




ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า
อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี

อรุณรัตน์ บุญคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

เมษายน 2565

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า
อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์



อรุณรัตน์ บุญคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

เมษายน 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

Effectiveness of Behavior Modification Program for Food
Consumption among High-Risk Groups for High Blood Pressure
in Faktha Sub-district, Faktha District, Uttaradit Province



Arunrat Bunkham

A Thesis Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health Program (Public Health)
faculty of Science and Technology Uttaradit Rajabhat University

April 2022

Copyright of Uttaradit Rajabhat University

วิทยานิพนธ์ เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ

ความดันโลหิต ตำบลปากท่า

อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี

ของ

อรุณรัตน์ บุญคำ

ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(อาจารย์ ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.สุนีย์ กันแจ่ม)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญาพงษ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และเลขานุการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำหลักสูตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมคิด ทุ่งใจ)

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(อาจารย์ ดร.ธัญญา จันทร์ตรง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี สัตยาภรณ์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
ผู้วิจัย	อรุณรัตน์ บุญคำ
ปริญญา	หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร.สุนีย์ กันแจ่ม

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่ม โดยใช้ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังนั้นควรจัดกิจกรรมให้มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาว

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต



Abstract

Title	Effectiveness of Behavior Modification Program for Food Consumption among High-Risk Groups for High Blood Pressure in Faktha Sub-district, Faktha District, Uttaradit Province
Author	Arunrat Bunkham
Degree	Master of Public Health Program (Public Health)
Advisor	Associate Professor Dr. Jakkrite Pinyaphong
Co-Advisor	Dr. Sunee Kancham

The purpose of this research was to examine the effectiveness of a behavior modification program for food consumption in a high-risk group for high blood pressure. The population was a high-risk group for high blood pressure of 239 adults aged 35-59 in the 2019 fiscal year in Faktha Sub-district, Faktha District, Uttaradit Province. The study sample was divided into two groups, experimental and comparison, with 32 participants in each group using a simple sampling technique. The experimental group was given a program created by applying the self-efficacy theory along with the social support theory, whereas the comparison group was given a hospital's normal health behaviour modification program. The research instrument was a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results of the program effectiveness showed that after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher average score on knowledge of high blood pressure, self-efficacy for eating, expectations for food consumption behavior modification, social support for food consumption behavior modification, and food consumption behavior modification than that of the comparison group at 0.05. When comparing within the experimental group, an average score on knowledge of high blood pressure, self-efficacy for eating, expectations for food consumption behavior modification, social support for food consumption

behavior modification, and food consumption behavior modification was statistically significantly higher than that before the experiment at 0.05. Therefore, the activities should be done regularly and continuously to make long-term behavior modification.

Keyword : Behavior Modification Program, Food Consumption Behavior, High-risk Group for High Blood Pressure



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากการช่วยเหลือ และความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.สุนีย์ กันแจ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจและต่อสู้อุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ปภาดา ชมภูนิษฐ์ ดร.ผาสุข แก้วเจริญตา และอาจารย์กฤษภณ เทพอินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาท่า และท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยวที่ให้โอกาสได้มาศึกษาวิจัยในพื้นที่ และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลพาท่าอำนวยความสะดวกการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิด ที่ให้ความรัก ความห่วงใยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านมาโดยตลอดทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย

ท้ายนี้ขอขอบคุณเพื่อนๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

อรุณรัตน์ บุญคำ

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต.....	10
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	19
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self – Efficacy).....	24
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34

บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	41
รูปแบบการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	58
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	60
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง	70
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	73
ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	73
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	78
สรุปผล	78
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม.....	88

ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์.....	97
ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์	99
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์ ...	103
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ประวัติย่อผู้วิจัย	134



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป	13
ตารางที่ 2 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ.....	51
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	59
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม เสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	60
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภค อาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและ.....	62
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	64
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ...	66
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	68
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	71
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	74

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 โครงสร้างทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน.....	26
ภาพที่ 3 รูปแบบการวิจัย.....	42



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศพัฒนา คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ทั่วโลกจะมีประชากร 1.56 พันล้านคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โดยความชุกเพิ่มขึ้น 1.56 พันล้านคน และทุก ๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8 ล้านคนเสียชีวิต (Bell, Twigg, & Olin, 2015) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตปี 2560-2562 เท่ากับ 3,974.31, 3,779.16 และ 4,823.16 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อย่างไรก็ตามประชากรครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5,186 คน และเพิ่มสูงขึ้นใน ปี 2560 เป็นจำนวน 8,525 คน ในปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจำนวน 80,000 ล้านบาทต่อปี และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคลส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดอุดรดิตถ์ ตาก สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงความดันโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2560-2562 เท่ากับ 3,819.47, 4,259.27 และ 3,825.83 ต่อประชากรแสนคน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วน รับประทานอาหารเค็มและมันสูง รับประทานอาหารผักและผลไม้ น้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และได้รับวันบุหรี่มือสอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ในปี 2560-2562 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตเป็นอันดับสองของเขตบริการสุขภาพที่ 2 โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,667.62, 1,292.52 และ 1,296.35 ต่อแสนประชากร อำเภอปากท่า ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 4 ตำบล พบอัตรากลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต เท่ากับ 4,188.57, 4,371.07 และ 4,278.85 ต่อประชากรพันคน และมีอัตราป่วย

รายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน ปี 2560-2562 เท่ากับ 1,231.34, 1,185.55 และ 1,352.10 ต่อประชากรพันคน สำหรับตำบลปากท่าเป็นพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลปากท่ายังพบอัตราป่วยสูงกว่าทุกตำบลในอำเภอปากท่า โดยปี 2561 มีอัตราป่วยเท่ากับ 820.60 ต่อประชากรพันคน และในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 960.57 ต่อประชากรพันคน อาจกล่าวได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพ อันดับหนึ่งในพื้นที่อำเภอปากท่าที่ต้องได้รับการแก้ไข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2562)

ตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ได้กำหนดให้ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปต้องได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานตามมาตรฐาน โรงพยาบาลปากท่าเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้ดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาในระยะเริ่มแรก และค้นหา กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตเพื่อเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในปี 2560-2562 พบอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,679.30, 1,333.06 และ 1,584.98 ต่อแสน ประชากร นอกจากนี้จากการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี 2562 จำนวน 1,666 ราย พบว่า กลุ่มปกติ จำนวน 715 ราย (429.17 ต่อพันประชากร) กลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิต จำนวน 712 ราย (427.37 ต่อพันประชากร) และกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต จำนวน 239 ราย (143.46 ต่อพันประชากร) โดยผลการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า มีบิดามารดาและพี่น้องสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.19 ชอบรับประทานอาหารเค็มและมัน ร้อยละ 89.17 ใน 1 สัปดาห์ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.17 และมีภาวะเครียดปวดศีรษะ และนอนไม่หลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 9.90 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.01 สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.71 (โรงพยาบาลปากท่า, 2562)

จากรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่พบในประชาชนตำบลปากท่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีพฤติกรรมชอบ รับประทานปลาร้าเป็นหลัก ร้อยละ 92.63 ครีวเรือนที่มีความถี่ทุกวันในการปรุงรสอาหารด้วยปลาร้า ร้อยละ 90.61 มีครีวเรือนที่ปรุงรสอาหารด้วยผงชูรส รสดี น้ำปลา เกลือทุกวัน และร้อยละ 90.23 ไม่ทราบว่าปลาร้า กะปิ ผงชูรส รสดี เกลือที่ใช้ในครีวเรือนเป็นเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูงส่งผลต่อ ความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลปากท่า, 2562) กลุ่มเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนตำบลปากท่ายังมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอด หากประชาชนตำบลปากท่ายังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และขาด การสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาในอนาคต (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2562)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่มาจากการปรุงรสต่าง ๆ ในอาหารที่รับประทาน (ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา หรือ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน) การตระหนักถึงอันตรายต่อโรคความดันโลหิตสูง การดักเตือนจากครอบครัวและญาติ การปรุงอาหารด้วยตนเอง การลดปริมาณเครื่องปรุง และตรวจวัดก่อนการปรุงประกอบอาหารรวมทั้งชิมก่อนใส่เครื่องปรุง การใช้สิ่งอื่นทดแทน ทำให้การรับรู้ต่อการลดการบริโภคอาหารเค็มเพิ่มขึ้น (กรรณิกา สุวรรณ และคณะ, 2563) อย่างไรก็ตามอุปสรรคสำคัญที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้บรรลุเป้าหมายได้ คือ การขาดความรู้หรือไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะจะสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ในระยะแรกและเป็นการเฝ้าระวังภัยภาวะสุขภาพให้ได้รับการแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

จากการศึกษาบนพื้นฐานทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยของพื้นฐานทฤษฎีในเรื่องของปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตน และด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวส่วนบุคคล (Jan Warren-Findlow, B., Seymour, Larissa R, & Brunner Huber, 2011) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงสูงมีการปรับเปลี่ยนตนเองและเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงลดลงดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และด้านความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมทดลองไม่แตกต่างกัน (นุชนาถ สำนัก, มาเรียม แอกูยิ, ตัม บุนรอด และกำไล สมรักษ์, 2554)

การศึกษานบนพื้นฐานทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อการทดสอบบทบาทเครือข่ายทางสังคมและการรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 16 ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีการวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ร้อยละ 21 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนได้มีการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว (บิดา มารดา หรือคู่สมรส) จะมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ และผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะไม่มี การป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง (Erin York Cornwell, Linda J. Waite, 2011) และมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมด้านอื่น ๆ เช่น จาก การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการนำ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมได้รับการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการได้เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่ม การรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม มีคะแนนด้านพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการ เพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (สุวิมล สันติเวส, 2544)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตในพื้นที่ตำบลปากท่า เพื่อศึกษาว่าหากกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ ความดันโลหิตเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต กลุ่มทดลอง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวัง แรงสนับสนุน ทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่ง ตน (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตดีขึ้น มีการใช้ทฤษฎีอย่างแพร่หลายเพื่อให้เกิดผลสำเร็จของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่ ความยั่งยืนของพฤติกรรมดังกล่าว มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย บริบทของพื้นที่ และพื้นที่การศึกษานั้น ๆ ด้วย (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2562)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมกับการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษเปรียบเทียบแบบแผนการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ พบว่า การบริโภคอาหารผัก และผลไม้จำนวนมาก อาหารไม่อิ่มตัวต่ำ ไม่มีไขมัน สามารถลดความดันโลหิตสูงได้เท่ากับการทานยา ลดความดันโลหิต 1 ชนิด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (พิชามญชุ์ ภูเจริญ, 2550) และโรงพยาบาลปากท่า ขาดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะด้านและโรค ดังนั้นกิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุน ทางสังคมในการออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นในเรื่องส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถแห่งตนและการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มทางสังคมของกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมค้นหา ปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบท ของพื้นที่ในการใช้ชีวิตประจำวันเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต มีกิจกรรมการติดตามและ ประเมินผลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรม และกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองจาก โรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการมีสุขภาพคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนตำบลพาท่อไป และเป็น แนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้อง สภาพปัญหาที่แท้จริง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มป่วยจึงเป็นสิ่ง สำคัญ และกิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นนั้นยังไม่มีในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสามารถเพิ่มความรู้และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปขยายผล และประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัญหาของพื้นที่บริบทแต่ละชุมชนได้
2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตได้
3. เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องสภาพปัญหาที่แท้จริง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพในปีงบประมาณ 2562 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 35-59 ปีที่มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงที่มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท (ไม่ได้ถูกวินิจฉัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพากท่า ตำบลพากท่า อำเภอพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 64 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต หมายถึง ผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพในปีงบประมาณ 2562 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท (ไม่ได้ถูกวินิจฉัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง)
 - กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 - กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลพาท่า
2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
4. การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง ความมั่นใจของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
5. ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังต่อการปรับเปลี่ยนลดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ยังไม่เกิดขึ้นเพื่อให้พฤติกรรมของบุคคลเป็นไปตามผลลัพธ์ของความคาดหวังที่ตั้งเป้าหมายไว้
6. แรงสนับสนุนทางสังคมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การที่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำ การดูแล จากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา หรือบุตร ในการให้ข้อเสนอแนะ ให้การดูแล ให้ข้อมูลข่าวสารและให้กำลังใจเพื่อเสริมหนุนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การที่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อ

ความดันโลหิตมีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

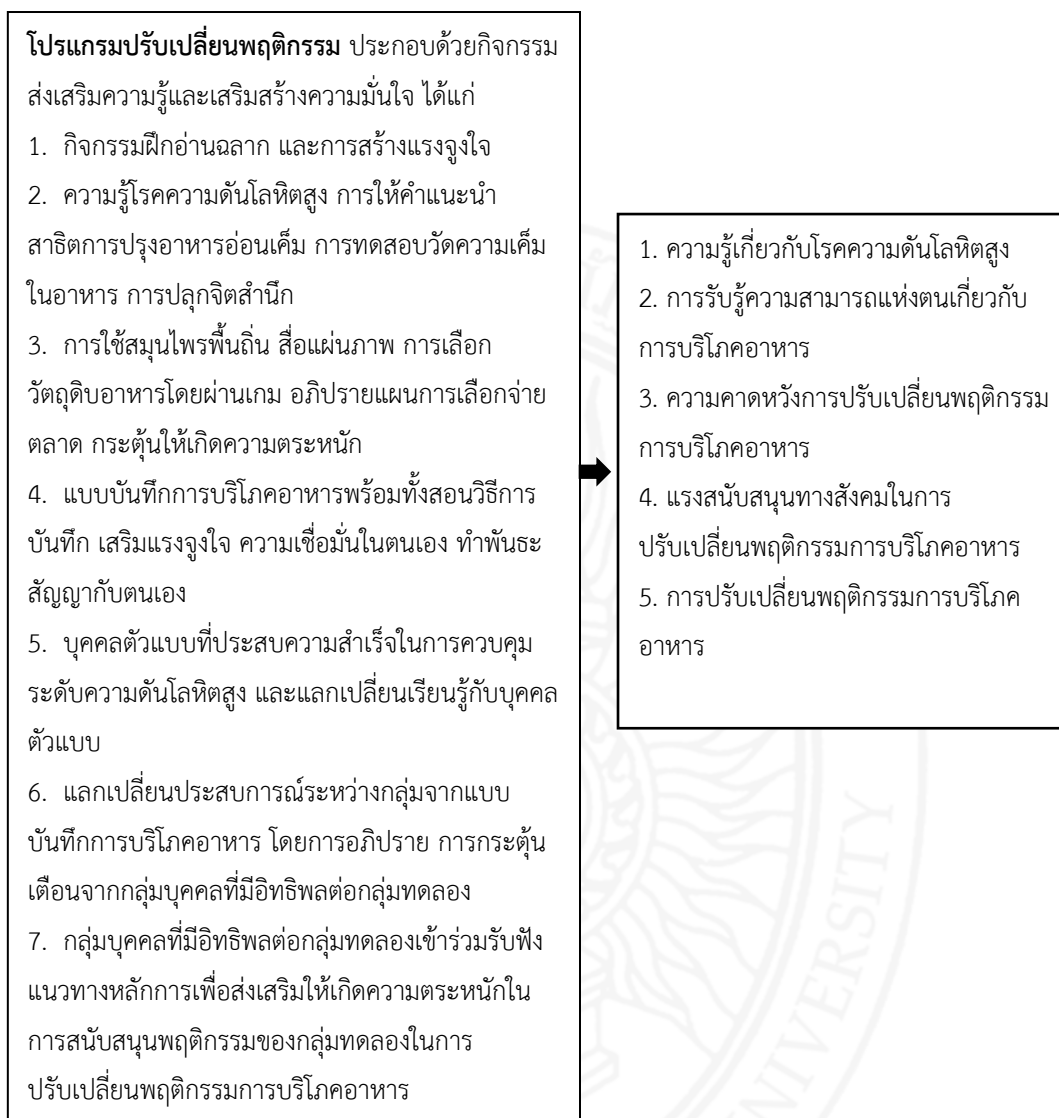
8. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self Efficacy) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในการลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต แสดงดังภาพที่ 1 ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดในการศึกษา และเป็นแนวทางในการศึกษาได้ชัดเจนมากขึ้น โดยทบทวนองค์ความรู้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

ความหมายของความดันโลหิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจแล้วส่งผ่านหลอดเลือดเพื่อเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คือ ค่าความดันตัวบน (Systolic Blood Pressure, SBP) เป็น ค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและค่าความดันตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure, DBP) เป็นค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิต หมายถึง ความดันภายในหลอดเลือดแดงประกอบด้วยความดันตัวบนและตัวล่าง ความดันตัวบนที่เกิดจากความดันขณะหัวใจบีบตัวและความดันตัวล่าง คือ ความดันขณะที่หัวใจคลายตัว คนปกติจะมีค่าระดับความดันโลหิตประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท หากวัดระดับความดันโลหิตได้ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่ามีระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งหากวัดค่าระดับความดันโลหิตได้สูง 1 ครั้ง ต้องวัดซ้ำอีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อวินิจฉัยให้แน่ชัดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิต หมายถึง แรงดันโลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงวัดได้ 2 ค่า คือ ความดันโลหิตตัวบน

เป็นแรงดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัว โดยค่านี้อาจเปลี่ยนแปลงได้จากหลายปัจจัย เช่น อายุ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว ฯลฯ และความดันโลหิตตัวล่างเป็นแรงดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว

(Joint National Committee, 1998) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิต หมายถึง แรงดันจากกระแสเลือดที่กระทบกับผนังหลอดเลือดเกิดจากการสูบฉีดของระบบหัวใจ ซึ่งสามารถวัดระดับความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันวัดที่แขนและมีค่าวัด 2 ค่า คือ ความดันตัวบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว และความดันตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะหัวใจคลายตัว ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 120-129/80-84 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงเล็กน้อยแต่ค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท

สายฝน กันธมาลี (2550) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิต หมายถึง ความดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายส่วนต่าง ๆ แรงดันโลหิตที่วัดจะมี 2 ระดับ คือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด (Systolic Blood Pressure) ช่วงขณะหัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้าในหลอดเลือดแดงแรงดันโลหิตต่ำสุด (Diastolic Blood Pressure) ช่วงระยะหัวใจหยุดพักการบีบตัวสูงหรือต่ำของระดับความดันโลหิต

สรุปได้ว่า ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของโลหิตต่อผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งวัดได้ 2 ค่า คือ ความดันโลหิตตัวบนเป็นแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันโลหิตตัวล่างเป็นแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว

การวัดความดันโลหิต

โดยทั่วไประดับความดันโลหิตจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตได้แม่นยำจำเป็นต้องมีการตรวจวัดหลาย ๆ ครั้ง (พีระ บูรณกิจเจริญ, 2553)

1. การวัดความดันโลหิตที่คลินิก

- 1.1 ควรนั่งในห้องเงียบ ๆ ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 15 นาที
- 1.2 ใช้ Arm Cuff ที่เหมาะสมกับขนาดแขนของแต่ละบุคคล
- 1.3 ควรวัดความดันโลหิตแขนทั้ง 2 ข้าง ในการตรวจครั้งแรก
- 1.4 ควรวัดความดันโลหิตในท่ายืนในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 1.5 จัด Arm Cuff ให้อยู่ระดับหัวใจไม่ว่าผู้รับบริการจะอยู่ในท่าใด หลังจากวัด

ความดันโลหิตผู้รับบริการแล้วให้ประเมินว่าความดันโลหิตผู้รับบริการสูงหรือไม่และอยู่ในระดับใด

2. การตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน

สามารถทำได้ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิด Digital ซึ่งประชาชนสามารถวัดได้ด้วยตนเอง แต่เครื่องมือต้องได้รับการตรวจสอบค่าความแม่นยำอย่างสม่ำเสมอ หรือวัดจากเครื่องวัด

ความดันโลหิตอัตโนมัติ 24 ชั่วโมงชนิดพกพา (24 hr.-Ambulatory BP Monitoring (ABPM))
ซึ่งวัดผลใกล้เคียงกับความเป็นจริง (ศราวูธ อยู่เกษม, 2550)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงมีความสำคัญ โดยมี 2 องค์กร คือ WHO (World Health Organization International Society of Hypertension, 1999) และ Joint National Committee 7-Complete Version, 2003) ที่เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงแต่ละ องค์กรได้เสนอเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ในกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตตัวบน 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท JNC7 (Joint National Report VII, 2003) ได้จัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง Pre-Hypertension ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. JNC7 ใช้เกณฑ์จำแนกระดับค่าความดันปกติต่ำกว่า WHO-ISH คือ <120/80 มิลลิเมตรปรอท โดยระบุความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มตั้งแต่ระดับความดันโลหิต 115/75 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มเป็น 2 เท่าเมื่อระดับค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุก 20/10 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ WHO-ISH ใช้เกณฑ์ระดับความดันโลหิต <135/85 มิลลิเมตรปรอท แสดงให้เห็นว่าระดับค่าความดันโลหิตที่ 135/85 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ถึง 2 เท่าเมื่อนำไปเทียบเกณฑ์ของ JNC7 (Joint National Report VII)

3. JNC7 กำหนดให้ค่าความดันโลหิตสูง Stage 1 คือ ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) 90-99 มิลลิเมตรปรอท ส่วน Stage 2 เป็นค่าความดันโลหิตสูงกว่าปัจจุบันที่นักวิชาการและผู้ปฏิบัติการในสาขาวิชาชีพทางสุขภาพนิยมใช้การจำแนกระดับค่าความดันโลหิตตามแนวทางของ JNC7 (ศราวูธ อยู่เกษม, 2550) แสดงดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป

ชนิดของความดันโลหิต	ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
Normotensive	< 120	และ	< 80
Prehypertension	120-139	หรือ	80-89
Hypertension Stage 1	140-159	หรือ	90-99
Hypertension Stage 2	> 160	หรือ	>100

การจำแนกโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่สาเหตุความดันโลหิตสูงพบได้มากกว่า 90-95% ของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากพบในประชาชนอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบน้อยประมาณ 5-10% ของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุเกิดจากฮอริโมนบางอย่างหรือการได้รับยาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาบีบตัว (Coarctation of Aorta) โรคไต โรคต่อมไร้ท่อความผิดปกติของฮอริโมน เป็นต้น (อรรวรรณ ประภาศิลป์, 2554)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ประชาชนที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92-94 เป็นประชาชนป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแต่ในทางการแพทย์มีการตรวจวิเคราะห์โรคอย่างพิเศษพบว่า ร้อยละ 35 สามารถแยกโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุได้ ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตหลายปัจจัย ดังนี้ (ศราวุธ อยู่เกษม, 2550)

1. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ค่าความดันโลหิตสูงมักพบในบุคคลที่มีพี่น้องสายตรงในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. การรับประทานเกลือและโซเดียม ข้อมูลที่แสดงว่าเกลือและโซเดียมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิต คือ ปริมาณของเกลือและโซเดียมที่ประชาชนรับประทานเกลือและโซเดียมต้องมีปริมาณน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน ถ้าประชาชนรับประทานเกลือและโซเดียมมากขึ้น

ก็จะพบข้อมูลประชาชนมีภาวะค่าความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ในประชาชนที่มีค่าความดันโลหิตสูงถ้าสามารถลดปริมาณเกลือและโซเดียมลงเหลือเพียง 2-3 กรัมต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

3. ความอ้วน ค่าความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในกลุ่มคนอ้วน ซึ่งจะมีอินซูลินสูงในเลือด โดยเฉพาะในคนที่ส่วนบนของร่างกายอ้วน หรือที่เรียกว่าหุ่นทรงอ้วนแบบลูกแอปเปิล (Apple Shape) พบว่าเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด

