและการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจัดกิจกรรมทุกวันศุกร์ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นลักษณะการตั้งรับ กล่าวคือ กิจกรรมการดำเนินงานเน้นการประเมินภาวะสุขภาพ การให้



ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ กิจกรรมบันเทิง และการออกกำลังกาย แต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพสมาชิกที่เจ็บป่วยเท่าที่ควร รวมถึงไม่พบการนำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพมาดำเนินการเป็นกิจกรรมแก้ปัญหาในการให้บริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการให้กับสมาชิกอย่างชัดเจน พบเพียงผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ในปีพ.ศ. 2553 พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดถึงร้อยละ 44 รองลงมาป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 17.33 (จารุณีและอริสา, 2553) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพจากแพทย์ในโรงพยาบาล รวมถึงยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม และปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

### โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

ปัจจุบันรูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยทบทวนจากเอกสารและองค์ความรู้ที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้สื่อประกอบการสอนที่หลากหลาย (วรารัตน์และคณะ, 2555; พัทธราภรณ์และคณะ, 2553; สไบทิพย์และคณะ, 2554) แต่หลายงานวิจัยกลับพบว่าแม้การสอนจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของอรุณลดดา (2550) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ ปัจจัยในการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ( $r = .399, p < .01$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ( $r = .372, p < .01$ ) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ( $r = .368, p < .01$ ) และระยะเวลาป่วย ( $r = .288, p < .01$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ( $r = -.175, p < .01$ )

นอกจากนี้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุควรประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเปิดโอกาสให้สะท้อนกระบวนการคิดกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่และสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการชมเชยให้กำลังใจในพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป (สุภณิดา, 2549)

### หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาพบรูปแบบการสนับสนุน

การเรียนรู้ด้านโภชนาการและการประเมินผลลัพธ์ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

### รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

จากผลการทบทวนการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัย 14 เรื่อง พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ เมื่อได้รับทราบความรู้ร่วมกับประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทำให้เกิดความตระหนักและมีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงระยะเวลาของรูปแบบในการดำเนินโปรแกรม จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการทดลองมีตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 18 เดือน ระยะเวลาที่นิยมมากที่สุดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ 7 – 8 สัปดาห์ (นิดาและคณะ, 2559; พนิดา, 2551) ส่วนการใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า มีตั้งแต่ 30 นาที - 3 ชั่วโมง (กุลธิดา, 2555; จิราภรณ์และปริญญญา, 2555; สุนทรีย์และอรธิรา, 2557) ระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทุกคนและไม่เหน็ดเหนื่อยจากการทำกิจกรรมคือ ประมาณ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที (พนิดา, 2551; Yalom, 1985)

ดังนั้น รูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การสอนให้ความรู้และคำแนะนำโดยการสนับสนุนการใช้อุปกรณ์สื่อประกอบการบรรยาย สาธิต

ปัจจุบันวิธีการให้ความรู้มีความหลากหลาย จุดเน้นคือต้องการให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัย เช่น การใช้สื่อ ภาพพลิก นำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ หรือการนำบุคคลต้นแบบมาให้ความรู้เล่าสถานการณ์จริง เป็นต้น ซึ่งเนื้อหาในการให้ความรู้ ประกอบด้วย ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค มีผลดี คือสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้มีความรู้เพิ่มขึ้น (จิราภรณ์และปริญญญา, 2555; เบญจมาศและคณะ, 2555; พัชราภรณ์, 2553; วรรัตน์, 2555; สไบทิพย์, 2554, สุนทรีย์และอรธิรา, 2557; อรุณลดา, 2550) รวมถึงการแจกคู่มือ ซึ่งเป็นสื่อประกอบความรู้อีกรูปแบบหนึ่ง ที่ประกอบด้วย เนื้อหาที่ช่วยทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปปฏิบัติได้ และเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สำคัญคู่มือช่วยให้ผู้ที่ต้องการศึกษาหาความรู้สามารถนำกลับมาอ่านใหม่ได้ และเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติในรูปแบบที่คู่มืออธิบายไว้ และกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้ดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง (เบญจมาศ และคณะ, 2555; พนิดา, 2551; สไบทิพย์, 2554) นอกจากนี้ ยังมีแบบบันทึกช่วยจำช่วยให้ผู้บันทึกสามารถจดและจำการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวัน เช่น การบันทึกปริมาณอาหารที่ได้รับประทานในแต่ละมื้อ ส่งผลให้เกิดความระมัดระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สร้างความตระหนักและรักสุขภาพมากขึ้น เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารประจำวัน ทำให้เกิดพลังใจในตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (เบญจมาศและคณะ, 2555; พนิดา, 2551; สไบทิพย์, 2554; เสาวณีย์และคณะ, 2554)

## 2. การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

รูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram, 1978) เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน ลักษณะกลุ่มไม่ใหญ่เกินไป ประมาณ 8 – 12 คน เพื่อให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ นำไปแก้ปัญหในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้นำกลุ่มที่ดี ช่วยให้บรรยากาศกลุ่มมีความเข้าใจกัน การให้กำลังใจ การเสริมแรง สามารถทำให้การดำเนินการกลุ่มบรรลุเป้าหมาย (พนิดา, 2551; พัชราภรณ์, 2553; วรารัตน์, 2555)

## 3. การใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

รูปแบบกิจกรรมโดยการใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) เป็นรูปแบบโปรแกรมที่เหมาะสมนำประสบการณ์ที่ผ่านมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเทียบเคียงกับการศึกษาของนิคมาและคณะ (2558) ที่ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยมีประสบการณ์การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) สอดคล้องกับการศึกษาของนิคมาและคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทักษะในการคัดกรองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังจะเห็นว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นและมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจากการที่ได้รับความรู้ใหม่ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ดังนั้น รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย (1) การสอนให้ความรู้และคำแนะนำโดยการสนับสนุนการใช้อุปกรณ์สื่อประกอบการบรรยาย สาธิต (2) การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และ (3) การใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทั้งนี้รูปแบบการให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เน้นลดการบริโภคเกลือ ยังไม่พบการนำหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช8 หมวด ที่เน้นการรับประทานผักผลไม้ในทุกมื้ออาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชสามารถช่วยลดความดันโลหิตและมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ส่งผลให้มีผลลัพธ์ในการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 7 -8 สัปดาห์ และใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที

### *การประเมินผลลัพธ์ของการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ*

จากการทบทวนแนวทางประเมินผลลัพธ์ของการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า มีการประเมินด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย โดยด้านความรู้มีการประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (สุนทรีย์และอรจิรา, 2555; วียะการ,

2556) ด้านพฤติกรรมมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (พัชรภักดิ์ และคณะ, 2553) การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง (เบญจมาศและคณะ, 2555; วิยะการ, 2556) การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค (จิราภรณ์และปริญญา, 2555; พนิดา, 2551; เสาวนีย์และคณะ, 2554; สไบทิพย์, 2554; Lara et al., 2014) และการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคช (Ogedegbe et al., 2013) สำหรับด้านร่างกาย มีการประเมินที่พบบ่อย คือ การติดตามผลระดับความดันโลหิต (เบญจมาศและคณะ, 2555; พนิดา, 2551; พัชรภักดิ์และคณะ, 2553; สไบทิพย์, 2554; เสาวนีย์และคณะ, 2554; Truncali et al., 2010) นอกจากนี้มีการวัดดัชนีมวลกายด้วยเช่นกัน (BMI) (Lara et al., 2014)

ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ของการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ จึงสามารถประเมินได้ ทั้งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีทั้งเครื่องมือการประเมินความรู้ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคช แต่เครื่องมือส่วนใหญ่มีข้อคำถามที่มากและขาดความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคช สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการประเมินผลลัพธ์ด้านร่างกาย การติดตามผลระดับความดันโลหิต หลังจากให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ยังขาดความเฉพาะ เจาะจงในการประเมินความดันโลหิตหลังจากการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชโดยบูรณาการกับกระบวนการกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

### โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ (2) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ (3) การออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยทบทวนและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมจากงานวิจัยในอดีต พบว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถาวรนั้น เกิดจากการได้รับเพียงความรู้ สอนสาธิต โดยสื่อประเภทต่างๆ รวมถึงการได้รับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคจากคู่มือผ่านกิจกรรมทำให้ไม่เกิดความตระหนัก และการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง

2. การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การกำหนดค่าสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้านโภชนาการในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูง กระบวนการกลุ่ม พฤติกรรมการบริโภค การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ elderly with hypertension, group process, dietary behaviors, experiential learning theory

2.2 การกำหนดแหล่งข้อมูล หรือฐานข้อมูลที่ใช้เพื่อการสืบค้น โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทย (ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และวิจัยในประเทศไทย) และภาษาอังกฤษ (CINAHL, Medline, PubMed, Mosby's nursing consult) กำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2545 - 2559 และ ค.ศ. 2000 - 2016 ตามลำดับ ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวที่มีการออกแบบให้มีระยะควบคุมและระยะทดลอง ขั้นตอนนี้สืบค้นได้ทั้งหมด 14 เรื่อง

2.3 การศึกษาวิเคราะห์แต่ละงานวิจัย โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ความลำเอียงในงานวิจัย ประเมินกระบวนการพัฒนาและสาระสำคัญของเนื้อหา พร้อมทั้งสังเคราะห์ความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการที่จะนำวิธีการไปใช้ภายใต้เงื่อนไขสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาออกแบบโปรแกรม จำนวน 6 เรื่อง ได้แบ่งระดับและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องตามข้อเสนอแนะหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI, 2008) ประกอบด้วย ระดับ 1 คืองานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (meta-analysis of randomized controlled trials) จำนวน 1 เรื่อง (Lara et al., 2014) งานวิจัยที่เป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trial: RCT) จำนวน 1 เรื่อง (Ogedegbe et al., 2013) และระดับ 2 คืองานวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (quasi - experiment) จำนวน 4 เรื่อง (จิราภรณ์และปริญญญา, 2555; นิตาและคณะ, 2559; พัทธาภรณ์และคณะ, 2553; สุนทรีย์และอรธิตรา, 2557) จากการประเมินคุณค่าพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดมีระดับคำแนะนำเกรด A ซึ่งมีข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก แสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจน สามารถจะนำไปปฏิบัติได้และเป็นที่ยอมรับในทางจริยธรรมดังมีรายละเอียดประกอบด้วย (1) การอภิปรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 - 12 คน (2) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (3) การบันทึกประจำวัน และ (4) การนำไปทดลองปฏิบัติจริง

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษผ่านกระบวนการกลุ่มของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มที่มีสมาชิกมีปัญหาคล้ายคลึงกัน คือ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มบรรลุเป้าหมายได้ชัดเจน (Marram, 1978) โดยที่การนำรูปแบบการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ โดยนำประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษ เพื่อลดความดันโลหิต (James et al., 2014) ประยุกต์ใช้ปรับในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งผลลัพธ์จากการสนับสนุนจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้รับความรู้ใหม่ ทำให้สร้างความมั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ เข้าใจ และตัดสินใจเลือกวิธีการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Kolb, 1984) ทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ โดยปฏิบัติอย่างมีความลงตัวและสอดคล้องกับปัญหาและ

ความต้องการในการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### 3. การออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

การออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ใช้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยการนำองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่ม ซึ่งการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช โดยนำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 ขั้นตอน บูรณาการร่วมกับการนำกระบวนการกลุ่มที่ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ระยะ มาใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

### สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ส่งผลให้มีความรุนแรงของโรคมมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย พิการหรือเสียชีวิต มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น โดยการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชเป็นเวลา 2 สัปดาห์สามารถทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ถึง 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท ยังสามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบของกิจกรรมการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่มจะส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร การนำประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุผ่านกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มมีการแสดงความคิดเห็น นำปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มและที่สำคัญการที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช ร่วมกันสะท้อนปัญหา ให้กำลังใจ ตลอดจนมีการแก้ปัญหา และการให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิก จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองต่อสังคมและสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น สมาชิกที่มีการเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น รู้สึกผูกพันกับสมาชิก ที่สำคัญเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และจะทำให้สมาชิกสามารถ

พบทวนหาแนวทางการแก้ปัญหาจากกลุ่มและเลือกใช้วิธีการปรับพฤติกรรมการบริโภค อาหารให้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเองมากที่สุดและสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้น รูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชที่เหมาะสม และการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น ผู้วิจัยได้ออกแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในประเด็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยวิธีการกระบวนการกลุ่มเป็นตัวขับเคลื่อนในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับกลุ่มของผู้สูงอายุที่ยังมีการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว พบว่า การสนับสนุนความรู้ด้านโภชนาการมีความเหมาะสมในด้านการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกโดยให้มีสมาชิกที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงรวมกันเป็นกลุ่มกลุ่ม ละ 6 คน ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งนี้กระบวนการทดลองใช้เวลา 7 สัปดาห์ ในการทดสอบผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้เพื่อนำผลลัพธ์ไปส่งเสริมป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและปรับปรุงวิธีการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้ คงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (one group time series design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันแต่ช่วงเวลาต่างกัน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้

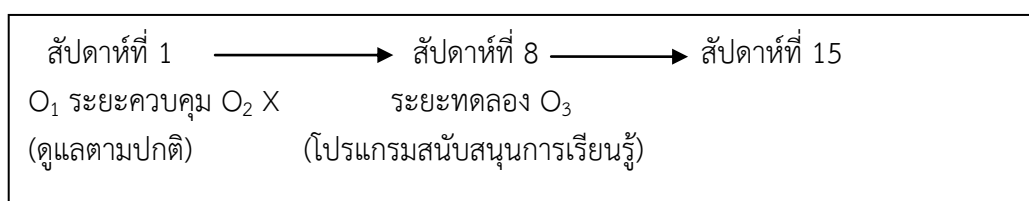
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการเก็บข้อมูลก่อนระยะควบคุม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8) เป็นการเก็บข้อมูลหลังระยะควบคุมและเป็นข้อมูลก่อนระยะ

ทดลอง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 15) หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

และนำผลที่ได้แต่ละครั้งมาเปรียบเทียบกับโดยระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองในโปรแกรม คือ 7 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 8 – 15 รายละเอียดดังภาพ 3



ภาพ 3. แผนผังแสดงระยะเวลาดำเนินการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

$O_1$  หมายถึง การวัดผล ครั้งที่ 1 ของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตในระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1

$O_2$  หมายถึง การวัดผล ครั้งที่ 2 ของค่าระดับความดันโลหิตในระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 8 และเป็นการวัดครั้งที่ 1 ของระยะทดลอง