4. ภาวะเครียด เนื่องจากภาวะเครียดส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดส่งผลต่อการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด การเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกด้วย

5. การดื่มสุรา มีข้อมูลการศึกษา พบว่า การดื่มสุราปริมาณที่มากและอย่างหนักจะเพิ่มภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะบุคคลที่ดื่มสุราปริมาณ 2 ออนซ์/วัน ส่งผลทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท

6. การสูบบุหรี่ ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และภาวะความดันโลหิตสูงยังไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่บุคคลที่สูบบุหรี่ในระยะแรกจะมีอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น

7. การไม่ออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คือ จะมีการหลั่งของสารเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ทำให้บุคคลที่ออกกำลังกายมีความสุขและเพิ่ม (HDL) High Density Lipoprotein จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและสามารถช่วยลดความเครียดได้ (ศราวุธ อยู่เกษม, 2550)

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการอะไรแสดงให้เห็น ส่วนน้อย อาจมีอาการปวดมึนท้ายทอยถึงต้นคอ วิงเวียน มักจะเป็นเวลาที่ตื่นนอนใหม่ ๆ ตอนสายจะทุเลาลงไปเอง บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไมเกรนก็ได้ ส่วนในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือความดันสูงมาก ๆ หรืออยู่ในขั้นรุนแรงอาจมีอาการ ดังนี้

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อย โดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอยและมักจะเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้และตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมากในภาวะวิกฤตและเกิดขึ้นทันทีทันใด

2. อาการปวดศีรษะข้างเดียว บุคคลที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมักพบภาวะความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าคนปกติ

3. เลือดกำเดาออก อาการที่พบไม่บ่อยนักในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีเลือดกำเดาออก ถ้าไม่พบสาเหตุจากโรคในโพรงจมูกก็มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหาย

ไปเองเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตให้กลับมาเป็นปกติ ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาอาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น บวม เจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น (ศราวุธ อยู่เกษม, 2550)

พยาธิสภาพ

แม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของภาวะความดันโลหิตสูง อาจจะมีเพียงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกันที่เป็นสาเหตุทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น กลไกทางด้านสรีรวิทยาที่ทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นมี ดังนี้

1. เก็บน้ำและโซเดียมไว้มากขึ้นทำให้มีปริมาณของน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น
2. หลอดเลือดหดตัวทำให้แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น
3. การเพิ่ม Cardiac Output เนื่องจากมีปริมาณของน้ำเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียน

นอกจากนี้ สาเหตุของความผิดปกติที่อาจเกี่ยวข้องทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยพันธุกรรม ปัจจัยทางครอบครัว สิ่งแวดล้อม จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น (ศราวุธ อยู่เกษม, 2550)

กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อจากแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเป็นแนวทางในการประเมินเบื้องต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - 1.1 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง พ่อ แม่ พี่น้องสายตรงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกำลังรับการรักษาอยู่หรือไม่ก็ได้
 - 1.2 ปัจจุบันสูบบุหรี่ หมายถึง วันที่สัมภาษณ์ยังคงสูบบุหรี่อยู่หรือหยุดสูบบุหรี่มาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
 - 1.3 ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุข จากกิจกรรมรณรงค์การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข (ได้แก่ ควรนั่งพักก่อนวัดอย่างน้อย 10-15 นาที วัดในท่านั่งอย่างถูกต้องโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน วัดความดันโลหิตซ้ำสองครั้งและวัดห่างกันอย่างน้อย 15 นาที)
 - 1.4 ขนาดรอบเอว หมายถึง การวัดรอบเอวบริเวณกึ่งกลางสะดือ ชายมีรอบเอวเกิน ≥ 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร) และหญิงมีรอบเอวเกิน ≥ 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร)
 - 1.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงชอบรับประทานอาหารรสเค็มเสมอ ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง ปลาจืด อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง และขนมกรุบกรอบ

ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง ได้แก่ น้ำมันพืชที่ใช้กะทิ ประกอบอาหารไขมันจากสัตว์ ลูกชิ้นทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ โดยวัดจากแบบเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 1 สัปดาห์ (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2562)

การจัดระดับความดันโลหิตสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานคณะกรรมการตรวจประเมินและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงแห่งสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (JNC VII, 2003) ในการจัดระดับความดันโลหิตกำหนดให้มี Systolic Pressure ระดับ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic Blood Pressure ระดับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สงสัยป่วย คือ 140-149/90-99 มิลลิเมตรปรอท ประกอบกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง ปลาแร่ อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง และขนมกรุบกรอบ รับประทานอาหารไขมันสูงประจำ ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ กะทิ น้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร ลูกชิ้นทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ โดยคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมจากแบบเฝ้าระวังพฤติกรรมในรอบ 1 สัปดาห์ (Joint National Committee, 1998)

แนวทางการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องได้และใช้ชีวิตได้ปกติสุขจะต้องควบคุมและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาวะของพฤติกรรมที่เสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้ โดยแนวทางการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ได้แก่ การลดการรับประทาน อาหารรสเค็ม การควบคุมการบริโภคอาหาร การควบคุมการบริโภคอาหารประเภทไขมัน การจำกัด ปริมาณโซเดียม การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการรับ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำตามนัดหมายของแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพมากที่สุด และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่จะตามมา

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่ได้ป่วย ถ้าไม่มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยง อาจเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญได้ เช่น หัวใจ สมอ ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิด ภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งหลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม หลอดเลือดจะตีตันทำให้ เลือดไปเลี้ยงร่างกายอวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่พบในอวัยวะต่าง ๆ สรุปได้ ดังนี้

1. หัวใจ ความดันโลหิตสูงส่งผลให้ความตึงของกล้ามเนื้อผนังหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้เพิ่มความดันที่หัวใจล่างซ้าย ซึ่งทำให้หัวใจล่างซ้ายขยายโตขึ้นหัวใจจึงมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นประกอบกับการเพิ่มแรงต้านทานเลือดมากขึ้น จึงส่งผลทำให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอเกิดอาการเจ็บหน้าอกและหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

2. หลอดเลือดใหญ่ ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดแดง เช่น Aortic Dissection, Aortic Aneurysm, Embolism, Peripheral Arterial Occlusive Disease

3. Stroke (Cerebrovascular Disease) ผนังหลอดเลือดเกิดการขรุขระแคบทำให้เลือดไหลไม่สะดวกทำให้เกิดการแข็งตัวภายในท่อหลอดเลือดเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณสองในสามของโรคหลอดเลือดสมอง

4. ไต ความดันโลหิตสูงไม่มากก็ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบทำงานของไต เช่น เพิ่มการขับ Enzyme N-acetyl-B-Glucosaminidase ซึ่งมาจาก Lysosome ใน Proximal Tubular Cell อาจพบ Albuminuria และ Nocturia หากควบคุมได้ดีอาการต่าง ๆ จะดีขึ้น หากควบคุมไม่ดีก็ปริมาณไข่ขาวจะออกมามากกว่าปกติแต่ไม่เกินวันละ 2 กรัม

5. สมอง เมื่อภาวะความดันโลหิตสูงมาก ๆ ส่งผลสูญเสียระบบ Auto Regulation ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองมากเกินไปเกิดสมองบวม เรียกว่า Hypertensive Encephalopathy ทำให้เกิดอาการกับสมองส่วนกลาง เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะมาก สับสน ซึม ชัก และอาจถึงหมดสติเกิดอัมพาตขึ้นชั่วคราว

6. จอภาพนัยน์ตา การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่บดงอ และหนาขึ้นในรายที่เป็นแบบรุนแรงหรือถาวร หลอดเลือดอาจแตกมีเลือดซึมส่งผลไปทำลายประสาทตาจนเสื่อมสมรรถภาพและอาจตาบอดได้ (อรรวรรณ ประภาศิลป์, 2554)

ผลกระทบของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงสามารถกลับมาเป็นปกติได้ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม (กุลลาบ กางทอง, 2552)

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผลมาจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ทำให้หลอดเลือดแดงในร่างกายเกิดการแข็งตัวและถูกทำลายส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายถูกทำลายได้แก่

1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการแข็งตัวและตีบแคบที่ผนังหลอดเลือดโป่งพองเล็ก ๆ ทำให้หลอดเลือดเสียการยืดหยุ่นทำให้เลือดอุดตันได้ง่าย หรือสมองแตกส่วนเนื้อสมองถูกทำลายทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมหรือเป็นอัมพาต และอาจ

อันตรายถึงแก่ชีวิตในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต พบว่า มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มความดันโลหิตปกติในวัยเดียวกัน (World Health Organization International Society of Hypertension, 1999)

1.2 หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจขยายตัวขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง และทำให้เกิดหัวใจวายได้ จากการที่ห้องล่างซ้ายของหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นออกแรงบีบตัวเพื่อดันแรงดันหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวทำให้หัวใจขยายตัวมากขึ้น จึงส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ถ้าเกิดภาวะแบบนี้ต่อไปจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายได้อีก ทำให้ระบบการทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหัวใจวายในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 เท่าของคนกลุ่มปกติที่มีระดับความดันโลหิตปกติ (กุหลาบ กางทอง, 2552)

1.3 หลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดมีการทำลายของผนังหลอดเลือดและเกิดการแข็งตัวส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดเกิดการอุดตัน หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ และไต และโรคที่พบมาก ได้แก่ ไตวาย โรคสมองขาดเลือด และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (กุหลาบ กางทอง, 2552)

1.4 ไต ภาวะความดันโลหิตที่สูงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงอัตราการกรองของไตลดลง และเกิดการทำลายของหน่วยไตทำให้ความสามารถของไตทำหน้าที่กำจัดของเสียบกพร่อง เกิดการคั่งของเสียส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าการคั่งของเสียอยู่ในระดับที่สูงมากจะทำให้เกิดกรดในเลือด หมดสติ และเสียชีวิตได้ (กุหลาบ กางทอง, 2552)

1.5 จอภาพนัยน์ตา ภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลให้หลอดเลือดในนัยน์ตาหนาตัวขึ้นมีการตีบแคบทำให้มีแรงดันที่หลอดเลือดตาสูงขึ้น ถ้าเป็นระดับรุนแรงจะส่งผลให้หลอดเลือดแตก และมีเลือดซึมออกทำให้ประสาทตาเสื่อมเกิดภาวะตาพร่ามัวและตาบอดได้ (กุหลาบ กางทอง, 2552)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อบุคคลที่รับรู้ว่าเป็นตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง เนื่องด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ต้องมีการควบคุมระดับความดันโลหิตตลอดชีวิต และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ดังนั้น โดยสรุปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นิยามโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไป หมายถึงภาวะระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงในระยะแรกไม่แสดงอาการใด ๆ แต่จะแสดงอาการ เช่น เหนื่อยง่าย อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก อ่อนแรงหรือแขนขาชา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และหากบุคคลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตไม่ได้

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ตา และไต ทั้งนี้ข้อมูลจากทางการแพทย์ระบุว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต หากไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับความดันโลหิต อาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอาการหัวใจวาย 60-75% หรือเสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองแตก ร้าว หรืออุดตัน 20-30% และเสียชีวิตจากภาวะไตวายเรื้อรัง 5-10% โดยระดับความดันซิสโตลิก (SBP) ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 20 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก (DBP) ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 2 เท่า (World Health Organization & International Society of Hypertension, 1999) การควบคุมและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงจะต้องทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ด้านบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (Derman EW et al., 2009)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อกล่าวถึง คำว่า “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” หลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก WHO อ้างถึงใน คมสัน ฐิตเมธโส เดช ชูจันอัด และ

ปิยวรรณ หอมจันทร์ (2557) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติที่มีความเคยชินจนกลายเป็นลักษณะนิสัยของด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งครอบคลุมถึงประเภทของอาหาร ชนิดของอาหารในการรับประทาน วิธีของการรับประทาน ความถี่ของการรับประทานอาหาร และอุปกรณ์ที่ใช้และรวมทั้งสุขนิสัยของการรับประทานอาหารด้วย ซึ่งขณะที่สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลต่อกันของพฤติกรรมความรู้ ความเข้าใจ และเหตุการณ์ภายใต้ของสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์กระทำขึ้นในเรื่องการแลกเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ทั้งนี้ การบริโภคอาหารไม่ใช่พฤติกรรมธรรมชาติของบุคคลที่จะทำได้ตามความพึงพอใจของมนุษย์ การบริโภคมักเกิดขึ้น โดยมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องอยู่เสมอเพราะมนุษย์มีการเรียนรู้ของด้านพฤติกรรมการบริโภค โดยผ่านกระบวนการกล่อมเกลாத่างด้านสังคม ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์เป็นเรื่องที่นำไปสู่ภาวะของโภชนาการส่วนบุคคล การฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ดีนั้นเป็นเรื่องที่เราควรเห็นความสำคัญอย่างยิ่งเพราะคนเราต้องมีชีวิตที่เป็นปกติสุขอยู่ได้นั้นอย่างแรกต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

กุลนิตา สายนุ้ย (2553) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติของการรับประทานอาหาร ซึ่งขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตของความเชื่อที่เข้ามาเกี่ยวข้องตามบทบาทด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการกระทำเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งแต่ละสังคมที่มีรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจจะต่างกันโดยมีรูปแบบการบริโภคแตกต่างกัน ซึ่งวิธีของการรับประทานอาหารจะรับประทานอย่างไร มีคุณประโยชน์หรือจะเป็นโทษต่อร่างกายหรือไม่ และพฤติกรรมการบริโภคสามารถจำแนกไปตามประเภทหรือลักษณะบุคคลเด็ก ผู้ใหญ่ คนชรา

นรินทร์ สังข์รักษา, คงเดช ลีโทชวลิต และชำนานู สุญสินภัย (2552) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และวิธีของการรับประทานอาหารสามารถสังเกตได้ โดยมีลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบแต่การปฏิบัติเสมอ ๆ จนกลายเป็นความเคยชินของผู้บริโภคที่นำมาพิจารณาในการเลือกปรุงรสรับประทานของตนเองและครอบครัว

ทิพย์วรรณ สังข์ทอง และคณะ (2554) ได้กล่าวสรุปไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถที่มีการแสดงออกส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของด้านการเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารของบุคคลที่กระทำเป็นประจำในการแสดงออกนั้น ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกด้านการกระทำหรือด้านการแสดงออกของความคิด ความรู้สึกรูปแบบต่าง ๆ ของการบริโภค ซึ่งการแสดงออกทั้งของทางด้านการกระทำและความคิดนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยของส่วนบุคคลปัจจัยของทางสังคมและวัฒนธรรม ถ้าบุคคลที่ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้ว มักส่งผลให้บุคคลนั้นมีโภชนาการที่ดีในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหาของด้านโภชนาการ ดังนั้น การที่มีภาวะโภชนาการที่ดีนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีและถูกต้องตามหลักของโภชนาการ

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมผู้บริโภคอาหาร หมายถึง เป็นการแสดงออกของการกระทำหรือความคิด ความรู้สึกที่แสดงออกจากการประพฤติและการปฏิบัติ โดยเกิดขึ้นมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม คือ เกิดจากความเคยชินจนเป็นนิสัย หรือสุขนิสัยที่รวมถึงความชอบของการรับประทานอาหาร มนุษย์จะมีการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคจากการผ่านกระบวนการกล่อมเกลางของทางสังคมรวมถึงขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตความเชื่อที่เข้ามาเกี่ยวข้องตามบทบาททางด้านสังคม และด้านวัฒนธรรมในการตัดสินใจของการปฏิบัติ ถ้าบุคคลปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมักส่งผลให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ ดังนั้น การที่มีภาวะโภชนาการดีได้นั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี และถูกต้องตามหลักของโภชนาการ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ คมสัน ฐิตเมธโส, เดช ชูจันทร์ และปิยวรรณ หอมจันทร์ (2557) การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพนั้น ซึ่งเป็นการบริโภคอาหารเพื่อให้เกิดพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต มีระบบภูมิคุ้มกันต้านโรค ช่วยซ่อมแซมระบบของการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ ซึ่งทำให้มีสุขภาพที่ดีและอายุที่ยืนยาว การรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันต้องมีการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เพราะอาหารแต่ละประเภทประกอบด้วยสารอาหารที่หลายชนิดในปริมาณไม่เท่ากัน ซึ่งสารอาหารแต่ละชนิดจะให้ประโยชน์ต่อร่างกายแตกต่างกัน ดังนั้น การรับประทานอาหารเพื่อให้สุขภาพดี จึงควรรับประทานอาหารที่หลากหลาย ๆ ชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และอายุเพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ และโภชนาการที่พัฒนาอย่างเหมาะสม ซึ่งมีการแบ่งลักษณะอาหารหลักของคนไทยตามสารอาหารออกเป็น 5 หมู่

การบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแนวทางในแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารให้กับคนไทยมีสุขภาพดี โดยแบ่งออกเป็น 9 ข้อ ดังนี้ (เกสร ขอรัดน์ และคณะ, 2547)

1. ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายชนิด และหมั่นดูแลเรื่องน้ำหนักตัว เพื่อให้ได้สารอาหารตามที่ร่างกายต้องการ และมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่ผอมเกินไปและไม่อ้วนเกินไป
2. ทานข้าวเป็นหลักและสลัดอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เลือกทานข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องแทนข้าวขาวจะได้คุณค่าและใยอาหารมากกว่า
3. ทานผักในปริมาณที่มากและกินผลไม้เป็นประจำ ทานผัก และผลไม้ทุกมื้อช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและการต้านมะเร็งได้
4. ทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ปลา ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลาเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดีและย่อยง่าย ไข่เป็นอาหารที่มีราคาถูก ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีนจากพืชที่ทานแทนเนื้อสัตว์ได้
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมช่วยให้กระดูกและฟันมีความแข็งแรง เด็กควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ควรดื่มนมประเภทพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว
6. ควรทานอาหารที่มีไขมันปริมาณที่น้อย หลีกเลี่ยงทานอาหารประเภทผัด ทอด และแกงที่มีกะทิ ควรเลือกทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง (ที่ไม่ไหม้เกรียม) แกงที่ไม่ใส่กะทิ
7. หลีกเลี่ยงการทานอาหารรสเค็มจัด เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
8. ทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะปราศจากการปนเปื้อน อาหารที่สูง ๆ ดิบ ๆ และปนเปื้อนสารเคมีและปนเปื้อน เช่น สารกันรา สารบอแรกซ์ ฟอรัมาลีน สารฟอกขาว และยาฆ่าแมลงซึ่งทำให้เกิดโรคได้
9. ลดหรืองดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงการเกิดโรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งหลอดอาหาร และโรคภัยอีกมาก

โภชนาบัญญัติ 9 ประการหรือข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (เกสร ขอรัตน์ และคณะ, 2547) ได้แก่

1. ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและดูแลน้ำหนักตัว คือ การทานอาหารหลาย ๆ ชนิดเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่แตกต่าง ๆ กันในปริมาณที่เหมาะสมต่อความต้องการ ถ้าทานอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือทานอาหารเพียงบางชนิดทุกวัน ส่งผลให้ได้รับสารอาหารบางชนิดที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญว่ามีการทานอาหารที่เพียงพอหรือถูกต้องหรือไม่ เพราะแต่ละคนจะมีน้ำหนักตัวที่ต้องเหมาะสมกับวัย และเหมาะสมกับความสูงของตัวเอง ดังนั้น การดูแลเรื่องน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรควบคู่กับการออกกำลังกายอยู่เสมอ เพราะถ้ามีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติจะทำให้ร่างกายอ่อนแอมีการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่งผลประสิทธิภาพของการเรียน การทำงานลดลงกว่าปกติ หากมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติหรืออ้วนมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด
2. ทานข้าวเป็นหลัก และสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักคนไทยเป็นแหล่งอาหารสำคัญที่มีพลังงาน และสารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ข้าวซ้อมมือ และข้าวกล้องมีประโยชน์เพราะเป็นแหล่งแร่ธาตุ โยอาหาร และวิตามินที่สูงกว่าข้าวขัดขาว ผลิตภัณฑ์จากข้าวและธัญพืชอื่น ๆ ได้แก่ ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ เส้นหมี่ วั่นเส้น หากร่างกายได้รับอาหารประเภทข้าวหรือแป้งปริมาณมากเกินไปความต้องการของร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วนได้
3. ทานพืชผักปริมาณมากและทานผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้เป็นแหล่งอาหารสำคัญของ แร่ธาตุและวิตามินรวมทั้งสารอาหารชนิดอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย เช่น โยอาหาร ช่วยในเรื่องการขับถ่ายนำคอเลสเตอรอล และสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกายได้ การทานพืชผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดเป็นประจำทำให้ไม่อ้วนเพราะให้พลังงานต่ำ ประเทศไทยมีแหล่งพืชผักและผลไม้ตลอดปีจึงควรส่งเสริมให้ทานเป็นประจำทุก ๆ วัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นให้ทานให้หลากหลายชนิดสลับกันไป สำหรับผู้ที่อ้วนควรจำกัดผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ละครุด ทูเรียน ลำไย มะขามหวาน องุ่น ขนุนเพราะมีปริมาณน้ำตาลสูง
4. ทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งของโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องได้รับปริมาณที่เพียงพอเพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสลายให้คงอยู่ในสภาพปกติ

ปลา เป็นโปรตีนที่ดี มีไขมันต่ำ ย่อยง่าย เหมาะสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทานปลาเล็ก ปลาเนื้อจะได้แคลเซียม ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง ปลาทะเลทุกชนิดเป็นแหล่งของสาร ไอโอดีนช่วยป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน การทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นทำให้ร่างกายได้โปรตีนอย่างเพียงพอ และ ทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและเลือดได้

ไข่ เป็นอาหารโปรตีนสูง วิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็น หาซื้อได้ง่ายปรุงและกินง่าย ราคาถูก ดังนั้น เด็กควรทานไข่วันละ 1 ฟอง ผู้ใหญ่สามารถทานไข่ได้สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง หรือวันเว้นวัน

ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ เป็นแหล่งโปรตีนที่ดีราคาถูก หาง่าย ได้แก่ ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วดำ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์จากถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ เต้าเจี้ยว เต้าหู้ นมถั่วเหลือง และอาหารจาก ถั่ว เช่น ขนมใส่ถั่วต่าง ๆ ถั่วกวน ควรทานถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์ประจำจะช่วยให้ร่างกายได้รับ สารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

นม เป็นแหล่งแคลเซียมและฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูก และฟันแข็งแรง มีโปรตีนกรดไขมัน ที่จำเป็นต่อร่างกาย วิตามินต่าง ๆ เช่น วิตามินเอช่วยในการมองเห็นที่มีแสงสลัว และช่วยเพิ่มความต้านทานโรคได้ วิตามินบี 2 ช่วยป้องกันโรคปากนกกระจอก เด็กควรดื่มนมรสจืดประจำวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินควรดื่มนมพร่องมันเนยและควบคู่กับการออกกำลังกายจะทำให้กระดูกแข็งแรง และชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก

6. ทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย อาหารแทบทุกชนิดที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันจากพืชและสัตว์เป็นแหล่งพลังงานสูงให้กรดไขมัน ที่จำเป็นต่อร่างกาย ซึ่งช่วยในการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมันคือ วิตามินเอ ดี อี และเค แต่ ปัจจุบันคนไทยทานอาหารไขมันปริมาณมากเกินไปส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มเกิดโรคอ้วน และโรคอื่น ๆ ตามมา