$O_3$  หมายถึง การวัดผล ครั้งที่ 3 ของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตในระยะทดลองสัปดาห์ที่ 15

ระยะควบคุม หมายถึง ได้รับการดูแลตามปกติ

ระยะทดลอง หมายถึง โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ



## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีลักษณะและคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาและรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุข
2. มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนก่อนการทดลอง
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลต่อความดันโลหิต ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไต ตา และระบบประสาทส่วนกลาง
4. ยินยอมและเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้ง

### เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
2. มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือโรคอื่นๆ จนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไต ตา และระบบประสาทส่วนกลาง
3. มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา เช่น ในช่วงของการเข้าร่วมกิจกรรมได้รับการปรับขนาดของยาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิต

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .76 (ภาคผนวก ก) ซึ่งได้จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้คือ สไบทิพย์ (2555) เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเท่ากับ 0.85 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 เปิดตารางได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 25 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายและถอนตัวออกจากการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 36 ราย

### **การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากทะเบียนประวัติสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### **ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ ผ่านกระบวนการกลุ่มของมาแรม และนำหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช ใช้เวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ดำเนินทดสอบโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 - 15 ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน จำนวน 6 กลุ่ม การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมจะมุ่งเน้นสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ผู้วิจัยมีการวางแผนและกำหนดรายละเอียดไว้ในแผนการดำเนินการทดลองประจำสัปดาห์โดยกำหนดการเข้ากลุ่ม 5 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์

2. แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นรายละเอียดในการดำเนินการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้กลวิธี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเรียนรู้หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และยังคงมีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม การสร้างทักษะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้และทดลองปฏิบัติจริงในการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและการประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต (ภาคผนวก จ)

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เป็นชุดคำถามเลือกตอบและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกของครอบครัว ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันและการไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูงเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงการใช้ถ้อยคำ ให้เข้าใจง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, และ 15) และด้านลบจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4, 6, 7, และ 8) ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	0
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2	1
ปฏิบัติบางครั้ง	1	2
ไม่ปฏิบัติ	0	3

3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นรายละเอียดที่ดำเนินการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในการบันทึกข้อมูลการบริโภคประจำวันเกี่ยวกับเรื่องอาหารในแต่ละมื้อทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสังเกตพฤติกรรมตนเอง และสามารถนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มได้ ซึ่งในแบบบันทึกฉบับนี้ได้จัดทำเนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด ตัวอย่างอาหารในแต่ละมื้อที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา

ผลของคะแนนทุกข้อ จะเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน แล้วพิจารณาแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภค
0-0.49	ไม่ถูกต้อง
0.50-1.49	ถูกต้องน้อย
1.50-2.49	ถูกต้องปานกลาง
2.50-3.00	ถูกต้องมาก

4. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดออสมอน รุ่น HEM 7130 ใช้สำหรับวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องเดียวตลอดการวิจัยโดยวัดความดันโลหิตในเวลาเดียวกัน โดยกำหนดวัดความดันโลหิต ช่วงเวลา 10.00 น. เนื่องจากควรหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตในระยะเวลา 60 นาที เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจในภาษาของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการกลุ่ม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ ด้านโภชนาการ 1 ท่าน โดยตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของการนำไปใช้ หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไปทดลองเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนจะนำไปใช้จริง

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูงและเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.72

2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้รับการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างเที่ยงตรง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทุก 6 เดือน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง และการรักษาความลับ

การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัย ไร้กังวล หลังจากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมให้ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในระหว่างการพูดคุยหรือเข้ากลุ่ม การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาวิจัยในระหว่างการดำเนินการ ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ หากมีอาการแสดงของความดันโลหิตสูงเช่นปวดศีรษะเวียนศีรษะ เหนื่อยหอบหรืออาการผิดปกติใดๆเช่นใจสั่นเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะส่งไปพบแพทย์ เพื่อการรักษา ทันที และให้ออกจากการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลองและขั้นดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นเตรียมการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาเสนอกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย
2. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
3. เข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุและอาจารย์ที่รับผิดชอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล
4. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ทั้งนี้ ได้ทำการมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินกิจกรรม ในการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้ทำการอธิบายวิธีการวัดความดันโลหิต และให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องในการวัดทันที

## ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย ระยะควบคุม และระยะทดลอง มีการดำเนินการ (ดังภาพ 4 หน้า 44) ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 ราย
2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งใช้เวลาในการเข้าร่วมวิจัยเป็นเวลา 15 สัปดาห์ โดยระยะเวลา 7 สัปดาห์แรก จะได้รับการดูแลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ หลังจากนั้นเป็นการใช้โปรแกรมในการเข้าร่วมการวิจัยระยะเวลา 7 สัปดาห์
3. แจ้งการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงลายมือชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง

5. ดำเนินการวิจัย ในระยะควบคุมและระยะทดลอง ดังนี้

- 5.1 การดำเนินการในระยะควบคุม สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 8

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุตามปกติ

5.1.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม มอบหมายผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามปกติ คือ การสวดมนต์ทำสมาธิ การให้ความรู้ทางสุขภาพ และการออกกำลังกายตามปกติ

- 5.1.2 สัปดาห์ที่ 8 มอบหมายผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 2

- 5.2 การดำเนินการในระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 8 – สัปดาห์ที่ 15

ใช้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยกลวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6 คน จำนวน 6 กลุ่ม เข้ากลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

- 5.2.1 ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มห่างกัน 1 สัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 8, 9 และ 10) วัตถุประสงค์เพื่อการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน”

- 5.2.2 ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มห่างกัน 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 12 และ 14) มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มคิดสะท้อนกลับในประเด็น “การรับประทานอาหารด้านความดันสูตรแดช” สนับสนุนหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชการเกิดความคิดรวบยอด ในการหาแนวทางการบริโภค

อาหารด้านความดันสูตรพิเศษให้เหมาะสมกับตนเอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความคิดรวบยอดที่ตนเองได้รับไปลงมือปฏิบัติจริง และลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และกลับมาเข้ากลุ่มห่างกัน 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง เพื่อสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษและระดับความดันโลหิต

### 5.2.3 ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 15 กลุ่มตัวอย่างสรุปผลของประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นองค์ความรู้ใหม่ทั้งหมดในการทำกลุ่ม (การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษและระดับความดันโลหิต) รวมถึงการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ครั้งที่ 2 และวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 3 หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในระยะทดลอง

6. การดำเนินการวิจัย ได้แจกแจงบทบาทของผู้วิจัยผู้ช่วยวิจัย ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

#### 6.1 บทบาทผู้วิจัย

6.1.1 สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 6 คนและคัดเลือกผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้ผู้นำกลุ่มกำหนดจุดมุ่งหมายการทำกลุ่ม แบ่งบทบาทหน้าที่ มอบหมายงานให้กับสมาชิก เช่น ผู้บันทึก สวัสดิการ ผู้ประสานงานในกลุ่ม ฯลฯ หลังจากนั้นช่วยเหลือผู้นำกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็น “พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน” เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

6.1.2 สัปดาห์ที่ 9 เตรียมผู้นำกลุ่มในการให้สมาชิกได้มีการคิดสะท้อนกลับในประเด็น “การรับประทานอาหารด้านความดันสูตรพิเศษ” และสนับสนุนหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษเป็นเอกสารให้กับผู้นำกลุ่ม เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

6.1.3 สัปดาห์ที่ 10 เตรียมผู้นำกลุ่มในการกระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษ จากข้อมูลประสบการณ์เดิม และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรพิเศษไปปรับใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้บันทึกประจำกลุ่มบันทึกเป็นหลักฐาน โดยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้สมาชิกทุกคนนำไปใช้บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประจำวัน เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

6.1.4 สัปดาห์ที่ 12 และ 14 หลังสิ้นสุดการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ 2 สัปดาห์ และติดตามอีก 2 สัปดาห์ จากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยนัดหมายที่ชมรมผู้สูงอายุ ให้กำลังใจผู้นำกลุ่มและสมาชิก สนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในพฤติกรรมกรรมการบริโภค และสะท้อนข้อมูลจากแบบบันทึก เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

6.1.5 สัปดาห์ที่ 15 หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ สรุปลผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความสำเร็จของกลุ่ม กรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

## 6.2 บทบาทผู้ช่วยวิจัย

วัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งระยะควบคุมและระยะทดลองตามช่วงเวลาที่กำหนด ลงบันทึกที่ได้เตรียมไว้

## 6.3 บทบาทผู้นำกลุ่ม

6.3.1 สัปดาห์ที่ 8 ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ กฎ กติกา เปิดโอกาสให้สมาชิกเพิ่มเติม มอบหมายงานให้กับสมาชิก เช่น ผู้บันทึก สวัสดิการ ผู้ประสานงานในกลุ่ม ฯลฯ ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นให้สมาชิกกลุ่มค้นหาปัญหาที่เกิดจาก “พฤติกรรมกรรมการบริโภคในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน” ผู้นำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการบริโภคอาหาร

6.3.2 สัปดาห์ที่ 9 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช และสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้เตรียมเนื้อหาเรื่องอาหารด้านความดันสูตรแดชให้กับสมาชิก

6.3.3 สัปดาห์ที่ 10 ผู้นำกลุ่มกระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายและกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชจากข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ผู้บันทึกประจำกลุ่มบันทึกเป็นหลักฐาน เพื่อที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และชี้แจงการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของสมาชิกกลุ่ม ให้บันทึก 2 สัปดาห์

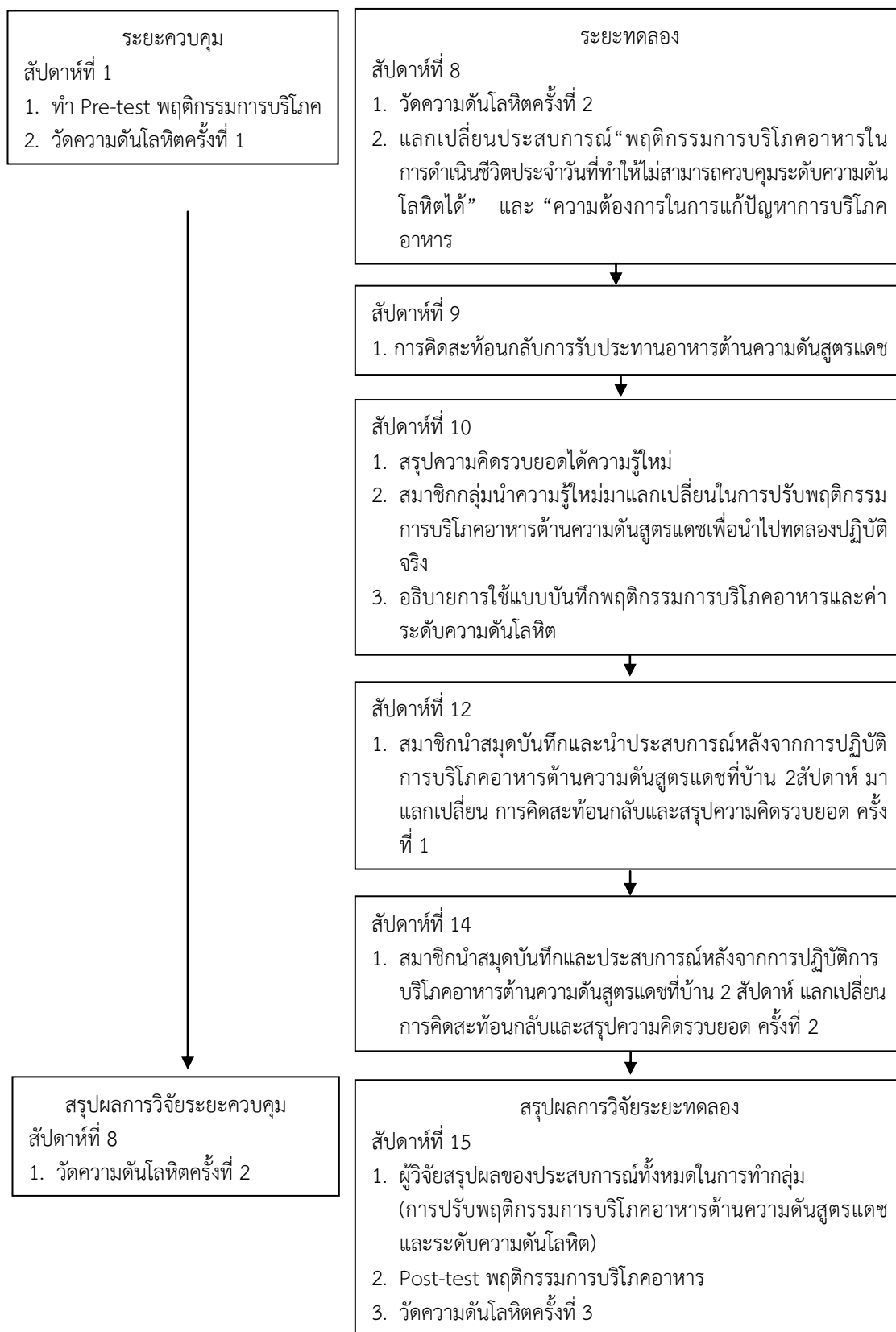
6.3.4 สัปดาห์ที่ 12 และ 14 ผู้นำกลุ่มสะท้อนการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและระดับความดันโลหิตที่ได้จากข้อมูลที่ผู้วิจัยสรุป ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้น/เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายและการปฏิบัติตัวในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชของสมาชิกกลุ่ม

6.3.5 สัปดาห์ที่ 15 ผู้วิจัยและผู้นำกลุ่มประเมินความสำเร็จของกลุ่มด้านการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและระดับความดันโลหิตร่วมกับให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองและชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

## 6.4 บทบาทสมาชิกกลุ่ม

เคารพกติกาของกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์สะท้อนข้อมูล สรุปลความคิดรวบยอด และการทดลองปฏิบัติ และการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช





ภาพ 4.สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ และคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติทีคู่ (Pair – t test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของก่อนและหลังของแต่ละช่วงดำเนินการ ทั้งระยะควบคุมและระยะทดลอง ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA) โดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (one group time series design) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 ราย ซึ่งมีระยะดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะควบคุมและระยะทดลอง โดยระยะควบคุมกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่วนระยะทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเป็นเวลา 7 สัปดาห์ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะควบคุมและระยะทดลองและการวัดระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการผลการศึกษานำเสนอโดยใช้รูปแบบการบรรยายประกอบตารางและแผนภูมิ แบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในระยะควบคุมและระยะทดลอง

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 77.80 และร้อยละ 22.20 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 70.81 ปี ( $SD = 8.35$ ) โดยมีอายุในช่วง 60 - 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 47.22) ครั้งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.00) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 44.40) ที่เหลือเป็นโสดและแยกกันอยู่ (ร้อยละ 2.80 เท่ากัน) ด้านการศึกษาประมาณครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 52.78) ส่วนใหญ่รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 86.10) โดยมีสามี ภรรยา หรือบุตร เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 36.10) ด้านการดูแลสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 77.80) และรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาทุกครั้ง (ร้อยละ 72.20) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 36)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	77.80
ชาย	8	22.20
อายุ (ปี) (Mean = 70.81, SD = 8.35, Min = 60.00, Max = 94.00)		
60 – 69	17	47.22
70 – 79	14	38.89
80 – 89	4	11.11
90 – 99	1	2.78
สถานภาพ		
สมรส	18	50.00
หม้าย	16	44.40
หย่า/แยกกัน	1	2.80
โสด	1	2.80
การศึกษา		
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	19	52.78
ปริญญาตรีและสูงกว่า	17	47.22
การมีรายได้		
เพียงพอ	31	86.10
ไม่เพียงพอ	5	13.90
ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน		
สามี/ภรรยา	13	36.10
บุตร	13	36.10
ดูแลตนเอง	8	22.20
หลาน	2	5.60
การไปพบแพทย์ตามนัด		
ทุกครั้ง	28	77.60
บางครั้ง	5	13.90
เมื่อมีอาการปวดศีรษะ	3	8.50
การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา		
ทุกครั้ง	26	72.20
บางครั้ง	8	22.20
เมื่อมีอาการปวดศีรษะ จะรับประทานยาลดความดันโลหิต	2	5.60

## ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ทั้งนี้ก่อนที่จะทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Pair-t test และ ANOVA ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนี้

1. การแจกแจงโค้งปกติ (normality) โดยการทดสอบจากสถิติโดยพิจารณาจากค่า Shapiro พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภค ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality)
2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง (sphericity) โดยใช้สถิติ Mauchly' test พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง ทั้งนี้สามารถใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียววัดซ้ำได้แต่ต้องอ่านผลการวิเคราะห์ที่ปรับค่าแล้วด้วยสถิติ Greenhouse-Geisser เพื่อลด type I error

ผลการทดสอบสมมติฐานดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในระยะควบคุมและระยะทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ระยะควบคุมและระยะทดลองโดยรวม พบว่า ระยะทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะควบคุมและระยะทดลอง ( $N = 36$ )

พฤติกรรมกรรมการบริโภค	ระยะควบคุม		ระยะทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ภาพรวม	1.91	0.39	2.25	0.30	-5.50	.000

เมื่อนำผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในระยะควบคุมและระยะทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของระยะควบคุม โดยรวม มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องปานกลาง ( $M = 1.91, SD = 0.39$ ) (13 ข้อจากทั้งหมด 15 ข้อ) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องมาก มีจำนวน 1 ข้อ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องน้อยจำนวน 1 ข้อ คือ การดื่มนมจืดหรือนมพ่องมันเนย/ผลิตภัณฑ์นม ไขมันต่ำ วันละ 1 – 2 แก้ว/ ถ้วย (ตาราง 4)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของระยะทดลองโดยรวมมีพฤติกรรมการบริโภคถูกต้องปานกลาง ( $M = 2.25, SD = 0.30$ ) (7 ข้อจากทั้งหมด 15 ข้อ) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องมากมีจำนวน 6 ข้อ คือ การรับประทานผลไม้ทุกมื้อ เช่น ส้ม 1 ลูก ฝรั่ง 1 ลูก มะละกอ 8 ชิ้น พอดีคำ หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล ฯลฯ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด/หมักดอง/อาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จ การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หนังไก่ หนังหมู เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ เช่น ปลานึ่ง ต้มจืด ไก่อบ ฯลฯ การใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารและการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ (ตาราง 5)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะควบคุม ( $N = 36$ )

พฤติกรรมการบริโภค	ระยะควบคุม		ระดับพฤติกรรม
	<i>M</i>	<i>SD</i>	
การรับประทานผลไม้ทุกมื้อ	2.11	0.83	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานผักทุกมื้อ	1.92	0.87	ถูกต้องปานกลาง
การเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันต่ำและไม่ติดมันทุกมื้อ	1.64	0.76	ถูกต้องปานกลาง
การเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพียงลงในอาหารที่ปรุงเสร็จ	1.58	0.87	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย	2.00	0.96	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด/หมักดอง/อาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป	2.14	0.59	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารไขมันสูง	2.08	0.55	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารทอด	1.67	0.76	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	1.69	1.01	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	1.69	1.01	ถูกต้องปานกลาง
การดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนย/ผลิตภัณฑ์นม ไขมันต่ำ	1.11	1.01	ถูกต้องน้อย
การใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร	2.19	0.89	ถูกต้องปานกลาง
การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ อาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ	2.11	0.98	ถูกต้องปานกลาง
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	2.97	0.17	ถูกต้องมาก
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน	1.58	1.00	ถูกต้องปานกลาง

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะทดลอง (N = 36)

พฤติกรรมการบริโภค	ระยะทดลอง		ระดับพฤติกรรม
	M	SD	
การรับประทานผลไม้ทุกมื้อ	2.61	0.49	ถูกต้องมาก
การรับประทานผักทุกมื้อ	2.22	0.87	ถูกต้องปานกลาง
การเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันต่ำและไม่ติดมันทุกมื้อ	2.06	0.83	ถูกต้องปานกลาง
การเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จ	1.89	0.67	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย	2.08	0.77	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด/หมักดอง/อาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป	2.56	0.50	ถูกต้องมาก
การรับประทานอาหารไขมันสูง	2.61	0.69	ถูกต้องมาก
การรับประทานอาหารทอด	2.08	0.65	ถูกต้องปานกลาง
การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	2.53	0.51	ถูกต้องมาก
การเติมนมจืดหรือนมพ่องมันเนย/ผลิตภัณฑ์นม ไขมันต่ำ	1.69	1.06	ถูกต้องปานกลาง
การใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร	2.72	0.45	ถูกต้องมาก
การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ อาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ	2.22	0.96	ถูกต้องปานกลาง
การอ่านฉลากดูปริมาณเกลือ ก่อนเลือกซื้ออาหาร	1.69	1.09	ถูกต้องปานกลาง
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	2.92	0.28	ถูกต้องมาก
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน	1.81	0.92	ถูกต้องปานกลาง

## 2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

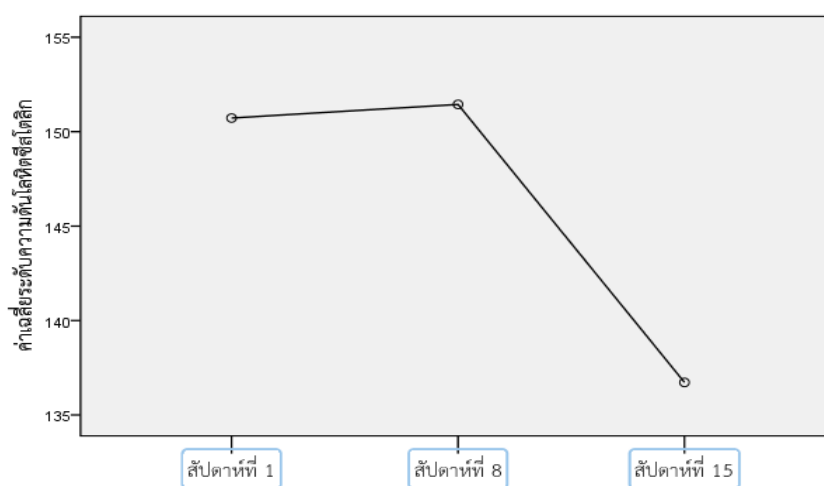
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ ( $F= 18.87, p < .001$ ) (ตาราง 6)

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (N=36)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F <sup>a</sup>	p
ภายในกลุ่ม	4959.18	1.63	3028.33	18.87	.000
ความคลาดเคลื่อน	9194.14	57.31	160.412		

เมื่อนำข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1, 8, และ 15) มาสร้างเป็นกราฟเส้นเพื่อแสดงความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกที่ลดลงในแต่ละระยะของการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในช่วงหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ภาพ 5)



ภาพ 5. แผนภูมิเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (ระยะควบคุม [สัปดาห์ที่ 1 - 8] และระยะทดลอง [สัปดาห์ที่ 8 - 15])

เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี พบว่า คู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -14.00 ( $p < .001$ ) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -14.72 ( $p < .001$ ) ซึ่งค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) หลังระยะควบคุมและหลังระยะทดลองมีค่าสูงสุดเท่ากับ -14.72 รองลงมา คือ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) ก่อนระยะควบคุมและหลังระยะทดลองเท่ากับ -14.00 (ตาราง 7)



ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี (N=36)

ระยะเวลา	ผลต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ย (mean difference)					
	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก					
	ก่อนระยะควบคุม		ก่อนระยะทดลอง		หลังระยะทดลอง	
	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 8		สัปดาห์ที่ 15	
	$\bar{d}$	$p$	$\bar{d}$	$p$	$\bar{d}$	$p$
ก่อนระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1			.72	1.00	-14.00	.000
ก่อนระยะทดลองสัปดาห์ที่ 8					-14.72	.000
หลังระยะทดลองสัปดาห์ที่ 15						

### 2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

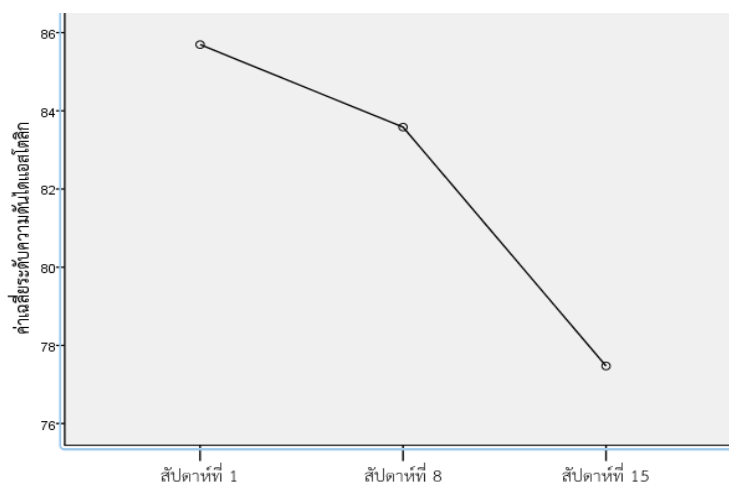
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งไดแอสโตลิก 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ ( $F = 8.82, p < .01$ ) (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (N=36)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F <sup>a</sup>	p
ภายในกลุ่ม	1312.89	1.80	728.17	8.82	.001
ความคลาดเคลื่อน	5209.11	163.10	82.54		

เมื่อนำข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1, 8, และ 15) มาสร้างเป็นกราฟเส้นเพื่อแสดงความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ลดลงในแต่ละระยะของการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในช่วงหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ภาพ 6)



ภาพ 6. แผนภูมิเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ (ระยะควบคุม [สัปดาห์ที่ 1 - 8] และระยะทดลอง [สัปดาห์ที่ 8 - 15])

เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี พบว่าคู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -8.22 ( $p < .01$ ) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -6.11 ( $p < .01$ ) ซึ่งค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของคู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) ก่อนระยะควบคุมและหลังระยะทดลองมีค่าสูงสุดเท่ากับ -8.22 รองลงมา คือ คู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) เท่ากับ -6.11 (ตาราง 9)

#### ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี ( $N=36$ )

ระยะเวลา	ผลต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ย (mean difference) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
	ก่อนระยะควบคุม สัปดาห์ที่ 1		ก่อนระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 8		หลังระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 15	
	$\bar{d}$	$p$	$\bar{d}$	$p$	$\bar{d}$	$p$
ก่อนระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1			-2.11	.717	-8.22	.004
ก่อนระยะทดลองสัปดาห์ที่ 8					-6.11	.011
หลังระยะทดลองสัปดาห์ที่ 15						

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยการจัดกิจกรรมอย่างบูรณาการด้วยกลวิธีใน 3 รูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย (1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (2) การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคช และ (3) กระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงการมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินกิจกรรม

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การทดสอบผลของโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

### ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยได้ออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมมีการบูรณาการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชบูรณาการผ่านกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน การทำกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง ในการนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน มีผู้นำกลุ่มจากการคัดเลือกของสมาชิกกลุ่ม ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยได้เตรียมแผนการทำกิจกรรมและอธิบายให้ผู้นำกลุ่มเข้าใจโดยใช้เวลา ในการเข้ากลุ่มครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การที่จำนวนสมาชิกมีจำนวนไม่มากเกินไป และใช้เวลาไม่นานเกินไปจะทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำกิจกรรมไม่เหนื่อยล้าเกินไป (Yalom, 1985) ซึ่งแต่ละขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาความต้องการของกลุ่ม ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาการบริโภคอาหาร” รวมถึงผู้นำกลุ่มแจ้งผลการวัดความดันโลหิตครั้งที่ 1 จากผลการเข้ากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารนอกบ้านเกือบทุกมื้ออาหาร เนื่องจากส่วนใหญ่ไปทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน รองลงมา คือ การซื้ออาหารรับประทานเอง เนื่องจากไม่สะดวกในการประกอบอาหารเอง ส่วนน้อยที่ประกอบอาหารเองหลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปและนัดหมายในสัปดาห์หน้าเวลา 10.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมในการคิดสะท้อนกลับ โดยการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้มีการคิดสะท้อนกลับ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่มจากปัญหาที่ผ่านมาและทำความเข้าใจกับการบริโภคอาหารด้านความดัน