ไขมันในอาหารมีทั้งกรดไขมันอิ่มตัว และกรดไขมันไม่อิ่มตัว ไขมันอิ่มตัวพบในหนังสัตว์ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ น้ำมันจากสัตว์ อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ปลาหมึก ไข่แดง หอยนางรม การได้รับกรดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลปริมาณมากเกินไป จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรจำกัดปริมาณการทานไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล และไม่ควรรทานอาหารเหล่านี้ในมือเดียวกัน สำหรับไขมันจากพืชมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า (ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว กะทิ และน้ำมันปาล์ม)

7. หลีกเลี่ยงการทานอาหารเค็มจัด ปัจจุบันคนไทยนิยมทานอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรสมาก ซึ่งถ้าทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้

ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงทานอาหารรสเค็มจัดบ่อย ๆ ที่ได้จากการเติมน้ำปลา เกลือ ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง ปลาจ๋า ปลาเค็ม ไข่เค็ม ขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

8. ทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนหลักในการเลือกทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน ได้แก่ เลือกทานอาหารที่สดสะอาด ผลิตอาหารแหล่งที่เชื่อถือได้มีเครื่องหมาย ที่รับรองคุณภาพ มีรส กลิ่น และมีสีสันตามธรรมชาติ เลือกอาหารที่ผ่านขบวนการปรุงให้สุกโดยใช้ ความร้อน โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผัก ผลไม้ ควรล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง และ ต้องมีสุขนิสัยที่ดีในการทานอาหาร ล้างมือให้สะอาดก่อนทานอาหารและหลังจากใช้ส้วม ใช้ช้อนกลาง เมื่อทานร่วมกันหลายคน หยิบจับภาชนะอุปกรณ์ให้ถูกต้อง เช่น จับช้อน ส้อม ตะเกียบ เป็นต้น

9. ลดหรืองดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำอันตราย ต่อสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็งสูงถึง 7 เท่าของผู้ที่ไม่ ดื่มทั้งมีความเสี่ยงสูงเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารลำไส้และโรคมะเร็งหลอดอาหาร ถ้าหากกับแกล้ม ที่มีไขมันสูง โปรตีนสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและโรคเรื้อรังตามมา

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self – Efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

นักจิตวิทยาทางสังคมได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมเป็นเวลานาน และขยาย ขอบเขตการศึกษากว้างมากขึ้นเนื้อหาแตกต่างกันไปบ้าง ศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาสร้างสรรค์ของคนกับ สิ่งแวดล้อม อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura Albert) ผู้ได้ศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้ ซึ่งเป็นชาวอเมริกัน เป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดและนักจิตวิทยา ได้ศึกษาวิจัย พฤติกรรมมนุษย์ตามแนวทฤษฎีสกินเนอร์ (B.F. Skinner) โดยเฉพาะระยะแรกของการศึกษาเขามี สนใจศึกษาเฉพาะตัวแบบ (Modeling) ในปี 1974 และเขาได้รับเลือกเป็นประธานสมาคมจิตวิทยา แห่งอเมริกา (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ แห่งตน ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ แนวความคิดของคำว่า “Self-Efficacy” คือ การรับรู้ ความสามารถแห่งตนมาจากพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้าน การศึกษา จิตวิทยา สังคม และด้านสุขศึกษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลด้านสุขศึกษาในการช่วยให้ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ได้รับความรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้ และการปฏิบัติให้กับตัวเอง แบนดูรา กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้มนุษย์มีกระบวนการที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรม (Bandura Albert, 1977) อ่างในกองสุขศึกษา สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) แบนดูรา ได้รายงานเรื่องความเชื่อของบุคคลในด้านความสามารถ ที่กระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยความสามารถของตนเอง ทฤษฎีของ Bandura's Self-Efficacy (Bandura Albert, 1977) ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง ดังนั้น Self-Efficacy จึงมีอิทธิพลจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะทางได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมมีความสำคัญจะเชื่อมโยง ระหว่างเรื่องที่เราจะทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually doing it)

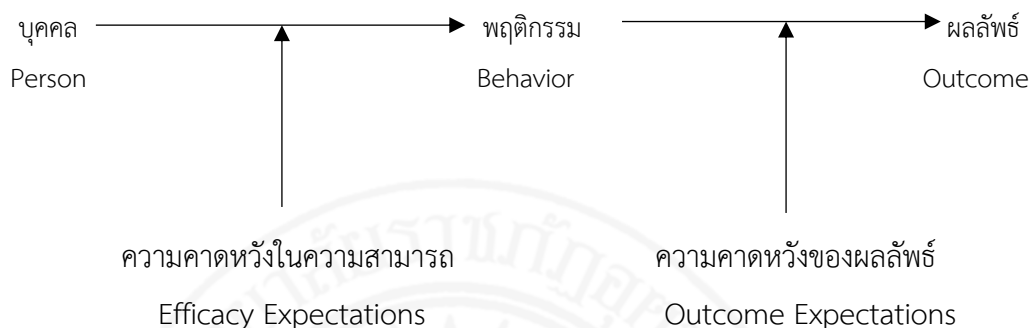
1. แนวคิด ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

แบนดูราเชื่อว่าทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับด้านความสามารถของตัวเอง จาก การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ต้องวิเคราะห์สิ่งเร้าของพฤติกรรมและเงื่อนไข โดยเน้นการเสริมแรง จากเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่เดิม แบนดูราเชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมของคนปัจจุบันต้องลดความสำคัญ การควบคุมภายในแต่ยังคงศึกษาเกี่ยวกับตัวควบคุมภายนอกจากตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิกริยา สัมพันธ์ด้านพฤติกรรมจะอธิบายได้ถึงความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

1. พฤติกรรมเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง
2. บุคคล เช่น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
3. สิ่งแวดล้อม

แนวคิดของแบนดูราจะมองสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน แบนดูราเชื่อเสมอว่า มนุษย์จะใช้เงื่อนไขตามสภาพของสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อพฤติกรรมบุคคลมักมีส่วนร่วมช่วยในการตัดสินใจ เรื่องการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนไปหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ที่มาจาก สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดด้านพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เช่น อารมณ์ ความคิด ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรม ของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด ข้างต้น แบนดูราได้ทดสอบทฤษฎีและพัฒนาใหม่ขึ้นมา เรียกว่า ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน หรือ Self-Efficacy Theory สมมุติฐานทฤษฎีนี้ คือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือสามารถคาดหวัง โดยทราบว่าจะทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามดังกล่าว โดยทฤษฎีโครงสร้างที่สำคัญ แสดงดังภาพที่ 2 ดังนี้

Bandura ได้ประมวลบทบาทของ Self-Efficacy ในโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งมีโครงสร้าง ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 โครงสร้างทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ตามโครงสร้างทฤษฎีจะแสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) แบนดูราได้ให้ความหมายว่า ความคาดหวังในความสามารถเป็นความเชื่อของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ที่คิดว่าตนสามารถเปลี่ยน พฤติกรรมต่าง ๆ ที่คาดหวังไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำเร็จ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การที่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยจะประมาณค่าของพฤติกรรมเฉพาะด้านที่จะปฏิบัติโดยนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้

โดยสรุปทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีทักษะพร้อมที่จะปฏิบัติตัวตามความเหมาะสม และมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งที่สำคัญจะทำนาย หรือตัดสินใจว่ากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่องตลอดไป

การพัฒนาความคาดหวังในความสามารถ

ในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แบนดูรา พบว่า คาดหวังในความสามารถ ของตนเองแต่ละบุคคลนั้น ซึ่งสามารถจะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 4 วิธี คือ

1. การปฏิบัติงานให้สำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishment) ซึ่งอยู่กับการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลจากประสบการณ์แต่ละบุคคล บุคคลที่รับผิดชอบงานที่ลำบากมักปฏิบัติด้วยความยากหรือได้รับความผิดหวังในการทำงานในอดีตบ่อย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดความกลัวจากการทำงานส่งผลให้มีความสามารถน้อยลง ความสำเร็จจากการทำงานอย่างเดียวไม่เพียงพอ เพราะกว่าจะทำงานสำเร็จได้ต้องฝืนทำให้สำเร็จด้วยความยากลำบาก ความสำเร็จอย่างเดียวมักไม่เพียงพอที่ทำให้

เกิดความสามารถด้วยตัวเอง นอกจากนั้นแต่ละคนมักจะมีความสำเร็จจากความสามารถของเขา ถือว่าเป็นพื้นฐานหลักของความสามารถของตัวเอง การทำงานให้ประสบความสำเร็จนั้นใช้ประสบการณ์ตัวเอง ถือว่าเป็นความสำคัญหลักของ Efficacy Expectations การทำงานที่ประสบความสำเร็จจะช่วยพัฒนาความสามารถทักษะของแต่ละบุคคลมีความสนุกพึงพอใจการเพิ่มความสามารถให้กับตัวเองเสมอ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ บุคคลมีความสามารถทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ในสถานการณ์หนึ่งและไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ เช่น บุคคลที่สามารถว่ายน้ำระยะทาง 1 ไมล์ในสระว่ายน้ำได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าสามารถว่ายน้ำ 1 ไมล์ ในขณะพายุแรงในทะเลได้ คนที่สามารถวิ่งมาราธอนในเมืองที่มีอากาศหนาวระยะ 42 ไมล์ได้ แต่เมื่อมาวิ่งในอากาศร้อนในเมืองไทย อาจทำไม่ได้

2. การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (Vicarious Experience) การเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างที่มีรูปแบบมองเห็นสามารถสังเกตการณ์ หรือบุคคลที่ได้แสดงรูปแบบพฤติกรรม หรือมีการกระตุ้นใช้หลักเกณฑ์ที่แน่นอน กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นรูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดที่มาจากการเป็นตัวแบบซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญของการสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้นในตัวเด็กตามที่ต้องการ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) การแสดงพฤติกรรมมีส่วนช่วยการกระตุ้นให้เห็น และเรียนรู้ตัวอย่างที่ดีหรือตัวอย่างที่ไม่ดีก็ได้ การสร้างรูปแบบและมีตัวแบบที่ดีเพื่อให้คนเอาอย่างเป็นการส่งเสริมเกิดความสามารถทางที่สร้างสรรค์ รูปแบบที่สำคัญต้องมีการทบทวน คือ การใช้ความพยายามเอาชนะความลำบาก และมีรูปแบบพฤติกรรมให้สังเกตเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดอยู่เสมอ นอกจากนั้นรูปแบบตัวอย่างพฤติกรรมที่ดีควรได้รับการชมเชยเพราะจะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งดีกว่ารูปแบบที่ไม่มีการตอบสนอง ดังนั้น การให้สุขศึกษาในโรงพยาบาลต้องมีการสาธิตรูปแบบที่ดีหรือตัวอย่างเพราะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเป็นสิ่งเร้าช่วยให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี

3. การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal Persuasion) วิธีนี้นักสุขศึกษาจะถนัดและใช้กันเป็นประจำเพราะสามารถใช้ได้ง่ายได้ทุกโอกาสและใช้ได้ตลอดเวลา การชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจ และเป็น การพูดกระตุ้นให้บุคคลนั้นได้ใช้ความพยายามขึ้น การใช้ความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพการกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น คณะกรรมการในชุมชนสามารถชักจูงใจให้ชาวบ้านในชุมชนร่วมมือกันในการทำความสะอาด

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตัวเองได้ ควรเน้นสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีประโยชน์แก่สุขภาพเพื่อให้เกิดการรุกเร้าด้านอารมณ์ เมื่อมีความวิตกกังวลขึ้นในบางครั้งส่งผลให้เกิดความสามารถ หรือการปลุกเร้า

ด้านอารมณ์จะก่อให้เกิดการพัฒนาขึ้นทำให้บุคคลได้รับรู้ต่อสิ่งที่จะปฏิบัติ ระดับการกระตุ้น และ ความสม่ำเสมอเป็นตัวชี้ที่สำคัญลดหรือเพิ่มความสามารถของบุคคลนั้นได้