สูตรเด็ด (ผู้วิจัยได้เตรียมเอกสารอาหารต้านความดันสูตรเด็ดไว้ให้กับผู้นำกลุ่ม โดยที่ก่อนหน้านี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องดังกล่าวมาแล้ว) จากผลการเข้ากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะรับประทานอาหารต้านความดันสูตรเด็ด แต่รู้สึกว่าจะมีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการประกอบอาหารเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา และได้ช่วยเหลือแนะนำและให้กำลังใจกันในกลุ่ม ดังนี้ “แจ้งร้านอาหารที่ซื้อประจำในการลดความเค็มของอาหาร” “เปลี่ยนร้านอาหาร” “เลือกซื้อผักผลไม้ แทน” “ซื้อผัก ผลไม้ไว้ที่บ้าน หิวเมื่อไหร่ สามารถทานได้ทันที” และพบว่า สมาชิกแต่ละกลุ่มจะไปช่วยสอนการทำอาหารให้ที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปและนัดหมายในสัปดาห์หน้าเวลา 10.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 3 ซึ่งยังคงเป็นระยะดำเนินการกิจกรรมในระยะเกิดความคิดรวบยอดและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสรุปความคิดรวบยอดพบว่าเข้าใจในขั้นตอนหลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเด็ดมากขึ้น นอกจากนั้นได้ร่วมกันคิดเมนูอาหารที่ต้องปรุงเองที่บ้านภายใน 2 สัปดาห์ มีการแลกเปลี่ยนเมนูอาหารให้กลุ่มใหญ่ โดยแต่ละกลุ่มนำเสนออาหารเมนูอาหารแลกเปลี่ยน จากผลการเข้ากลุ่มพบว่าได้มีการขยายองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่จากการปรับเมนูอาหารที่สามารถนำไปประกอบอาหารได้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละมื้อ เช่น แกงเลียง น้ำพริกปลาหู น้ำปั่นผักผลไม้สดตามฤดูกาล เป็นต้น และได้ทำข้อตกลงร่วมกันว่าจะนำไปทดลองทำอาหารเองที่บ้าน เมื่อมีปัญหาจะโทรศัพท์ถามให้กำลังใจกัน

นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มได้อธิบายการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 2 สัปดาห์ (ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้นำกลุ่มรับทราบก่อนเข้ากลุ่ม) จากผลการเข้ากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางท่านมีปัญหาเรื่องการเขียนบันทึก เช่น เขียนไม่ได้ สายตาไม่ดี จึงได้เกิดจิตอาสาขึ้นในกลุ่มในการช่วยบันทึก “ฉันจะไปจดให้ทุกวันตอนเย็น” “จำไว้ว่าทานอะไรบ้าง” “ให้คนที่บ้านช่วยบันทึก” ฯลฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปและนัดหมายในอีก 2 สัปดาห์เวลา 10.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

เข้ากลุ่มครั้งที่ 4 เป็นระยะดำเนินการกิจกรรมในระยะทดลองปฏิบัติและติดตามผล ครั้งที่ 1 โดยระยะเวลาห่างจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 3 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิดในการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเด็ด โดยนำเสนอบันทึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังจากการปฏิบัติการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเด็ดที่บ้าน 2 สัปดาห์ รวมถึงผู้นำกลุ่มแจ้งผลการวัดความดันโลหิตครั้งที่ 2 จากผลการเข้ากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่าง “รู้สึกตัวเบา” “ไม่ค่อยปวดหัวเหมือนเมื่อก่อน” “ขับถ่ายคล่องขึ้น” “ทำอาหารทานเองที่บ้านดีกว่าไปซื้อข้างนอก อาหารสะอาด ปลอดภัย” “ดีใจที่มีเพื่อน ๆ มาช่วยทำกับข้าว” “เพื่อนเอาอาหารมาให้ทาน” “ได้ทานอาหารเช้าแล้ว” “กินอิ่ม นอนหลับ” “ได้รู้จักการปฏิเสธการทานอาหารนอกบ้าน” ฯลฯ และเมื่อทราบว่าความดันโลหิตลดลง “แสดงว่าอาหารนั้นมันดีจริง ๆ” บางท่านที่ความดันโลหิตยังไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ให้เหตุผลว่า “ช่วงนี้ยังมีการกิจอยู่บ่อย ๆ” “ยังทานได้ไม่ครบทุกมื้อ” ฯลฯ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงถึงการให้กำลังใจและยินดีที่จะให้การช่วยเหลือตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปและนัดหมายในอีก 2 สัปดาห์เวลา 10.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

เข้ากลุ่มครั้งที่ 5 เป็นระยะดำเนินการกิจกรรมในระยะทดลองปฏิบัติและติดตามผล ครั้งที่ 2 โดยระยะเวลาห่างจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 4 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างนำเสนอบันทึกและนำ

ประสบการณ์หลังจากการปฏิบัติการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชที่บ้าน 2 สัปดาห์ มาแลกเปลี่ยนจากผลการเข้ากลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่าง “รู้สึกดี ได้รับความรู้หลากหลายเพื่อปฏิบัติ” “แต่ทุกคนมีความชอบที่ไม่เหมือนกัน เพราะบางคนชอบกินมัน ชอบจืด ทำให้เกิดความคิดว่าเราควรเลือกอาหารที่เหมาะสมอย่างไร” “ทำให้รู้ว่าเราทานข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ ทุกวันดีมาก” “มีความตระหนักมากขึ้นว่าเมื่อต่อไปจะกินอะไร” “ได้รู้ว่าสามารถกินอาหารนอกบ้านได้ ซื้ออาหารได้ แต่ต้องเลือกอาหาร” “รู้สึกดี ร่างกายไม่เครียด” หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปและนัดหมายอีกหนึ่งสัปดาห์ เวลา 10.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ ระยะนี้ผู้วิจัยสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม (การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชและระดับความดันโลหิต) ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ครั้งที่ 2 และวัดความดันโลหิตครั้งที่ 3

จากผลการดำเนินการทดลองผู้วิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. การที่ได้เข้ากลุ่มคุยกัน ฟังคนอื่นบ้าง เราพูดบ้าง รู้สึก “รู้สึกดี ได้รับความรู้หลากหลายเพื่อปฏิบัติ” “เลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง” “ได้แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร” “ได้ความรู้ที่ตีแก่ตัวเราในการควบคุมอาหาร” “ทำให้รู้ว่าแต่ละคนมีความชอบที่ไม่เหมือนกัน เพราะบางคนชอบกินมัน ชอบจืด ทำให้เกิดความคิดว่า เราควรเลือกอาหารที่เหมาะสมกับเราอย่างไร”

2. การบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ช่วยทำให้เราตระหนักในการรับประทานอาหารมากขึ้นหรือไม่ “ทำให้รู้จักเลี่ยงสิ่งอันตราย สำคัญที่สุด” “ได้ทราบว่าทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้นแล้วหรือยัง”

3. การจัดให้มีการคุยแลกเปลี่ยนกัน เรื่องอาหาร รู้สึกอย่างไร “ได้ประโยชน์กับผู้ปฏิบัติดีมาก” “ชอบที่จะฟัง ได้นำไปปฏิบัติด้วย” “ฟังแล้วสามารถนำไปไตร่ตรองในการกินที่มีประโยชน์ด้วย” “ได้ความรู้ดีมาก พิจารณาตัวเองได้” “ได้ความรู้ที่มีประโยชน์ ได้รู้กินอาหารที่เกี่ยวกับสุขภาพ” “ได้ควบคุมอาหารตามการแนะนำ ได้ผลดีมาก” “ได้ทราบสิ่งที่ไม่รู้ แล้วนำไปปฏิบัติ”

4. การที่ท่านทราบว่า เมื่อปรับการรับประทานอาหารแล้ว ความดันโลหิตลดลง รู้สึกอย่างไรบ้าง “ภูมิใจ และสามารถปรับการรับประทานอาหารให้เป็นปกติของเราได้” “ร่างกายสบาย คล่องตัว สดชื่น สบายใจ” “ดีใจ จะควบคุมอาหารให้ได้อย่างนี้ตลอดไป” “ดีใจที่ตัวเองปฏิบัติได้” “รู้ได้เลยว่าร่างกายไม่เครียด”

5. การที่ท่านทราบว่า เมื่อปรับการรับประทานอาหารแล้ว ความดันโลหิตยังไม่ลดลง รู้สึกอย่างไรบ้าง “จะพยายามปรับปรุง” “ถ้าความดันลด จะรู้สึกดีและภูมิใจ” “การมีธุระและไปต่างประเทศคุมอาหารไม่ได้เลย พอฟังคนอื่นว่าถึงไปที่ไหนก็ต้องพิจารณาอาหารก่อนกิน จะพยายามทำให้ได้ คนอื่นทำได้” “ต้องมาคุยเรื่องอื่นด้วย เช่น กินยาครบมัย ตนเองชอบลืมนินยาบ่อยมาก”

6. เรื่องอื่น ๆ หรือจะเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง “ต้องไม่ลืมนอกกำลังกาย อารมณ์ดี พักผ่อนด้วย” “การนอนน้อย นอนไม่หลับ ทำให้ความดันขึ้นได้”

7. การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ เหตุผลที่ทำให้เราประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตลดลง “การเข้ากลุ่มเล็ก ๆ ทำให้คุยกันดีทั่วถึง ตอนแรกถูกบังคับให้พูด พอได้พูดแล้วก็อยากพูดให้คนอื่นฟังว่าเราได้ทำอะไรมาบ้าง หายเครียด หายกังวล ได้

มีคนฟังเรา ให้ข้อคิดเห็น ให้กำลังใจ บอกแนะนำว่าต้องทำยังไง” “เพิ่งทราบว่าเราก็มีสิ่งที่ดีได้ ได้บอกให้คนอื่นรับรู้ ดีใจที่มีคนชมเรา” “ชอบฟังประธานที่ทุกคนได้พูดและมีคนฟังเรา”

อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกลุ่มทางสังคม ได้ทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับสุขภาพของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน ที่สำคัญการได้รับทราบข้อมูลปัญหาและความสำเร็จจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าของประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ยอมรับการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้มีส่วนร่วมในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของสมาชิก การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

## ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอายุเฉลี่ย 70.81 ปี ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพสมบูรณ์และดูแลตนเองได้ ถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมตามอายุ ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าโดยผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามี ภรรยา หรือบุตร ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีการพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ตาราง 2) สอดคล้องกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 - 70 ปี อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (จารุณีและอริสา, 2553; ปิ่นนเรศและมณฑนา, 2554; พระสุรชัย, 2550) ส่วนการศึกษาของวรรณวิมล (2555) ที่พบว่า เพศอายุ สถานภาพ การพักอาศัยอยู่กับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ การมีรายได้ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาอย่างยาวนาน รวมถึงมีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างสมบูรณ์

## ส่วนที่ 3 การทดสอบผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ

**สมมติฐาน ข้อที่ 1** *คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ*

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

โดยพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเป็นตัวช่วยเร่งให้การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่แล้วในระดับหนึ่ง สามารถอธิบายได้ว่า

โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมมีการบูรณาการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดซร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 1 ของระยะควบคุมและสัปดาห์ที่ 15 ของระยะทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิต เหตุผลที่ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15 เนื่องจากการทำกรทดสอบโปรแกรมโดยเลือกชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการของสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกที่มารวมตัวกันมากกว่า 7 ปี มีความสัมพันธ์กันอย่างดี อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแสดงความคิดเห็นก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการทดสอบโปรแกรม และในขณะเดียวกันอาจเป็นไปได้ว่าในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งผู้วิจัยคาดการณ์ว่าน่าจะมีผลการทดสอบไม่แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 1 ของระยะควบคุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15 จากการทำกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง

ทั้งนี้เป็นไปได้ว่ากิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ชีวิตมาอย่างยาวนาน รวมถึงเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในสถานศึกษาทางด้านสาธารณสุข การที่กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้โดยใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็นการบริโภคอาหารที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง แสดงความคิดเห็น และความรู้อีกของตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม (Kolb, 1984) โดยมีผู้วิจัยสรุปความคิดรวบยอดที่ได้จากการอภิปราย และส่งข้อมูลให้ผู้นำกลุ่มเป็นผู้สะท้อนให้กับสมาชิกกลุ่ม จากนั้นสมาชิกนำสิ่งที่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และนำไปทดลองปฏิบัติการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดซ เทียบเคียงกับการศึกษาของอนงค์ (2550) ที่พบว่า การที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกกลุ่มที่หลากหลายจะทำให้ตนเองมีความเข้าใจและสามารถนำไปพัฒนาตนเองได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองในเวลา 2 สัปดาห์และติดตามอีก 2 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและความเต็มใจที่จะปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดซของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผลการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 3) และเมื่อพิจารณารายช้อกลุ่มตัวอย่างระยะควบคุมมีค่าเฉลี่ยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องมากขึ้นกว่าในระยะทดลอง พบว่า มีการบริโภคอาหารประเภทผลไม้สดมากขึ้น เปลี่ยนมาบริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ มีการใช้น้ำมันจากพืชปรุง

อาหาร ไม่บริโภคอาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูปหรืออาหารหมักดอง ไม่บริโภคอาหารประเภทที่มีไขมันสูงและไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ตาราง 5) สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวิโร (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารมากที่สุด รวมถึงการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองและการบริโภคอาหาร ทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและมีการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม รวมถึงการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม จะส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองและมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตมากขึ้น (จารุณีและอรริสา, 2553; สุนทรีย์และอรริสา, 2555) การศึกษาของลาล่า (2557) ด้วยวิธี meta-analysis ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการทำกลุ่มจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรม การบริโภคผัก ผลไม้มากขึ้น รวมถึงการศึกษาของจิราภรณ์และปริญญา (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ส่งผลให้พฤติกรรม การบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

อธิบายได้ว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหา คล้ายคลึงกันได้รับความรู้ใหม่จากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีความรู้ที่เพียงพอทำให้เกิดความเข้าใจตนเองจากการทดลองปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ รวมถึงการได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้สมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการตัดสินใจร่วมกัน มีแรงจูงใจสนับสนุนและการให้กำลังใจจากสมาชิก โดยมีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้บรรลุเป้าหมายและเกิดการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (Marram, 1978) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันในการทำกิจกรรมร่วมกันมาก่อน และเมื่อได้รับการเข้ากลุ่มที่สมาชิกมีปัญหาทางสุขภาพคล้ายคลึงกัน ผู้นำกลุ่มได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จที่ผ่านมาในการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช รวมถึงผู้วิจัยได้สนับสนุนความรู้หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช โดยผ่านผู้นำกลุ่มทำให้กลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมได้บรรลุเป้าหมายโดยกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของซูซีพ (2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

อธิบายได้ว่ากระบวนการกลุ่ม สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภคอาหาร โดยสมาชิกร่วมกันแก้ปัญหา ให้กำลังใจ ช่วยเหลือทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

**สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ**



**สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ**

ผลการศึกษาค้นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกคู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 6) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 14.00 และ 14.72 มิลลิเมตรปรอท (ตาราง 7) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกคู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (ตาราง 8) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 8.22 และ 6.11 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (ตาราง 9) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 3 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกที่อยู่ในชมรมที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม

2. โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014) โดยผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมมีการบูรณาการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดชร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาระดับความดันโลหิต โดยประเมินระดับความดันโลหิตทั้งความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในสัปดาห์ที่ 1 (ระยะควบคุม) สัปดาห์ที่ 8 (หลังระยะควบคุมหรือก่อนระยะทดลอง) และสัปดาห์ที่ 15 (หลังระยะทดลอง) สามารถอธิบายได้ว่า