แบนดูรา กล่าวว่า ถ้าบุคคลนั้นถูกกระตุ้นหรือเร้ามากเกินไปอาจจะกลายเป็นการทำลาย งานของบุคคลนั้นก็ได้ บุคคลที่ประสบความล้มเหลวมาจากความกดดันมากเกินไป แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นในแง่มุมต่าง ๆ รวมทั้งการ รับพฤติกรรมใหม่ ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคลที่จะพยายามทำและแก้ไขอุปสรรค

ตามแนวคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้นจะมีการ เปลี่ยนแปลงได้แต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน องค์ประกอบทั้ง 3 อย่าง คือ

1. Magnitude หมายถึง ขนาดความยากง่ายหรือระดับของงานที่ต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองลดลง หรือมีขีดความสามารถจำกัดการทำงานได้เฉพาะเรื่อง ง่าย ๆ ถ้ามอบหมายทำกิจกรรมที่เกินความสามารถก็จะล้มเหลว ดังนั้น การมอบหมายงานจะต้อง พิจารณาไม่ให้เกินความสามารถ

2. Strength หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจความเป็นไปได้ด้าน ความสามารถของบุคคลนั้นที่จะปฏิบัติงานใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน คือ ประการที่หนึ่งการ มอบหมายกิจกรรมที่จะให้ปฏิบัติซึ่งสะท้อนระดับความยากง่ายแต่ละกิจกรรม ประการที่สอง การได้ซักถามถึงแนวทางและรูปแบบกิจกรรมเหล่านั้น และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อให้ ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนด การประเมินค่าของ Strength จะมีค่าระดับความเชื่อมั่น ในการประเมินค่าอยู่ในช่วง 1-10 หรือ 10-100

3. Generality ประสบการณ์บางอย่างจะช่วยให้เกิดความสามารถที่สามารถนำไป ปฏิบัติงานอื่น ๆ ได้ในสภาพงานที่คล้าย ๆ กัน เช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจกับการทดสอบ ความคงทนต่อสมรรถภาพทางร่างกายในการออกกำลังกายการดูแลภายใต้ของแพทย์ และความเชื่อ ของผู้ป่วยว่าสามารถทำได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่มีผลจากการศึกษาทางสังคม จิตวิทยา โดยพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลนั้นมักจะขึ้นกับอิทธิพลส่วนบุคคล ซึ่งมีอำนาจ และมีความสำคัญเหนือกว่าตัวเราเสมอ” เป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างบุคคลที่ แสดงความสนใจจะช่วยเหลือกันและกันรวมถึงการช่วยเหลือด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของด้านอารมณ์หรือ

ข่าวสารทำให้เกิดความผูกพัน เชื่อว่ามีคนยกย่องมองเห็นคุณค่า และความรักเอาใจใส่ว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ด้านจิตใจและร่างกาย (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้
เคเบิล โรบินสัน และเฟรนช Caplan RD et al (1976) ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ คือ สิ่งที่คุณคนนั้นได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคลหรือบุคคล ซึ่งจะเป็นด้านเงิน ข่าวสาร ทางด้านอารมณ์หรือกำลังงาน การให้กำลังใจ ให้ความหวังโย ซึ่งสามารถเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับตั้งไว้ได้

เฮาส์ House (1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ ความรักใคร่ห่วงใย สิ่งของแรงงาน ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสารรวมถึงการให้ข้อมูลตอบกลับข้อมูลเพื่อประเมินตนเองและการเรียนรู้ด้วย

จุฬารัตน์ โสตะ (2554) ได้ให้ความหมายว่า กลุ่มที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการกระทำ ความรู้สึกของฝ่ายให้ความช่วยเหลือโดยรูปของการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ การรับฟัง ปัญหาด้วยความเข้าใจ ตักเตือน เห็นใจ แลกเปลี่ยน ความรู้สึก ความคิด ความกลัว ลดความเครียด กลุ่มคอยช่วยเหลือทางสังคมจะให้ความอำนวยความสะดวก การสนับสนุนด้วยให้รางวัล ชี้แนะ แนวทางการปฏิบัติ ช่วยด้านการเงิน แก้ปัญหา มีความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหา จุดมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายมีพลัง และดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คอบบ์ Cobb (1976) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมโดย กล่าวว่า การที่คุณคนได้รับ ความเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก เห็นคุณค่า ความเอาใจใส่ยกย่องรวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น Kahn (1979) กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างบุคคลหนึ่งถึงอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีต่อกัน มีการช่วยเหลือด้านวัตถุกันและกัน มีการยอมรับนับถือยอมรับในพฤติกรรมกันและกัน สามารถเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือได้ทั้งหมด

นอร์เบค Norbeck (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้บุคคลนั้น ความเครียดน้อยลง จากการสื่อสารได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์สามารถเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ความรุนแรงต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดจากความเครียดน้อยลงสามารถควบคุมป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ของสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นมากต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส Thoits (1982) ให้ความหมายว่า การที่คุณคนในเครือข่ายทางสังคมเมื่อได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล อารมณ์ สิ่งของ และสังคม ซึ่งเกิดจากการได้ติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการ

ช่วยเหลือเหล่านี้สามารถทำให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญกับความเครียด และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างรวดเร็วขึ้น

สรุปแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ให้การสนับสนุนซึ่งจะเป็นบุคคล หรือกลุ่มที่ให้ความร่วมมือทางด้านวัสดุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้ความช่วยเหลือโดยรูปของการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ ตักเตือน เห็นใจ แลกเปลี่ยน ความรู้สึก ความคิด คอยช่วยเหลือทางสังคมจะให้ความอำนวยการช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางปฏิบัติกับผู้รับแรงสนับสนุน และส่งผลให้ผู้รับสามารถปฏิบัติไปตามทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนกำหนดไว้ได้ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในแต่ละสังคม มีหลายหลายประเภท ถ้าจัดตามประเภทแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกได้หลายประเภทตัวอย่างเช่น

เฮาส์ House (1981) อ้างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้แบ่งพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. เป็นการสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ ความรู้ การให้ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญหน้าอยู่ได้
2. เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) ได้แก่ ความห่วงใย รักใคร่ เชื่อถือ ความเอาใจใส่ การรับฟัง และการได้รับความรู้สึกที่มีคุณค่า
3. เป็นการสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเองหรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)
4. การสนับสนุนด้านการเงิน แรงงาน และสิ่งของ (Instrumental Support) การช่วยเหลือรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน การให้เวลา การให้แรงงาน การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือการให้บริการและด้านสิ่งของด้วย

ไวส์ Weiss (1974) อ้างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ประเภท คือ

1. รักใคร่สนิทสนมและความผูกพันเป็นความสัมพันธ์เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าว่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงด้านจิตใจ โดยมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ญาติพี่น้อง ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนเหล่านี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้มีการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันกันทั้งในด้านกำลังบุคคลตามโอกาส และความคิดกำลังทรัพย์ทำให้เกิดความห่วงใยกันและกัน ถ้าบุคคลนั้นขาดแรงสนับสนุนเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคมขาดเพื่อน รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษา ส่งผลให้บุคคลขาดกำลังใจ รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่และสิ้นหวัง

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือเลี้ยงดูทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกยังเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นสามารถพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนเหล่านี้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกอึดอัดใจและรู้สึกชีวิตไร้คุณค่า

4. การส่งเสริมให้รู้สึกคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับการยกย่อง ยอมรับ และชื่นชมจากครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นมีความสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้ อาจเป็นบทบาทภายในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนเหล่านี้ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตัวเองหรือความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดีแรงสนับสนุนนี้แสดงถึงความช่วยเหลือห่วงใยกันและกันได้อย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคคลนั้นขาดแรงสนับสนุนประเภทนี้จะทำให้บุคคลนั้นถูกทอดทิ้งและขาดความมั่นคงได้

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การที่ได้รับความจริงใจและการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ได้รับการชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนเชื่อมั่นและศรัทธา เมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือความเครียดสามารถช่วยผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ ถ้าขาดแรงสนับสนุนประเภทนี้ส่งผลให้บุคคลนั้นรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังหมดคุณค่าในตัวเอง

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ควรมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่สามารถทำให้ผู้รับเชื่อมั่นว่ามีความเอาใจใส่และมีความหวังดี ความรักในสังคมที่จริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกได้ว่าตนเองมีคุณค่าและยังเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารลักษณะช่วยให้ผู้รับมีความเชื่อมั่นว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม
3. ปัจจัยนำเข้าจากแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอยู่ในรูปแบบของข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ วัสดุ หรือด้านจิตใจที่ต้องช่วยให้ผู้รับสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่เขาต้องการ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kaplan T.C. Cassel and S. Gore (1977) อ้างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมควรพิจารณาถึงความสัมพันธ์จากแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น และบุคคลที่มีความสำคัญเป็นบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของแต่ละบุคคล Norbeck (1982) อ้างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) และจากการศึกษาของแคปแลนและคณะ พบว่า คนที่ไม่มีการติดต่อกับบุคคลในสังคมส่งผลให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social Breakdown Syndrome) คือ เป็นอาการรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ตัดสินใจไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้และทางตรงกันข้ามคนเราเมื่ออยู่ในสังคม หรือเมื่อประสบกับปัญหาต้องได้รับความช่วยเหลือและมีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นด้วย สามารถทำให้ความคาดหวังในแต่ละคนเป็นตามเป้าหมายแรงสนับสนุนทางสังคมจึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตโดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาหรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

เฮาส์ House (1985) อ้างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้จำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มที่มีความสนิทสนมและสัมพันธ์ภาพระหว่างกันสูง ได้แก่ สามี ภรรยา พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน เป็นต้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ มีความสำคัญด้านพฤติกรรมอนามัยของบุคคลและการเจ็บป่วยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นต้น

2. กลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ตามกฎเกณฑ์หรือตามแผนที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในกลุ่มสังคมนี้ ได้แก่ กลุ่มสังคมอื่น ๆ และเพื่อนร่วมงานกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิถือเป็นผู้ให้ด้านบริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น พระ ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีความสำคัญการสนับสนุนด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร

เพนเดอร์ Pender (1996) แรงสนับสนุนทางสังคมออกแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ ครอบครัว เป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดามารดาให้กำลังใจและให้คำแนะนำ คอยดูแลช่วยเหลือบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support System) บุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยได้มีประสบการณ์ได้รับผลกระทบที่รุนแรงขึ้นในชีวิต และประสบความสำเร็จในด้านการปรับตัวซึ่งมีการพัฒนาในด้านที่ดีขึ้น ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีความเข้าใจลึกซึ้งขึ้นในตนเองจึงสามารถที่จะให้คำแนะนำการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในส่วนที่คล้ายคลึงในประสบการณ์ที่เขาเคยเจอมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support System) กลุ่มองค์กรที่พบปะกันในกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลในศาสนานั้น ๆ

4. การให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support System of Care Giving or Helping Professional) หรือกลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ได้แก่ การบริการที่เฉพาะเจาะจง และกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือบุคคลที่แสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผลหรือไม่เพียงพอ กลุ่มบุคคลวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกัน และกลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่คอยให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถสนับสนุนจัดหาบริการให้ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะเป็นกลุ่มบุคคลที่ช่วยเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของสมาชิกหรือคอยส่งเสริมการปรับตัวถึงความเป็นอยู่ ด้านการเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น กลุ่มบุคคลเจ็บป่วยระยะสุดท้ายในชีวิต กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มบุคคลติดเชื้อโรคเอดส์ เหมือนกัน

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม Gottlieb (1985) แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการมีส่วนร่วมในสังคม หรือการพิจารณาถึงการเข้าร่วม ซึ่งวัดได้จากสถาบันในสังคมกับความสัมพันธ์ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่ซับซ้อนในสังคม เช่น กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มต้านภัยเอดส์ เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นหน้าที่ของเครือข่ายสังคมและการมองที่โครงสร้าง โดยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลเคยมีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ กลุ่มเพื่อน ประเภทของการสนับสนุนระดับนี้ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ การให้คำแนะนำ ความเป็นมิตร การยกย่อง และการสนับสนุนทางอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro Level) พิจารณาจากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุดที่มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ โครงสร้างของเครือข่ายหรือจำนวน ขนาด และความถี่ของความสัมพันธ์ การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดด้านอารมณ์ แสดงความรักและห่วงใย และการสนับสนุนทางจิตใจ คือ สามัญภรรยา (Affective Support) (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวข้องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิต

ประภา ลิ้มประสูตร (2549) ศึกษาาระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน ระยะเวลาศึกษา 13 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง มากกว่าก่อนและหลังการทดลองเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ระดับความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ และด้านการควบคุมอาหารสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงอาหารมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบปริมาณ 2.4 กรัมต่อวัน การปรุงอาหาร สามารถใช้เกลือหรือน้ำปลา หรือซีอิ๊วเป็นส่วนประกอบได้เล็กน้อยเพื่อมีรสชาติบ้างสามารถใช้เกลือได้ ปริมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน แต่ไม่ควรมีการเติมเครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊ว เมื่อปรุงเสร็จ และขณะรับประทานอาหาร

สารภี แสงเดช และเพชรไสว ลิ้มตระกูล (2554) ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมี ปัจจัยสนับสนุนทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ บริบทของชุมชนมีปัจจัยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค ได้แก่ มีร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ และร้านสะดวกซื้อในชุมชน ได้มีการร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพในชุมชนและพัฒนาในระยะแรก โดยพัฒนาทักษะด้านส่วนบุคคลเรื่องการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงและเพิ่มเมนูอาหารด้าน ความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ผลการดำเนินงานกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมด้าน การรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารไขมันสูงลดลงจากเดิม ด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นใน ระยะเวลา 3 เดือนไม่พบผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงรายในชุมชน

กาญจนา เพ็งเหล็ง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ต้นสกุล และนิรัตน์ อิมามิ (2556) ศึกษา ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน อายุระหว่าง 35-66 ปี ระยะเวลาศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการ กำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องมากขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สุพัชรินทร์ วัฒนกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี และสุปรียา ต้นสกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ธิตต์ ศรีมงคล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความสามารถของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

กรรณิกา สุวรรณ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ

ลี Lee (2014) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำหรับความชอบรสชาติเค็มของเกาหลีในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชนบท พบว่า ความเข้มข้นของเกลือเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป แสดงว่าการบริโภคอาหารรสเค็มปริมาณเพิ่มสูงขึ้น ผลการศึกษาที่พบคือ การบริโภคน้ำผลไม้ของคนที่ยุ่เพิ่มขึ้นและจากการบริโภคอาหารรสเค็มสามารถส่งผลให้ค่าโซเดียมสูงได้ ดังนั้น การศึกษาเรื่องโภชนาการเกี่ยวกับการลดปริมาณเกลือและประเภทของอาหารเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท

แลน เจ บราว และคณะ Lan J Brown et al (2009) ได้ศึกษาการบริโภคเกลือทั่วโลก ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน พบว่า ในกระบวนการผลิตอาหารถูกครอบคลุมด้วยโซเดียมที่สูง (75 เปอร์เซ็นต์ของการบริโภค) โดยเฉพาะอาหารประเภทธัญพืชและขนมอบ พบมีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงที่สุดในการบริโภคอาหารของสหราชอาณาจักร ส่วนในจีนและญี่ปุ่นจะเพิ่มซอสในการปรุงอาหารและเพิ่มซอสก่อนการรับประทานทุกครั้ง ซอสรูปโซเดียมเป็นภัยต่อสุขภาพสูงที่สุด และยังคงเป็นที่นิยมแพร่หลายทั่วโลกส่วนแหล่งที่มาของอาหารที่มีโซเดียมแตกต่างกันไปทั่วรอบโลก

คลีกี คาพาแนน Heikki Karappanen and Eero Mervaala (2006) ได้ศึกษา การบริโภคโซเดียมและความดันโลหิตสูง พบว่า การบริโภคโซเดียมทำให้ระดับความดันโลหิตสูง อาหารในปัจจุบันมีส่วนผสมของโซเดียมสูงมากในขณะที่แคลเซียมโพแทสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ เมื่อเทียบอัตราส่วนกับอาหารประกอบและในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาการลดการบริโภคโซเดียมและการ เพิ่มพฤติกรรมการบริโภคของแคลเซียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียมจะสามารถลดระดับ ความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของประชาชนทั้งซีเอสโตลิตและไดแอสโตลิต ร้อยละ 75 ถึง 80 ลดลงทั้งในโรคหลอดเลือดหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง

ฮยอน ฮี คิม, ยัน ยัง จัง และคยอง ลี Kim, Jung, & Lee (2012) ได้ศึกษาการ เปรียบเทียบการประเมินรสชาติเค็มและทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องกับ อาหารที่มีเกลือสูงใน 4 ภูมิภาคเกาหลี พบว่า คะแนนด้านเจตคติความชอบอาหารโซเดียมสูง เขต 1 และเขต 3 จำนวนต่ำกว่าภูมิภาค 2 และ 4 ส่วนคะแนนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ระหว่างการบริโภคโซเดียมกับภาคความสัมพันธ์ และการประเมินด้านรสชาติเค็มอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่มที่มีความรู้ด้านโภชนาการและระดับความดันโลหิตลดลง มีการบริโภคโซเดียมสูงขึ้น ถึงแม้มีรสชาติเค็ม การด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและประเมินด้านคะแนนตามส่วนภูมิภาค ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประเมินด้านรสเค็มมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมี นัยสำคัญ ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติ อาหาร และพฤติกรรม ในเรื่องของการเป็นอาหารที่มีโซเดียมสูง

2. งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นุชนาถ สำนัก, มาเรียม แอญูยี, ตัม บุนรอด และกำไล สมรักษ์ (2554) ศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงใน ชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มเสี่ยงได้มีการเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเอง และปฏิบัติตนด้านการควบคุม ระดับความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนด้านความรู้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และ ด้านความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

ประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ตำบลบ้านเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ บนพื้นฐานทฤษฎี

การดูแลตนเอง (3 Self) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Self-Efficacy Theory) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการดูแลตัวเอง (Selfcare) ผลการวิจัยพบว่า ด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน การทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

พัชราภรณ์ ตุลยกุล และจากรุวรรณ ศุภศรี (2559) ศึกษาผลของการให้ความรู้รายกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มระยะก่อนความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ และได้รับความรู้รายกลุ่มเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงประชาชนที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับก่อนเกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์ พฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโครงการ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) อีกทั้งพฤติกรรมในแต่ละด้านก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ฉัตรณรงค์ คงบารมี (2562) ที่ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปรับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

การศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ

เฟลด์แมน และคณะ Feldman et al. (2000) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผลไม้และผักของหญิงรายได้น้อยในรัฐมารีแลนด์ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การให้โภชนศึกษาที่เน้นความสำคัญของการบริโภคผลไม้และผัก การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรคการเอาชนะอุปสรรค การสาธิตอาหาร การแจกคู่มือ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

Jan Warren-Findlow, B., Seymour, Larissa R, & Brunner Huber (2011) ทดสอบความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ทางคลินิก 6 พฤติกรรมในการดูแลตนเองและโรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยบนพื้นฐานทฤษฎีที่มีในเรื่องของปัจจัยทางพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติตน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถของการปฏิบัติตัวส่วนบุคคลและจากการศึกษาของต่างประเทศที่เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ในทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้นได้มีการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวปรับใช้ในผลการศึกษาวิจัยของประเทศไทย

พิชามณูชู้ ภูเจริญ (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า การวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่งมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารโดยยึดหลักตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ลดการบริโภคอาหารประเภทไขมัน และบริโภคปลา ไข่ นมไขมันต่ำ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และยังพบว่าการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้านนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจขึ้น เกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือ การควบคุมและป้องกันโรคจากภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 74 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน ระยะเวลาการศึกษา จำนวน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคม และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2562) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ.2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน

กลุ่มเสี่ยงรายใหม่ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

นวพร วุฒิธรรม รัตนา ข้อนทอง และชุติมา สมประดิษฐ์ (2562) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

การศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ

M N Hill, L R Bone, M T Kim, D J Miller, C R Dennison & D M Levine (1999) การศึกษาควบคุมความดันโลหิตสูงและอุปสรรคในการดูแล โดยมุ่งเน้นชายผิวดำมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและมีโรคแทรกซ้อน โดยมีการการรับรู้ การควบคุมตนเองต่ำ และการรักษา พบปัจจัยอยู่บนพื้นฐานทฤษฎี ดังนี้ Predisposing factors (ปัจจัยนำ) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อทัศนคติ และการรับรู้อุปสรรคทางด้านจิตวิทยา Enabling factors (ปัจจัยเอื้อ) ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ความพร้อม และทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ Reinforcing factors (ปัจจัยเสริม) ได้แก่ ปัจจัยเชิงบวกหรือเชิงลบเกี่ยวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนการให้บริการและการสนับสนุนทางสังคม

Erin York Cornwell Linda J. Waite (2011) ศึกษาการทดสอบบทบาทเครือข่ายทางสังคมและ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 57-85 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการจัดการกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่จัดการความดันโลหิตสูง จำนวน 1,126 คน พบปัจจัยจากทฤษฎี คือ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าร้อยละ 16 ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีการวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในขณะที่ร้อยละ 21 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนได้มีการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว (บิดา มารดาหรือคู่สมรส) จะมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะไม่มี การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีการนำมาประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงทฤษฎีเดียวและมีการนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีอื่น เช่น

ประยุกต์ใช้กับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงควรมีการนำทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จและนำไปสู่ความยั่งยืนของด้านพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ควรประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายบริบทของพื้นที่และพื้นที่การศึกษานั้น ๆ ด้วย



บทที่ 3

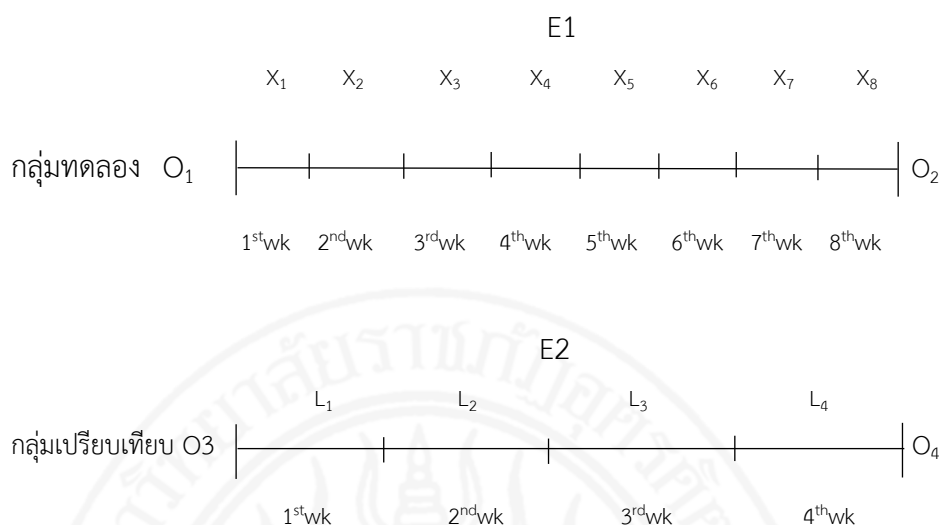
ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง (Quasi Experimental Research: Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลปากท่า ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง การทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แสดงดังภาพที่ 3 ดังนี้



ภาพที่ 3 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

E1 หมายถึง กลุ่มทดลอง

E2 หมายถึง กลุ่มเปรียบเทียบ

O₁, O₃ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 1

O₂, O₄ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 8

X₁-X₈ หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตต่ำลพาท่า อำเภอพาท่า จังหวัดอุดรดิตต์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้แก่ กลุ่มทดลอง