2.1 กิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร่วมกับปัญหาของสมาชิกแต่ละคน กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมคิดสะท้อนกลับในประเด็นพฤติกรรมบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช สามารถทำให้ลดความดันโลหิตได้ (James et al., 2014) โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 ขั้นตอน (Kolb, 1984) ผ่านผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วย กิจกรรมในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้นำประสบการณ์การบริโภคอาหารที่ผ่านมา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนความคิดจากข้อมูลที่ได้และสนับสนุนความรู้เพิ่มเติมและความสำคัญการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้เดิมจากการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มนำมาพิจารณาเกิดเป็นหลักการหรือความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ รวมถึงการได้ออกแบบรายการอาหารที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนในกลุ่ม หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้นำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติใน 2 สัปดาห์และติดตาม

อย่างต่อเนื่องอีก 2 สัปดาห์ โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้มีการสะท้อนความคิดหลังจากมีการทดลองปฏิบัติการประกอบอาหารเองที่บ้านตามเมนูอาหารที่ได้จากการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแต่อย่างต่อเนือง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร (2555) ที่พบว่า การแลกเปลี่ยนเชิงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จระหว่างสมาชิกในกลุ่มในประเด็นที่คาดหวังคล้าย ๆ กัน ทำให้ผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จได้รับความรู้ใหม่และผสมผสานความรู้เดิม ส่งผลให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 40.60, p < .01$ ) เทียบเคียงกับการศึกษาของนงนุช, วัลชนี, และประไพพิศ (2560) ที่พบว่า การนำทฤษฎีการจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ทางการพยาบาลพัฒนานักศึกษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีนั้น ส่งผลให้นักศึกษามีแรงจูงใจในการเรียนมากขึ้นนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น

อธิบายได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีผลสัมฤทธิ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้นั้น จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารที่ผ่านมา สมาชิกรับฟังและร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เพื่อนสมาชิกได้ปฏิบัติและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการใหม่ในการบริโภคอาหารนำมาประยุกต์ใช้ โดยคาดหวังผลสัมฤทธิ์ให้ตนเองมีภาวะความดันโลหิตที่ควบคุมได้ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

2.2 การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแต่ช สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้นั้น อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนเชิงประสบการณ์ และนำไปปฏิบัติด้วยความตั้งใจจากการให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่มภายใน 4 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 14 - 14.72 มิลลิเมตรปรอท (ตาราง 7) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 6.11 - 8.22 มิลลิเมตรปรอท (ตาราง 9) โดยค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในช่วงหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 - 15 ลดลงอย่างชัดเจนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 - 8 โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเท่ากับ 14.72 (ภาพที่ 5) ในส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเท่ากับ 8.22 (ภาพที่ 6) สอดคล้องกับการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมของเจมส์ และคณะ (2014) ที่พบว่า การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแต่ช ภายใน 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท เป็นไปได้ว่าอาหารด้านความดันสูตรแต่ช ที่ประกอบไปด้วยข้าว แป้ง ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ผักและผลไม้ ในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงการจำกัดการบริโภคโซเดียม สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ (วิลลิตน์, 2552) สาเหตุที่สำคัญที่อาหารด้านความดันสูตรแต่ชสามารถลดความดันโลหิตได้นั้น เนื่องจากเป็นอาหารที่มีเกลือต่ำ มีไขมันอิ่มตัวในปริมาณต่ำ ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือด พบในผักทั่วไป นอกจากนี้ยังพบแมกนีเซียมมีผลช่วยลดความดันโลหิต โพแทสเซียมช่วยปรับสมดุลของโซเดียม โดยที่แร่ธาตุเหล่านี้จะช่วยลดฮอร์โมนที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวโดยผ่านการทำงานของแคลเซียม ทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ เมื่อรับประทานเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ และคณะ (2553) พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร โดยเน้นผักเท่ากับรับประทาน

ยาลดความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกเทียบเคียงกับการศึกษาของสไปทิพย์และคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองและระยะติดตามมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2.3 กระบวนการกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น อธิบายได้ว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันได้ช่วยกันค้นหาปัญหา สะท้อนปัญหาซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยน และประคับประคอง การให้กำลังใจกันในการร่วมมือช่วยกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การบริโภคที่สั่งสมมานาน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตได้ (จิราภรณ์และปริญญา, 2555; เสาวณีย์และคณะ, 2544) ซึ่งกระบวนการกลุ่มของมาแรม กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนไหวไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Marram, 1978) โดยที่การศึกษาของเสาวณีย์และคณะ (2544) พบว่า การที่ผู้นำแต่ละกลุ่มเป็นผู้นำทำกิจกรรมการให้ความรู้โดยการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) นอกจากนี้การให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เทียบเคียงกับการศึกษาของวิยะการ (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่อได้รับความรู้เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

อธิบายได้ว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กัน การได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภคอาหาร การปฏิบัติช่วยเหลือกันในกลุ่ม ส่งผลลัพธ์ให้มีระดับความดันโลหิตลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิตมาอย่างยาวนาน รวมถึงเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในสถานศึกษาทางด้านสาธารณสุข สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น พบว่า การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการมีจุดเด่นที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเน้นให้สมาชิกใช้ประสบการณ์เดิมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ใหม่ และจากการที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เล่าเรื่องประสบการณ์ทั้งความสำเร็จและล้มเหลวในการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช กลุ่มตัวอย่างรับฟังและใส่ใจ รวมถึงการให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ เป็นโปรแกรมที่ได้ออกแบบการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ในการบริโภคอาหารด้านความดัน

สูตรแดนซ์ ผ่านกระบวนการกลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มๆ ละ 6 คน ใช้เวลาในเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำกระบวนการกลุ่มเป็นตัวขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับกลุ่มของผู้สูงอายุที่ยังมีการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม ทั้งนี้การดำเนินทดลองใช้เวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้นั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับสุขภาพ และควบคุมระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาชนิดกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้โดยได้ประยุกต์ใช้ 3 แนวคิดในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ หลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและกระบวนการกลุ่มของมาแรม กำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะควบคุมและระยะทดลอง โดยในระยะควบคุมกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนระยะทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ คัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 ราย ประเมินผลของโปรแกรมโดยวัดคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง รวม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนระยะควบคุม (สัปดาห์ที่ 1) และครั้งที่ 2 หลังระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 15) ส่วนประเมินผลระดับความดันโลหิตประเมิน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนระยะควบคุม (สัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 หลังระยะควบคุม (สัปดาห์ที่ 8) ซึ่งใช้ในการวัดผลการประเมินของก่อนระยะทดลอง และครั้งที่ 3 หลังระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 15) รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มและแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุสำหรับโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิงที่คู่และความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ

#### ผลการวิจัย สรุปได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยผู้สูงอายุภายหลังการได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเปรียบเทียบผลความแตกต่างรายคู่ของระดับ

ความดันโลหิตซิสโตลิกในแต่ละช่วงเวลา พบว่าคู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15)  $\bar{d}$  เท่ากับ -14.00 ( $p < .001$ ) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15)  $\bar{d}$  เท่ากับ -14.72 ( $p < .001$ ) โดยคู่ที่ 2 มีผลต่างรายคู่ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ -14.72 รองลงมา คือ คู่ที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และเปรียบเทียบผลความแตกต่างรายคู่ของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในแต่ละช่วงเวลาพบว่าคู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15)  $\bar{d}$  เท่ากับ -8.22 ( $p < .01$ ) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15)  $\bar{d}$  เท่ากับ -6.11 ( $p < .01$ ) โดยคู่ที่ 1 มีผลต่างรายคู่ของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ -8.22 รองลงมา คือ คู่ที่ 2

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ทีมบุคลากรทางสุขภาพควรคำนึงถึงบริบทและประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ
2. การที่ระดับความดันโลหิตลดลง เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด และร่วมกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการออกกำลังกาย รวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี และการได้รับแรงสนับสนุนทั้งจากสมาชิกกลุ่ม ครอบครัวและสังคม

### จุดเด่นของงานวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ ผ่านกระบวนการกลุ่มของมาแรมและหลักการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ด้านโภชนาการ ระหว่างสมาชิก มีการตัดสินใจร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม สมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน จะเกิดการพัฒนาการของกลุ่ม โดยสมาชิกจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ผ่านมา มุ่งเน้นการแก้ปัญหาของกลุ่ม สามารถส่งเสริมความตระหนักในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการดังกล่าว เป็นสิ่งที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ และก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และทีมสุขภาพ กล่าวคือ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว สามารถมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารด้านความดันสูตรเด็ดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอันตราย อีกทั้งยังเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษาด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข สามารถนำกิจกรรมและกระบวนการของโปรแกรมนี้อไปสอดแทรกในกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยหรือรายวิชาผู้สูงอายุ
2. หน่วยงานบริการที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุควรนำกิจกรรมการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ในการรับประทานอาหารด้านความดันสูตรเด็ดโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การออกแบบการวิจัยโดยการศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและลดตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต
2. ควรมีการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งก่อนและหลังการดำเนินการทั้งในระยะควบคุมและระยะทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## เอกสารอ้างอิง

- กฤติน ชุมแก้ว, และชีพสมน รังสยาธร. (2557). ความรู้ ทักษะคตติ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35(1), 16 - 29.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือมี้องโภชนาการกินพอดี สุขีทั่วไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติคม คาวีรัตน์, และมาเรียม นิลพันธุ์. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพะ สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 2(2), 108 - 121.
- กุลธิดา ณะไชย. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคัวะ*. น่าน: สำนักงานสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2554). *คู่มือมี้องโภชนาการกินพอดี สุขีทั่วไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จรัญ บุญฤทธิการ. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17, 973-982.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศรีมาลา (บรรณาธิการ)*, *ตำราอายุรศาสตร์* (หน้า 175 - 201). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2550). พยาธิสรีรภาพของการไหลเวียนเลือด. ใน *ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล, และพัสมนต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ)*, *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 188 - 199). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทน์ทิพย์ ลิ้มทองกุล. (2552). การเลือกอาหาร. ใน *นิตยา ตั้งชูรัตน์ (บรรณาธิการ)*, *เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 8 - 15* (พิมพ์ครั้งที่ 24, หน้า 705 - 753). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จารุณี วารหัส, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2553). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา*. รายงานการวิจัย. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2554). ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ใน *ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (บรรณาธิการ)*, *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 1 - 5* (พิมพ์ครั้งที่ 12, หน้า 54-58). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



- จิราภรณ์ ชูวงศ์, และปริญญญา ก้องสกุล. (2555). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรม ผู้สูงอายุเขตอำเภอเมืองจังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 30 - 37.
- ชลการ ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี, และยุคนธร ทองรัตน์. (2555). การพัฒนาการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช.
- ชูชีพ โพชะจา. (2550). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ณัฐยา มุกดาร์ตัน. (2553). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทิตนา แคมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนายุส ธนธิตี, และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *พยาบาล สงขลานครินทร์*, 35(3), 57 - 70.
- ธาริณี พังจันทน์, และนิตยา พันธุ์เวทย์. (2556). *สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงประเด็นสาระ ความดันโลหิตสูง 2556*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ธีรวีร์ วราธรไพบูรณ์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *ปัญญาวิวัฒน์*, 5, 255-264.
- นงนุช เคี่ยมการ. (2554). ผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นงนุช เสือพุมี่, วัลชนี นาคศรีสังข์, และประไพพิศ สิงหเสม. (2560). การจัดการเรียนรู้แบบ ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 12-21.
- นวนิตย์ จันท์ชุ่ม. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 5 (ฉบับพิเศษ ง), 334 - 335.

- นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). ประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน *วิไลวรรณทองเจริญ (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 1 - 20). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*, 43(ฉบับพิเศษ), 104 - 115.
- นิตยา ตั้งชูรัตน์. (2552). ขอบข่ายของโภชนาการการศึกษา. ใน *วศินา จันทศิริ (บรรณาธิการ), เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการศึกษเพื่อชุมชน หน่วยที่ 1 - 7* (พิมพ์ครั้งที่ 14, หน้า 1 -56). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิศมา แสนศรี, วันชัย เลิศวัฒน์วิลาส, และอะเคื้อ อุดมหลักษณ์. (2558). ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 42, 36 - 37.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีภักธนา, ลินจง โปธิบาล, ปิยะพันธ์ นันทา, สิริสุด ชาวคำเขต, และปะราลี โอภาสนันท์. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุชชะ, และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัด การตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39, 124 - 137.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, และมณฑนา เหมชะญาติ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 22(2), 61 - 70.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.

- ผ่องศรีศรีมรกต. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4*. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส.
- พนิดา จันดา. (2551). *ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พระสุรชัย อยู่สุภาโก. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอนาทม จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรวัลย์ ลอมแปลง, นงนุช โอปะ, และชมนาด วรรณพรศิริ. (2554). ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์. *การพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 12 - 22.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, จริญญาวัตร คมพัยค์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตสูง. *มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 14(27), 21 - 36.
- พัทธนันท์ ศรีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- พิกุล ตินามาส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทัศนาศูววรรณะปกรณ. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 72 - 80.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ: Essential hypertension*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนาชัย. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (หน้า 92 - 113). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพเราะ ประทุมพร. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับพฤติกรรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ไพเราะ ผ่องโชค, และเฉลิมศรี นันทวรรณ. (2548). การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสารรามธิบดี*, 11, 125 - 139.
- ภัสพร ขำวิชา, เพ็ญศิริ สันตโยภาส, ภัทรธินิตา ศรีแสง, และกาญจนา กิริยางาม. (2557). การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในชุมชนซอยจ๊าก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. *เกื้อการุณย์*, 21(2), 83 - 96.

- ภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, และจารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120 - 136.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, กฤษณา เปรมวงศ์, วรเดช ช่างแก้ว, กาญจนา เลิศถาวรธรรม, และวิมล ตังบุญ. (2551). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี*. รายงานการวิจัย. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี.
- มณี อาภานันท์กุล, และพรรณวดี พุฒวัฒน์. (2548). อาหารกับสุขภาพหญิง. *พยาบาลสารรามธิบดี*, 9(1), 60-79.
- มาริสา ประทุมมา. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2554). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2553*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร: เอสเอสพลัส มีเดีย.
- รุจิราสัมมะสุต. (2552). หลักปฏิบัติด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ใน *นงนุช สุขพันธ์ (บรรณาธิการ), เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 386 - 389)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และพัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรรณมา คงสุริยะนาวิน, และวิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(2), 34 - 45.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วรัญญา แปลงดี. (2550). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สารลักษณ์, จันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา, และสดศรี ประทุ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(1), 72 - 84.
- วลัย อินทร์พรชัย. (2552). ความสำคัญของโภชนาการและปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ. ใน นิตยา ตั้งชูรัตน์ (บรรณาธิการ), *เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 8 - 15* (พิมพ์ครั้งที่ 24, หน้า 692 - 701). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วศินา จันทศิริ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกินอาหาร. ใน วศินา จันทศิริ (บรรณาธิการ), *เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการศึกษเพื่อชุมชน หน่วยที่ 1 - 7* (พิมพ์ครั้งที่ 14, หน้า 107 - 123). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิชัยเอก พลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิกส์แอนด์มัลติมีเดีย.
- วิทยา ศรีดามา. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2553). *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิยะการ แสงหัวช้าง. (2556). ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง. *ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30, 260 - 273.
- วิรดา อรรถเมธากุล, และวรรณิ ศรีวิสัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 18 - 28.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). การพยาบาลโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 273 - 285). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศราวุธ อยู่เกษม. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศรีนวล สติวิทยานันท์. (2552). *การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ญัฐพัชร สโรบล, และธนิกานต์ ศักดาพร. (2555). *ลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.*
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม, วารี กังใจ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(3), 77 - 91.*
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สมจิตหนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง. ใน สมจิตหนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่มที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15, หน้า 129 - 163). กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.*
- สมชาย ดุรงค์เดช, และดวงพร แก้วศิริ. (2552). โภชนาการกับชีวิต. ใน นงนุช สุขพันธ์ (บรรณาธิการ), *เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 1 - 38). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.*
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558). กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.*
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2557). *คนอายุเกิน 60 ปี อย่านับใช้ยาลดความดัน (มาตรฐานใหม่ JCN8). สืบค้นเมื่อวันที่จาก <http://visitdrsant.blogspot.com/2014/02/60-jcn8.html>.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *ข้อมูลสถิติโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. นนทบุรี: สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557). *สถิติสาธารณสุข ปี 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สุขภาพดีเริ่มที่อาหารลดหวาน มัน เค็ม เติบโตเต็มผลไม่เพิ่มขึ้น. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.*

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *รายงานประจำปี 2557*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริรัตน์ลีลาจรัส. (2550). ความดันโลหิตสูง: แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพการรักษาและการดูแลตนเอง. *พยาบาลสาธารณสุข*, 21(2), 79 - 90.
- สุดี ทองตัน, และเพ็ญพิศ วัฒนพฤกษ์. (2552). *กินอย่างรู้ อยู่เป็นสุข*. สงขลา: ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลหาดใหญ่.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง, และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2557). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. *พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 112 - 123.
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพจน์ แยมแอม. (2550). *การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพ : ศึกษากรณีตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์สาขาการบริหารงานท้องถิ่น วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุพรรณรัตน์ ซีโฮ้, สมบัติ ไชยวัฒน์, และดวงฤดี ลาสุขชะ. (2548). ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต. *พยาบาลสาร*, 30(2), 58 - 71.
- สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ. (2549). *การพัฒนารูปแบบการแบ่งปันความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้วยวิธีการเรียนแบบร่วมมือเพื่อพัฒนาความเป็นชุมชนนักปฏิบัติของครูในโรงเรียนที่เข้าร่วมในโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งโรงเรียนในฝันของกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาหลักสูตร การสอนและเทคโนโลยีการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุมณฑา วัฒนสินธุ์. (2552). โภชนาการศึกษสำหรับผู้ผลิตและผู้บริโภค. ใน *วศินาจันทร์ศิริ (บรรณาธิการ), เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการศึกษเพื่อชุมชน หน่วยที่ 8 - 15 (พิมพ์ครั้งที่ 14, หน้า 479 - 546)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุวิทย์ มูลคำ, และอรทัย มูลคำ. (2547). *20 วิธีจัดการเรียนรู้: เพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมค่านิยม และการเรียนรู้โดยการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). *ผลของเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสาวนีย์ ขวานเพชร, พัชราณี ภาวัตกุล, มันทนา ประทีปะเสน, นิรัตน์อามี, และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยจังหวัดแพร่. *สาธารณสุขศาสตร์ (ฉบับพิเศษ ๘๔ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช)*, 9 - 20.

- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2550). การเรียนรู้จากประสบการณ์ การปรึกษากลุ่ม: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 3(1), 49 - 65.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
- อุสรภาพ กล้าถึก. (2550). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทางสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดงคอน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, กรุงเทพมหานคร.
- อังศุมาลินบัวแก้ว. (2554). การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอคลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Appel, L. J. (2003). Lifestyle modification as a means to prevent and treat high blood pressure. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(2), 99-102.
- Dickerson, L. M., & Gibson, M. V. (2005). Management of hypertension in older persons. *American Family Physician*, 71, 469 - 476.
- Fogari, R., & Zoppi, A. (2004). Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *National Institutes of Health*, 21(6), 377 - 93.
- Franklin, S. S., Pio, J. R., Wong, N. D., Larson, M. G., Leip, E. P., Vasan, R. S., & Levy, D. (2005). Predictor of new-onset diastolic and systolic hypertension: The Framingham heart study. *Circulation*, 111, 1121 - 1127.
- Hebert, P.L., Sisk, J. E., Tuzzio, L., Casabianca, J. M., Pogue, V. A., Wang, J. J., & McLaughlin, M. A. (2012). Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 27(6), 630 - 639.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., & Ortiz, E. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *The Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507 - 520.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2008). *Reviewers' manual*. Retrieved October 14, 2009, from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2010). *Kaplan's clinical hypertension* (10th edition.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kerby ,T. J., Asche, S. E., Maciosek, M. V., O'Connor, P. J., Sperl-Hillen, J. M., & Margolis, K. L. (2012). Adherence to blood pressure telemonitoring in a cluster-randomized clinical trial. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(10), 668 - 669.



- Knowles, M. (1977). *Self-Directed Learning: A guide for learners and teachers*. New York: Association Press.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as The Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lara, J., Hobbs, N., Moynihan, P.J., Meyer, T. D., Adamson, A. J., Errington, L., & Mathers, J. C. (2014). Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Biomed Central Medicine*, 12(60), 1 - 12.
- Lin, P-W. (2009). Dietary intervention for blood pressure control: A call for action. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89(3), 734 - 735.
- Lockwood, P., Chasteen, A. L., & Wong, C. (2005). Age and Regulatory Focus Determine Preferences for Health-Related Role Models. *Psychology and Aging*, 20(3), 376-389.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Ogedegbe, G. O., Boutin-Foster, C., Wells, M. T., Allegrante, J. P., Isen, A. M., Jobe, J. B., & Charlson, M. E. (2012). A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. *Archives of Internal Medicine*, 174, 322 - 326.
- Ogedegbe, G., Fernandez, S., Fournier, L., Silver, S. A., Kong, J., Gallagher, S., & Teresi, J. A. (2013). The Counseling Older Adults to Control Hypertension (COACH) trial: design and methodology of a group-based lifestyle intervention for hypertensive minority older adults. *Journal of Contemporary Clinical Trials*, 35(1), 70 - 79.
- Potter, P. A., (2003). *Basic Nursing for essential nursing*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G.A., & Harsha, D. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 3 - 10.
- Schoenthaler, A., Luerassi, L., Teresi, J. A., Silver, S., Kong, J., Odedosu, T., & Ogedegbe, G. (2011). A practice-based trial of blood pressure control in African Americans (TLC-Clinic): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(265), 1 - 12.

- The European Society of Hypertension & The European Society of Cardiology. (2007). Guideline for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension, 25*, 1751 - 1762.
- The European Society of Hypertension & The European Society of Cardiology. (2013). Guideline for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension, 34*, 2159 - 2219.
- Thompson, P., Lang, L., & Annells, M. (2008) A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1419 - 1427.
- Truncali, A., Dumanovsky T., Stollman, H., & Angell, S. Y., (2010). Keep on track: A volunteer-run community-based intervention to lower blood pressure in older adults. *The American Geriatrics Society, 58*, 1177 - 1183.
- Turner, B. J., Hollenbeak, C. S., Liang, Y., Pandit, K., Joseph, S., & Weiner, M. G. (2012). A randomized trial of peer coach and office staff support to reduce coronary heart disease risk in African-Americans with uncontrolled hypertension. *Journal of General Internal Medicine, 27*, 1258 – 1264.
- Tynjala, P. (1998). Traditional studying for examination versus constructivist learning tasks; Do learning outcome differ. *Journal Studies in Higher Education, 23*, 173 – 189.
- United State of America department of health and human services, National institutes of health, & National heart, lung, and blood institute. (2003). *Your guide to lowering blood pressure with Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*. United State of America: The National Institute of Health.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Basic Books.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**  
**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ใช้สูตรของโคเฮน (Cohen as cited in Polit, & Beck, 2012) คือ

$$ES = \frac{X_1 - X_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{\left[ \frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2} \right]}$$

โดย ES คือ ขนาดอิทธิพล  
 $X_1$  คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม  
 $X_2$  คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง  
 $SD_1$  และ  $SD_2$  คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของสไบทิพย์ (2555) เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ค่า

$$X_1 = 147.80 \quad X_2 = 138.67$$

$$SD_1 = 4.82 \quad SD_2 = 5.81$$

แทนค่าในสูตร Pooled

$$SD = \sqrt{\left[ \frac{(4.82)^2 + (5.81)^2}{2} \right]}$$

$$= \sqrt{23.23 + 33.75/2}$$

$$= \sqrt{56.98/2}$$

$$= \sqrt{113.96}$$

$$= 10.67$$

$$ES = \frac{147.80 - 138.67}{10.67}$$

$$= 0.85$$

พบว่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรเท่ากับ 0.85

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย

## ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยดิฉัน นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้”

ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา คือ ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน มีค่าความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไต ตา และระบบประสาทส่วนกลาง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้และยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากท่านยินดีในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านให้ข้อมูลและร่วมกระบวนการวิจัยเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือการตอบแบบสอบถาม มีทั้งก่อนทำการวิจัย และหลังการทำวิจัย ใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที ส่วนที่ 2 คือการปฏิบัติตามรูปแบบของการวิจัย โดยแบ่งเป็น ระยะทดลองและระยะควบคุม ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยที่แนบมา การเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ท่านสามารถออกจากการศึกษาวิจัยในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ หากมีอาการแสดงของความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อยหอบหรืออาการผิดปกติใดๆเช่นใจสั่นเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะส่งไปพบแพทย์เพื่อการรักษาทันที และให้ออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทันที ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ข้อมูลของท่านจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด และท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากงานวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อารรับบริการของท่านแต่อย่างใด

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด ควบคู่กับการรักษาที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอโดยการใช้การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในการเลือกเป้าหมายการเลือกสรรข้อมูลส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้านความดันสูตรเด็ด และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล

## เอกสารแสดงความยินยอม

วิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้”

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว)..... นามสกุล..... อายุ..... ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใดๆ ที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

### 2. ข้อมูลพื้นฐาน

การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชและมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โดยการใช้การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งจะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีกว่าการเรียนรู้จากการฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือการอ่าน เพราะการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น จะทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติ แนวคิดไปในทางเดียวกัน สามารถขับเคลื่อนกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตลอดจนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยคาดว่าผลจากการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแคชและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีชีวิตที่ยืนยาว อยู่อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3. ขั้นตอนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวคือ ผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในชมรมผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.สงขลา ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกรายในกลุ่มที่ไม่มีใครร่วมที่ได้รับการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยผู้วิจัยจะติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนเริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเพื่อเป็นข้อมูลประกอบผลการวิจัยในการพบท่านครั้งแรก โดยเป็นการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณดังนี้ 30-45 นาที ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเมื่ออยู่บ้าน การไปพบแพทย์

ตามนัดการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ

3.2 ในการเข้าร่วมวิจัยมีการปฏิบัติ กระบวนการวิจัยเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ การวิจัยโดยแบ่งเป็นระยะทดลอง 7 สัปดาห์ และระยะควบคุม 7 สัปดาห์ โดยใช้การสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ในการทำกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง การทำกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เพื่อการคิดสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ใหม่และลงมือทดลองปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อการสรุปผลของประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาในการทำกลุ่ม แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนระยะควบคุมและหลังระยะทดลอง และวัดค่าระดับความดันโลหิต 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 8 และ 15 ซึ่งท่านจะได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ นำไปบันทึกอาหารประจำวันที่ท่านรับประทานในแต่ละมื้อ และนำมาแลกเปลี่ยนกันในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ที่ 12 และ 14 เพื่อสะท้อนคิดปัญหา อุปสรรคและความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดช ดังรายละเอียดเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาไว้

#### 4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาใดๆและจะไม่เกิดอันตรายต่อท่าน ระหว่างการให้ข้อมูล หากท่านมีความลำบากใจหรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามผู้วิจัยจะข้ามหรือหยุดการให้ข้อมูลในประเด็นนั้น ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูลในการร่วมทำกิจกรรมกับผู้วิจัย ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมวิจัยคือท่านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ในชีวิตประจำวัน จากการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ การเลือกสรรข้อมูลส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรแดชและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

#### 5. การรักษาความลับ

ชื่อและข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏในงานวิจัย ข้อมูลของท่านจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

#### 6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง“ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้” เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ถึงแม้ว่าท่านจะมีการตัดสินใจเข้าร่วมร่วมโครงการและมีการเก็บข้อมูลไปแล้ว การถอนคำอนุญาตเข้าร่วมดังกล่าว สามารถทำได้ตลอดเวลาและด้วยเหตุผลใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อความเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ



### 7. ข้อเสนอแนะต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยในการเข้าร่วมวิจัยมีคำถาม หรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม สามารถติดต่อ นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ XX-XXXXXXX หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร. พัชรี คมจักรพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ XX-XXXXXXX ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับวิจัยในครั้งนี้

### 8. การเข้าร่วมศึกษาวิจัยโดยการสมัครใจและเอกสารยินยอม

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านยอมรับว่าท่านได้รับทราบข้อมูลต่างๆในงานวิจัยครั้งนี้แล้ว การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับและท่านรับทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาเก็บไว้อีกหนึ่งฉบับเช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นแล้ว และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้” ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายังได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงนาม..... ผู้ยินยอม  
(.....) ตัวบรรจง

ลงนาม..... ผู้วิจัย  
(.....) ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงนาม..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

## ภาคผนวก ค

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ	โรงพยาบาลสงขลา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์คงสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร.รจนา วิริยะสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
4. นางสาวจารุณี วารหัส	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
5. นางพยอม ดวงภักดี	โรงพยาบาลสงขลา

**ภาคผนวก ง**  
**แบบสอบถาม**

เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
และระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

**แบบสอบถามมี 2 ตอน คือ**

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ

1. ชาย       2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรสของท่าน

1. โสด                                       2. คู่  
 3. หม้าย                                       4. หย่า/แยก

4. การศึกษาสูงสุดของท่าน

1. มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า               2. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. รายได้ของท่าน (จากการประกอบอาชีพหรืออื่นๆ) เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

1. เพียงพอ                                       2. ไม่เพียงพอ

6. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลท่านเมื่ออยู่บ้าน

1. สามี/ภรรยา                                       3. หลาน/อื่นๆ  
 2. บุตร     4. ดูแลตนเอง

7. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด

1. ทุกครั้ง     3. เมื่อมีอาการ  
 2. บางครั้ง     4. อื่นๆระบุ.....

8. การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา

1. ทุกครั้ง     3. เมื่อมีอาการ  
 2. บางครั้ง     4. อื่นๆระบุ.....

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของท่านในช่วง **1 เดือน** ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 6 - 7 วันต่อ 1 สัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3-5 วันต่อ 1 สัปดาห์  
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 วันต่อ 1 สัปดาห์  
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ลำดับ ที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติ			
		เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	การรับประทานผลไม้ทุกมื้อ เช่น ส้ม 1 ลูก ฝรั่ง 1 ลูก มะละกอ 8 ชิ้น พอดีคำ หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล ฯลฯ				
2	การรับประทานผักทุกมื้อมีมือละ 2 ทัพพี				
3	การเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันต่ำและไม่ติดมันทุกมื้อ เช่น ปลา หมูเนื้อแดง มีมือละ 4-5 คำ				
4	การเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว				
5	การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย มีมือละ 1-2 ทัพพี ทุกมื้อ				
6	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด/หมักดอง/อาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จ				
7	การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หนังไก่ หนังหมู เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก				
8	การรับประทานอาหารทอด เช่น หมูทอด ปลาทอด ไข่เจียว ไข่ดาว ไก่ทอด หนังไก่ทอด แครบหมู กล้วยทอด ปาท่องโก๋				
9	การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ เช่น ปลานึ่งต้มจืด ไก่อบ ฯลฯ				
10	การดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนย/ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ วันละ 1 - 2 แก้ว/ กล่อง				

ลำดับ ที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติ			
		เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
11	การใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร				
12	การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ อาหารให้เหมาะสมกับ ภาวะสุขภาพ				
13	การอ่านฉลากดูปริมาณเกลือ ก่อนเลือกซื้ออาหาร				
14	การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์				
15	การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น น้ำอัดลม กาแฟเย็น ชาวม และอื่น ๆ				



ภาคผนวก จ  
แผนการดำเนินการทดลอง

แผนการดำเนินการทดลอง  
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ของระยะทดลอง

วัตถุประสงค์

เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาด้านโภชนาการ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต

ระยะเวลา

45 นาที - 1 ชั่วโมง

บทบาทผู้วิจัย

แนะนำตัว แนะนำผู้ช่วยวิจัยและให้สมาชิกแนะนำตัวเอง  
ชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม  
แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน 6 กลุ่ม  
ให้สมาชิกกลุ่มเลือกผู้นำกลุ่ม  
มอบหมายให้ผู้นำกลุ่มจัดทำข้อตกลงหรือกติกาของการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์

บทบาทช่วยผู้วิจัย

วัดความดันโลหิต

## การดำเนินการ

ตาราง 10

แผนการดำเนินการทดลองครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ของระยะทดลอง

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<b>ระยะสร้างสัมพันธภาพ</b>				
1. ผู้วิจัยแนะนำตัว แนะนำผู้ช่วยวิจัยและให้สมาชิกแนะนำตัวเอง	1. ให้สมาชิกทุกคน	1. กระดานไวท์	15 นาที	1. มีข้อตกลงหรือกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม	เขียนข้อตกลงหรือ	บอร์ด		
3. ให้สมาชิกกลุ่มเลือกผู้นำกลุ่ม	กติกาของการเข้าร่วม			
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันเสนอข้อตกลงหรือกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม	กลุ่มในกระดานไวท์			
5. ผู้นำกลุ่มสรุปข้อตกลงและเพิ่มเติมกติกาที่สำคัญคือสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประสบการณ์ความรู้ที่ผ่านมาในอดีตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้	บอร์ด			
6. ผู้ช่วยวิจัยในการวัดความดันโลหิต ครั้งที่ 2				
<b>ระยะดำเนินการ</b>				
1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาในการบริโภคอาหารในประเด็น “มีพฤติกรรมการบริโภคอย่างไรที่ทำให้ตนเองมีความดันโลหิตสูงขึ้น”	1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนเขียนพฤติกรรม	1. สมุดบันทึก 2. ฟิวเจอร์	35 นาที	1. สมาชิกทุกคนเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาในการบริโภคอาหาร
	การบริโภคของตนเองใน	บอร์ด		
	กระดาษขาวเทา			

ตาราง 10 (ต่อ)

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
“มีพฤติกรรมบริการบริโภคอย่างไรที่ทำให้ตนเองมีความดันโลหิตลดลง” ผู้นำกลุ่มทบทวนพฤติกรรมบริการบริโภคของสมาชิกกลุ่มและจัดหมวดการ รับประทานอาหารด้านความดันสูตรเดช	2. สมาชิกกลุ่มนำ กระดาษที่เขียนแล้วไป ติดในฟิวเจอร์บอร์ดให้ ตรงประเด็นที่ผู้นำ กลุ่มแจ้งไว้ 3. สมาชิกกลุ่มช่วย ผู้นำกลุ่มจัดหมวด พฤติกรรมบริการบริโภค	3. กระดาษ ขาวเทา 4. กระดาษ กาวสองหน้า 5. ปากกาตรา ม้าหลายสี		2. จัดหมวดพฤติกรรม การบริโภคของสมาชิก กลุ่มและจัดหมวดการ รับประทานอาหารด้าน ความดันสูตรเดช
<b>ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</b> 1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกัน 2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญในประเด็นประสบการณ์การรับประทานอาหารด้านความดันสูตรเดช 3. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้นำกลุ่มและสมาชิก และนัดหมายในการเข้าร่วม กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์หน้า	1. ผู้วิจัยเก็บบันทึก ข้อมูล เพื่อเตรียม ข้อมูลในการทำกลุ่ม ครั้งต่อไป		10 นาที	



**แผนการดำเนินการทดลอง  
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ของการทดลอง**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อการสะท้อนคิดความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหารด้านความดัน  
สูตรเด็ดและการควบคุมระดับความดันโลหิต
2. เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านโภชนาการในการควบคุมระดับความดันโลหิต
3. เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่นำมาปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเด็ด  
และการควบคุมระดับความดันโลหิต ในการทำบันทึกข้อตกลงการปรับความรู้

**ระยะเวลา**

45 นาที - 1 ชั่วโมง

**บทบาทผู้วิจัย**

เตรียมผู้นำกลุ่มในการให้ข้อมูลเนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้าน  
ความดันสูตรเด็ด

## การดำเนินการ

ตาราง 11

แผนการดำเนินการทดลองครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ของการทดลอง

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<b>ระยะสร้างสัมพันธภาพ</b>				
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายเรื่องทั่วไปและเปิดโอกาสให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มทักทายกันเอง			10 นาที	
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม				
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนข้อตกลงหรือกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม				
<b>ระยะดำเนินการ</b>				
1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง	1. ให้สมาชิกสะท้อนคิดประเด็น “การแก้ปัญหาการบริโภคทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้”	1. ข้อมูลเนื้อหาประกอบด้วยการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช	40 นาที	1. สมาชิกทุกคนได้รับความรู้เพิ่มเติมจากสะท้อนคิด
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในสะท้อนคิดการแก้ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง				
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนองค์ความรู้เรื่องโภชนาการกับความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารด้านความดันสูตรเดช	2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสมาชิกซักถาม กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ	2. กระดาษปอนด์ 3. ปากกาตรา มีหลายสี		2. บันทึกสรุปความคิดเห็นและความต้องการในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการแก้ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช				

ตาราง 11 (ต่อ)

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
	3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสมาชิกทุกคนแสดงความคิดเห็นและความต้องการในการแก้ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช		10 นาที	
	4. ผู้นำกลุ่มสรุปองค์ความรู้เรื่องโภชนาการ			
<b>ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</b>				
1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม	1. ผู้ช่วยวิจัยเก็บบันทึกความดันโลหิต		10 นาที	
2. ร่วมกันสรุปประเด็นที่สำคัญในเรื่องความต้องการในการแก้ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรเดช	2. ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป			
3. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้นำกลุ่มและสมาชิก และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์หน้า				

แผนการดำเนินการทดลอง  
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดข้อตกลงแนวทางในการปฏิบัติการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตครั้งที่ 2

ระยะเวลา

45 นาที-1 ชั่วโมง

บทบาทผู้วิจัย

อธิบายผู้นำกลุ่มในการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมบริโภคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## การดำเนินการ

ตาราง 12

แผนการดำเนินการทดลองครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการทดลอง

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<b>ระยะสร้างสัมพันธภาพ</b>			10 นาที	
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายเรื่องทั่วไปและเปิดโอกาสให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มทักทายกันเอง				
1. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์				
ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม				
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นที่สำคัญในประเด็นแก้ปัญหา				
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช				
<b>ระยะดำเนินการ</b>			70 นาที	
1. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายและมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดชของตนเองจากข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์	1. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอสมาชิกแนวทางการปฏิบัติของตนเองต่อสมาชิกกลุ่มในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช	1. ข้อมูลเนื้อหาประกอบด้วย การบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดช		1. สมาชิกทุกคนกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันสูตรเดชของตนเองและ
2. ผู้นำกลุ่มส่งมอบข้อตกลงให้กับสมาชิกเพื่อที่จะนำไปทดลองปฏิบัติที่บ้าน	2. ผู้นำกลุ่มอธิบายการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	2. กระดาษปอนด์		บันทึกลงในสมุดบันทึก
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		3. ปากกาตราม้าหลายสี		

ตาราง 12 (ต่อ)

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<p><b>ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</b></p> <p>1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุป ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญและขอความร่วมมือในการบันทึก ข้อมูลในสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรการบริโภคอาหารที่เป็นจริง</p> <p>2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้นำ กลุ่มและสมาชิก และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 ในอีกสองสัปดาห์</p>	<p>1. ผู้ช่วยวิจัยเก็บบันทึกข้อมูล</p> <p>2. ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูล เพื่อ เตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้ง ต่อไป</p>	<p>4.สมุดบันทึกฯ</p>	<p>10 นาที</p>	

แผนการดำเนินการทดลอง  
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กำลังใจ สนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. เพื่อติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากสมุดบันทึก

ระยะเวลา

45 นาที - 1 ชั่วโมง

บทบาทผู้วิจัย

ให้กำลังใจ สนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุป ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญและให้กำลังใจในการปรับ  
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
สรุปพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากสมุดบันทึก

## การดำเนินการ

ตาราง 13

แผนการดำเนินการทดลองครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<b>ระยะสร้างสัมพันธภาพ</b>			10 นาที	
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายเรื่องทั่วไปและเปิดโอกาสให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มทักทายกันเอง				
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม				
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึก				
<b>ระยะดำเนินการ</b>			40 นาที	
1. ผู้นำกลุ่มสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตที่ได้จากผู้วิจัย	1. ให้สมาชิกอภิปรายถึงประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1. ข้อมูลเนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหารด้านความดันแดง การอ่านฉลากการเลือกอาหารและอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		1. สมาชิกทุกคนอภิปรายแนวทางในการปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหา อุปสรรคในการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมฯ	2. ผู้ช่วยวิจัยสรุปผลการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มฟัง	2. กระดาษปอนด์		2. สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมการบริโภคตามอาหารตามแนวทางปฏิบัติ
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหา อุปสรรคในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน		3. ปากกาตราชูหลายสี		



ตาราง 13 (ต่อ)

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
4. ผู้นำกลุ่มเสริมแรง และให้สมาชิกช่วยให้กำลังใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติประสบความสำเร็จมาแล้วใน 2 สัปดาห์	4. ผู้นำและสมาชิกกลุ่มให้กำลังใจและเสริมแรง	4. สมุดบันทึกฯ		จากการทำกลุ่มชีวิตประจำวัน
<b>ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</b>			10	
1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญและให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1. ผู้ช่วยวิจัยเก็บบันทึกข้อมูล		นาที	
2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้นำกลุ่มและสมาชิก และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 ในอีกสามสัปดาห์	2. ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูล เพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป			

**แผนการดำเนินการทดลอง  
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประเมินความสำเร็จของกลุ่มด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ร่วมกับให้ผู้นำกลุ่ม
2. สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองและชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

**ระยะเวลา**

45 นาที - 1 ชั่วโมง

**บทบาทผู้วิจัย**

อธิบายผู้นำกลุ่มในการประเมินความสำเร็จของกลุ่มจากการวัดระดับความดันโลหิตจากสมุดบันทึก

ให้ผู้นำกลุ่มร่วมกับให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองและชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

สรุปประเด็นที่สำคัญและให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการลดความดันโลหิตให้สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กล่าวขอบคุณผู้นำกลุ่มสมาชิกและผู้ช่วยวิจัย

**บทบาทผู้ช่วยวิจัย**

วัดความดันโลหิต

## การดำเนินการ

ตาราง 14

แผนการดำเนินการทดลองครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง

วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<b>ระยะสร้างสัมพันธภาพ</b>				
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายเรื่องทั่วไปและเปิดโอกาสให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มทักทายกันเอง		1. อุปกรณ์ วัดความดันโลหิต	5 นาที	
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม		2. สมุด บันทึก		
<b>ระยะดำเนินการ</b>				
1. ผู้นำกลุ่มสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากการบันทึกและระดับความดันโลหิต	1. ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารครั้งที่ 2 และวัดความดันโลหิตครั้งที่ 3	3. แบบ สอบถาม พฤติกรรม การบริโภค อาหาร	45 นาที	1. สมาชิกทุกคนได้ ระบายความรู้สึก ของตนเองต่อ โปรแกรมสนับสนุน การเรียนรู้ด้าน โภชนาการ
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ปฏิบัติและยังทำไม่สำเร็จ เล่าถึงประสบการณ์ของความพยายามสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และแนวทางที่จะปฏิบัติ				
3. ผู้นำกลุ่มเสริมแรง และให้สมาชิกช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน				
4. ผู้วิจัยประเมินความสำเร็จของกลุ่มด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ร่วมกับให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองและชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป				

ตาราง 14 (ต่อ)

	วิธีการดำเนินกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การประเมินผล
<p><b>ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</b></p> <p>1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สำคัญและให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพให้สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันและการมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้นำกลุ่มและสมาชิก</p>		<p>1. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม</p>		<p>10 นาที</p>	

**ภาคผนวก ฉ**  
**สรุปการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานวิจัย**  
**และการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้**

ตาราง 15

สรุปการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานวิจัยและการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
1. พนิดา จันดา, 2551	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ผลการใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการกำกับตนเองใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและ พฤติกรรมการรับประทาน ยาในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ</p> <p><b>2. ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์</b> ระดับ 2</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย</b> เชิงทดลองกลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง</p> <p><b>2.กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุ</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการกำกับตนเอง ด้วยการ ให้ความรู้ แจกคู่มือการดูแลตนเอง และให้บันทึก การบริโภคอาหารและการรับประทานยา ติดตามทางโทรศัพท์</p> <p><b>2. ผลการทดลอง</b> - กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 - กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าระดับความดัน โลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05</p>	<p>สามารถนำรูป แบบกระบวนการ กลุ่ม และการ บันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร นำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมส่งผล ต่อความดันโลหิต</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
2. พัชรภรณ์ไชยสังข์ และ คณะ, 2553	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน</p> <p><b>2. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์</b> ระดับ 2</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย</b> กึ่งทดลองกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง</p> <p><b>2.กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกินระดับ 1 ขึ้นไปตามเกณฑ์ JNC vii. (2003 : 2560-72)</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> ใช้กระบวนการกลุ่มและใช้สื่อคอมพิวเตอร์เพาเวอร์พอยต์ในการให้ความรู้</p> <p><b>2. ผลการทดลอง</b> - ด้านการปฏิบัติตัวทั่วไปดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>t = 1.72, p = 0.091</math>) โดยรับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวันมากที่สุด รองลงมา คือ รับประทานอาหารโดยเน้นผักเท่ากับรับประทานยา - ค่าระดับความดันโลหิตพบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>	<p>สามารถนำรูปแบบการใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>
3. สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม และคณะ, 2554	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย</b> เชิงทดลองกลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 6 สัปดาห์ - สร้างสัมพันธภาพ - เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความรู้ ปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภค</p>	<p>สามารถนำรูปแบบ - การแลกเปลี่ยนความรู้ ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
<p>สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ</p> <p><b>2. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์</b></p> <p>ระดับ 2</p>	<p><b>2. กลุ่มตัวอย่าง</b></p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสริมแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ให้เกิดพฤติกรรม</li> <li>การบริโภค โดยการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือนโดย</li> <li>คนในครอบครัว การบันทึกรายการอาหารที่บริโภค</li> <li>- การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา</li> <li>- ประเมินผลการทดลอง</li> </ul> <p><b>2. ผลการทดลอง</b></p> <p>คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง</p> <p>ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ</p> <p>ระยะติดตามผลเป็น 44.13 (SD = 6.39), 70.40 (SD = 10.61) และ 70.57 (SD = 10.67) ตามลำดับ</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคเป็น 43.80 (SD = 3.04), 41.50 (SD = 3.63) และ 41.37 (SD = 3.37) ตามลำดับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจดบันทึก</li> <li>พฤติกรรมกรรมการ</li> <li>บริโภคอาหาร</li> <li>นำมาประยุกต์ใช้</li> <li>เพื่อให้เกิดการ</li> <li>ปรับเปลี่ยน</li> <li>พฤติกรรมส่งผล</li> <li>ต่อความดันโลหิต</li> </ul>	

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			<p>- ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองเป็น 145.73(SD = 5.35), 138.80 (SD = 5.79) และ 138.67 (SD = 5.81) ตามลำดับ</p> <p>กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเป็น 146.60 (SD = 4.93), 147.40 (SD = 5.04) และ 147.80(SD = 4.82) ตามลำดับ</p>	



ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
4. เสาวนีย์ ขวานเพชร และคณะ, 2554	<p>1. ชื่อเรื่องวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริม โภชนาการต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อ ควบคุมความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัยจังหวัดแพร่</p> <p>2.ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์ ระดับ 2</p>	<p>1. ชนิดงานวิจัย กึ่งทดลองสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง</p> <p>2. กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงชนิดไม่ ทราบสาเหตุระดับ ที่ 1 - มีระดับความ ดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท และ//หรือความดัน ไดแอสโตลิก 90-95 มม.ปรอท</p>	<p>1. กิจกรรมการทดลอง ดำเนินการทั้งสิ้น 11 สัปดาห์ในกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่ม โดยสัปดาห์ที่ 1 มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกอาหารบริโภค 3 วันซึ่ง น้ำหนักส่วนสูงวัดความดันโลหิตและค่านวณดัชนี มวลกายและมีการแจกคู่มือสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 7</p> <p>กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 จะมีการกระตุ้นด้วยวิธีโทรศัพท์โดยการ สอบถามและทบทวนกิจกรรมเพื่อประเมินความรู้ และความเข้าใจกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ</p>	<p>สามารถนำ รูปแบบการ กระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมา ประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมครั้งนี้</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
5. จิราภรณ์ ชวงค์และ ปฎิญา ก้องสกุล, 2555	<b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ผลของการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูงและการ บริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงใน ชุมชนผู้สูงอายุเขตอำเภอ เมืองจังหวัดตรัง	<b>1. ชนิดงานวิจัย</b> กึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง <b>2. ลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ	<b>2. ผลการทดลอง</b> - กลุ่มทดลองมีการบริโภคไขมันรวมไขมัน อิ่มตัวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p < .05$ ) - ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิ กลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )และมีแนวโน้มลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ  <b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> - กิจกรรมการเรียนรู้ได้แก่การอภิปรายกลุ่ม เล็กการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประกอบด้วย ชี้นำเป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพและเตรียม ความพร้อม ชั้นสอนเป็นขั้นตอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การสะท้อนความคิดและการอภิปรายเป็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแต่ละคนได้แสดงความคิด เห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้มากขึ้น	สามารถนำรูปแบบการสะท้อน คิดและการเปิด โอกาสให้มีการ อภิปรายมา ประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมครั้งนี้

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
	2. ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์ ระดับ 2		2. ผลการทดลอง พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูงร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้อย่าง นัยสำคัญ	
6. เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, 2555	1. ชื่อเรื่องวิจัย ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดัน โลหิตสูง 2. ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์ ระดับ 2	1. ชนิดงานวิจัย กึ่งทดลองกลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง 2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีความดัน โลหิตสูง ที่เข้ารับการ รักษา ณ คลินิกโรค ความดันโลหิตสูง	1. กิจกรรมการทดลอง - โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองได้รับ คู่มือการจัดการตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง (6 สัปดาห์)ติดตามผล ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 7- สัปดาห์ที่ 11 สัปดาห์ที่ 12 นัดกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูล 2. ผลการทดลอง - ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ เข้าร่วมโปรแกรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) - ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้า ร่วมโปรแกรม	สามารถนำรูป แบบ - การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ - การลงมือปฏิบัติ เพื่อปรับทักษะการ ปฏิบัติให้เหมาะสม กับตนเอง - แหล่งสนับสนุน การเรียนรู้ ซึ่งวิธีการข้างต้น สามารถนำมา

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) - ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	ประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลต่อความดันโลหิตลดลงมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมครั้งนี้
7. สุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์, 2555	<b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาวอำเภอดอนพุดจังหวัดสระบุรี <b>2. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์</b> ระดับ 2	<b>1. ชนิดงานวิจัย</b> กึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง <b>2. กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกแบบเจาะจง	<b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> กิจกรรม 2 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง - สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้และการปฏิบัติและให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว - สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ฝึกทักษะ - สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัว - สัปดาห์ที่ 4 ขึ้นสิ้นสุดการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วม	สามารถนำรูปแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			<p>2. ผลการทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(<math>p &lt; .01</math>)</li> </ul>	
<p>8. วียะการ แสงหัวช้าง, 2556</p>	<p>1. ชื่อเรื่องวิจัย ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2</p>	<p>1. ชนิดงานวิจัย กึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม</p> <p>วัดผลก่อนและหลังการทดลอง</p> <p>2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง</p>	<p>1. กิจกรรมการทดลอง กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์</p> <p>2. ผลการทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คะแนนเฉลี่ยความรู้ (<math>t = 2.5, p &lt; .05</math>) และการปฏิบัติตน (<math>t = 4.24, p &lt; .01</math>) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</li> </ul>	<p>สามารถนำรูปแบบกระบวนการกลุ่มโดยการสนทนา การสนับสนุนและการระคับประคอง ให้กำลังใจทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
9. นิศมา, วันชัย, และ อะเคื้อ, 2558	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> ผลของการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ต่อ ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบมุ่งเป้าหมายของ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย</p> <p><b>2. ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์</b> ระดับ 2</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย:</b> กึ่งทดลองกลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง</p> <p><b>2. กลุ่มตัวอย่าง:</b> พยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อประจำหอ ผู้ป่วย</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> แผนการเรียนรู้จากประสบการณ์ใช้แนวคิดของ โคลบ์ โดยกลุ่มทดลองเรียนรู้จากประสบการณ์ 5 สัปดาห์หลังจากนั้นมาเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การคิดสะท้อนกลับ รวบรวม ความคิดรวบยอดเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปฏิบัติจริง และนำมาปรับวิธีการให้สมบูรณ์ต่อไป</p> <p><b>2. ผลการทดลอง</b> - กลุ่มทดลองมีค่าความไวในการวินิจฉัยการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลของหลังจากได้รับการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05</p>	<p>การจัด ประสบการณ์การ เรียนรู้เป็น แนวทางหนึ่งใน การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดความรู้ และมีแนวทางใน การปฏิบัติใหม่ที่ ดีกว่าเดิม</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
10. Kerby ,T.J., et al., 2012	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> Adherence to blood pressure telemonitoring in a cluster-randomized clinical trial.</p> <p><b>2. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์</b> ระดับ 1</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย</b> randomized trial</p> <p><b>2. กลุ่มตัวอย่าง</b> Participants with uncontrolled hypertension</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> การติดตามประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน</p> <p><b>2. ผลการทดลอง</b> สามารถติดตามความดันโลหิตได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง 73 % ที่ติดตามทางโทรศัพท์อย่างน้อย 6 ครั้งต่อสัปดาห์ 88 % สามารถทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้</p>	<p>สามารถนำรูปแบบการติดตามผู้สูงอายุโดยการใช้โทรศัพท์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิง ประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย /กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
11. Ogedegbe, G., et al., 2013	<p><b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> The Counseling Older Adults to Control Hypertension (COACH) Trial: design and methodology of a group-based lifestyle intervention for hypertensive minority older adults</p> <p><b>2. ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์</b> ระดับ 1</p>	<p><b>1. ชนิดงานวิจัย</b> Randomized controlled trial (RCT)</p> <p><b>2. กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้สูงอายุที่มีความ ดันโลหิตสูง ที่ไม่ สามารถควบคุมได้ /ความดันโลหิต <math>\geq</math> 130/80 มิลลิเมตร ปรอท สำหรับผู้ที่มี โรคเบาหวาน หรือ โรค ไตความดัน โลหิต <math>\geq</math> 135/85 มิลลิเมตรปรอท สำหรับบุคคลทั่วไป ที่มีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตจาก baseline</p>	<p><b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> ระยะเวลา 12 สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มทดลอง โดยใช้กลุ่มและบุคคลที่สร้างแรงจูงใจ (MINT-TLC)</li> <li>- กลุ่มควบคุม โดยการให้ความรู้ทางสุขภาพ active health education (HE)</li> <li>- การให้ความรู้ทางสุขภาพ [ เป้าหมายที่การเปลี่ยนแปลง วิธีการดำเนินชีวิต ที่มีสุขภาพดี, รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการ ความเครียด]</li> <li>- ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที</li> <li>- สร้างแรงบันดาลใจ ของแต่ละบุคคลใช้เวลา 1 เดือนละครั้ง 2 เดือน และ 2 เดือน/ครั้งทุก 3 เดือนเป็นเวลา 6 เดือนโดย 12 สัปดาห์แรกแนะนำให้ ลดน้ำหนัก (ถ้า อ้วน) จำกัด โซเดียม และแอลกอฮอล์ ปริมาณ การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ และ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ที่อุดมไปด้วย ผักและผลไม้</li> </ul>	<p>สามารถนำรูปแบบการให้ ความรู้ทาง สุขภาพของ ผู้สูงอายุเพื่อ การ เปลี่ยนแปลงวิถี ชีวิตให้มี สุขภาพดีโดย การ รับประทาน อาหารDASH</p>



ตาราง 15 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ชื่อเรื่องวิจัย/ระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์	แบบวิธีการวิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมการทดลอง/ ผลการวิจัย	การนำไปใช้
		ถึง 12 เดือน	<b>2. ผลการทดลอง</b> - มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยน สุขภาพสอดคล้องกับ DASH ในระดับสูง	
12. Lara et al .; 2014	<b>1. ชื่อเรื่องวิจัย</b> Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials <b>2. ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์</b> ระดับ 1	<b>1. ชนิดงานวิจัย</b> meta-analysis of randomized controlled trials <b>2. กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ใหญ่วัยเกษียณการ เปลี่ยนวัย (54 ถึง 70 ปี)	<b>1. กิจกรรมการทดลอง</b> โปรแกรมการควบคุมอาหาร <b>2. ผลการทดลอง</b> จากการศึกษา 24เรื่องมีคุณสมบัติครบถ้วนตาม เกณฑ์ ในการวิเคราะห์ meta-analysis มี การศึกษา 22 เรื่องโดยมีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและเป็น โรคอ้วน พบว่าการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น 87.5 กรัมต่อวัน ( P <0.00001) มีผลในระยะสั้น ถึงปานกลาง (4-12 เดือน 85.6 กรัมต่อวัน) และ ระยะยาว (นั่นคือ 13-58 เดือน 87.0 กรัมต่อวัน) ส่งผลให้ทำให้บริโภคปริมาณผลไม้ที่ได้นานขึ้น	การบริโภคอาหาร ผัก ผลไม้มีผลต่อ สุขภาพโดยเฉพาะ โรคอ้วน ประยุกต์ใช้ การ เปลี่ยนพฤติกรรม ในการบริโภค อาหารที่ส่งผลต่อ ความดันโลหิต ประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมครั้งนี้

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610421021

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2532
การศึกษามหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยทักษิณ	2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2561)