L₁-L₄ หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลพาท่า ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 35-59 ปีที่มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท (ไม่ได้ถูกวินิจฉัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพากท่า ตำบลพากท่า อำเภอพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 239 คน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 (Faul et al., 2009) ใช้ Statistical Test แบบ mean: Difference between two group independent means (two groups) คำนวณ Effect Size จากงานวิจัยของพัชราภรณ์ ตุลยกุล และจารุวรรณ ศุภศรี, (2559) มีค่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 29.17 (S.D.=5.18) กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 34.31 (S.D.=5.83) คำนวณได้ค่า Effect Size เท่ากับ 0.9320737 กำหนดให้ค่า α error probability เท่ากับ 0.05 ค่า power ($1-\beta$ error prob) เท่ากับ 0.95 คำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 26 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 52 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (อรุณ จิรวินน์กุล, 2547) โดยยึดหลัก Principle of Intention to Treat ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$nnds = \frac{N}{(1-d)^2}$$

โดยกำหนดให้

nnds = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากโปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง

d = สัดส่วนการตกสำรวจ หรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

แทนค่า

$$Nds = \frac{26}{(1-0.1)^2}$$

$$Nnds = 32.09$$

ปัดเลขให้เป็นจำนวนเต็มและกำหนดให้เป็นเลขคู่ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จะได้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งหมด จำนวน 64 คน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 35-59 ปีที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท (ไม่ได้ถูกวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่คืนได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งหมด จำนวน 64 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1.1 เป็นประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลฟากท่า ที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท (ไม่ได้ถูกวินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

1.2 ไม่มีโรคประจำตัว สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้

1.3 มีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

1.4 ยินยอมให้ติดตามผลของโปรแกรม 8 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

2.1 มีความประสงค์ออกจากการวิจัย

2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวจำนวน 8 ข้อ รวม 8 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบ ถูก	ได้ 1 คะแนน
ตอบ ผิด	ได้ 0 คะแนน

การประเมินผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(ช่วงคะแนน 6-8 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99	(ช่วงคะแนน 4-5 คะแนน)
ความรู้ระดับน้อย	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	(ช่วงคะแนน 0-3 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 9 ข้อ รวม 45 คะแนน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ

มั่นใจมากที่สุด	(5 คะแนน)
มั่นใจมาก	(4 คะแนน)
มั่นใจปานกลาง	(3 คะแนน)
มั่นใจเล็กน้อย	(2 คะแนน)
ไม่มั่นใจเลย	(1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเปรียบเทียบกับเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็นดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	33.00-45.00	การรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	21.00-32.00	การรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	9.00-20.00	การรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

จำนวน 6 ข้อ รวม 30 คะแนน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ

คาดหวังมากที่สุด	(5 คะแนน)
คาดหวังมาก	(4 คะแนน)
คาดหวังปานกลาง	(3 คะแนน)
คาดหวังเล็กน้อย	(2 คะแนน)
ไม่มีความคาดหวังเลย	(1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเปรียบเทียบกับเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) มีดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	22.00-30.00	ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	14.00-21.00	ความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	6.00-13.00	ความคาดหวังอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (คนในครอบครัวของท่าน) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อรวม 35 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด
4 หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนมาก
3 หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
2 หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนน้อย
1 หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเปรียบเทียบกับเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) มีดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	25.68-35.00	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	16.34-24.67	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	7.00-15.33	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยสร้างคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบตามรูปแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Scale) 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อรวม 36 คะแนน กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ความหมายดังต่อไปนี้

บ่อยครั้ง	(ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ ทุกวันหรือทุกครั้ง)	ให้คะแนน	4
เป็นบางครั้ง	(ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	3
นาน ๆ ครั้ง	(ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 2-3 ครั้งต่อเดือน)	ให้คะแนน	2
ไม่ปฏิบัติ	(ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ เลย)	ให้คะแนน	1

การแปลผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	27.00-36.00	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	18.00-26.00	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	9.00-17.00	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ระยะเวลา 1 เดือน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้และเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม วัตถุประสงค์หลัก เป้าหมาย ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม วัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เหตุผลเชิงทฤษฎี สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดในการทดลองแต่ละสัปดาห์มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาทั้งหมด 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ โดยใช้เวลาการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 วันต่อสัปดาห์ (ตามเวลาที่กำหนดของแต่ละกิจกรรม) จนครบทั้งหมด 8 ครั้ง 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่สร้างขึ้น และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โครงสร้างถูกต้องตามหลักวิชาการ และความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ความยากง่ายของการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปใช้จริง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการ ความชัดเจนข้อคำถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำแบบสอบถามมาคำนวณหา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา คือ 0.67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตในเขตพื้นที่ตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่พื้นที่ในการศึกษา แต่มี

ลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1970) ตามเกณฑ์มาตรฐานได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.810 และแยกวิเคราะห์ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) เท่ากับ 0.752
2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.760
3. แบบสอบถามความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.746
4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.737
5. แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.880

วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม กลุ่มละวันและเริ่มดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเองในการสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง พูดคุยซักถามเกี่ยวกับข้อมูลของการศึกษาวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลและวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างครอบคลุมแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงเงื่อนไขของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์และลงนาม โดยผู้วิจัยจะชี้แจงและทบทวนความเข้าใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่านเข้ามาช่วยเหลือใน

การเก็บข้อมูล ทำหน้าที่ประสานนัดกลุ่มตัวอย่าง ช่วยเตรียมพื้นที่ในการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งและช่วยจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงชี้แจงและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ช่วยวิจัยที่มาช่วยเหลือในส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกิจกรรมทั้ง 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ขึ้นเตรียมการประกอบด้วย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญเพื่อให้กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการทดลอง

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ “ฮักโฮม ผูกเสี่ยว” และการนำเสนอสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ กิจกรรมฝึกอ่านฉลากเพื่อดูปริมาณเกลือและโซเดียม และการสร้างแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อวงล้อและโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน 55 ชนิด อาหารหลีกเลี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สาธิตการปรุงอาหารที่บ้านอ่อนเค็ม การทดสอบวัดความเค็ม (Salinity Meter) ในตัวอย่างอาหาร ใช้กระบวนการปลูกจิตสำนึกและเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) ให้ความรู้การใช้สมุนไพรพื้นถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผักกระทอนแทนปลาร้า” ผ่านสื่อแผ่นภาพ จากนั้นแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้แต่ละกลุ่มอภิปรายการสาธิตการเลือกวัตถุดิบอาหารโดยผ่านเกม “ชิม ช้อบ ใช้” ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอแผนการเลือกจ่ายตลาดพร้อมทั้งการอภิปราย กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) แจกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ให้กลุ่มทดลองพร้อมทั้งสอนวิธีการบันทึกการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ โดยวิธีการจดบันทึกรายการอาหารปริมาณอาหาร และส่วนประกอบของอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ในระยะเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งบันทึกปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการได้รับเกลือและโซเดียมที่มีผลต่อร่างกายพร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจความเชื่อมั่นในตนเอง และให้ทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-Liberation)

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (ผู้วิจัยเลือกจากผู้ที่เคยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารจนประสบความสำเร็จกลายเป็นกลุ่มปกติ) โดยเล่าประสบการณ์ที่ถูกต้องเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กลุ่มทดลองมี

ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลตัวแบบ

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) (ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกันเองจากแบบบันทึกการบริโภคอาหารโดยการอภิปราย และกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองในรูปแบบกิจกรรม “คนที่ฉันรักคือเธอ” ผู้วิจัยทำหน้าที่เชิญกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง (พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร) มาพูดคุย พร้อมชี้แนะแนวทางการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสัปดาห์ต่อไป

กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7) (ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง) กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง เข้าร่วมรับฟังแนวทางหลักการเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และควบคุมระดับความดันโลหิตให้กลุ่มสนับสนุนดังกล่าวเกิดความตระหนักในการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม สรุปลวิเคราะห์แบบบันทึกการบริโภคอาหารแต่ละบุคคล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และยุติการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาล ฟากท่า ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถแสดงรายละเอียดของโปรแกรมได้ แสดงตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง					
กิจกรรมที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีการสอน	ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม
1	การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ “ฮักโฮม ผูกเสี่ยว” และการนำเสนอสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ กิจกรรมฝึกอ่านฉลากเพื่อดูปริมาณเกลือและโซเดียม และการสร้างแรงจูงใจ	2 ชั่วโมง	- แบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-Test) - โปรแกรมนำเสนอ งาน Power point “สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง” - ตัวอย่างเครื่องปรุงอาหาร เครื่องดื่ม อาหารสำเร็จรูป - ปากกา	- การบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ	- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2	การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อวงล้อและโมเดลอาหารแล็กเปลี่ยน 55 ชนิด อาหารหลักเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สาธิตการปรุงอาหารที่บ้านอ่อนเค็ม การทดสอบวัดความเค็ม (Salinity Meter) ในตัวอย่างอาหาร ใช้กระบวนการปลูกจิตสำนึกและเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	2 ชั่วโมง 30 นาที	- วิดีทัศน์ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข - สื่อวงล้อสาธิตอาหารจานเดียว - โมเดลอาหารแล็กเปลี่ยน 55 ชนิด - การสาธิตการปรุงอาหาร - เครื่องวัดความเค็ม (Salinity Meter)	- การบรรยาย เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง - การสาธิตการปรุงอาหาร - การสาธิตการปรุงอาหาร - ความเค็มในตัวอย่างอาหาร	- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง					
กิจกรรม ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะ เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีการสอน	ผลลัพธ์ที่ได้ จากโปรแกรม
3	ให้ความรู้การใช้สมุนไพรพื้น ถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผักกระทอนแทน ปลาร้า” ผ่านสื่อแผ่นภาพ จากนั้นแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้แต่ละกลุ่ม อภิปรายการหาวิธีการเลือก วัตถุดิบอาหารโดยผ่านเกม “ชิม ช้อบ ไซ้” ให้แต่ละกลุ่ม ส่งตัวแทนออกมานำเสนอ แผนการเลือกจ่ายตลาด พร้อมทั้งการอภิปราย กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก ถึงผลกระทบจากพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	2 ชั่วโมง	- แผ่นภาพอาหาร - ตัวอย่าง สมุนไพรพื้นถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผัก กระทอนแทน ปลาร้า” - เกม “ชิม ช้อบ ไซ้” - กระดาษ Flip chart - ปากกาเคมี	- การบรรยาย เรื่องการใช้ สมุนไพรพื้นถิ่น - การอภิปราย การเลือกวัตถุดิบ อาหารโดยผ่านเกม - การฝึกปฏิบัติ แผนการเลือกจ่าย ตลาด	- การรับรู้ ความสามารถแห่ง ตนเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร
4	แจกแบบบันทึกการบริโภค อาหาร (Food Record) ให้ กลุ่มทดลองพร้อมทั้งสอน วิธีการบันทึกการบริโภค อาหารในแต่ละมื้อ โดย วิธีการจดบันทึกรายการ อาหารปริมาณอาหาร และ ส่วนประกอบของอาหารที่ บริโภคใน 1 วัน ใน ระยะเวลา 1 เดือน พร้อมทั้ง บันทึกปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการ เปรียบเทียบผลดีและผลเสีย	2 ชั่วโมง	- แบบบันทึกการ บริโภคอาหาร (Food Record) - ปากกา	- การฝึกปฏิบัติ วิธีการบันทึกการ บริโภคอาหาร (Food Record) ใน แต่ละมื้อ - การบรรยาย เรื่อง การเปรียบเทียบ ผลดีและผลเสีย ของการได้รับเกลือ และโซเดียมที่มีผล ต่อร่างกาย	- ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง					
กิจกรรม ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะ เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีการสอน	ผลลัพธ์ที่ได้ จากโปรแกรม
4 (ต่อ)	ของการได้รับเกลือและ โซเดียมที่มีผลต่อร่างกาย พร้อมทั้งเสริมแรงจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และ ให้ทำพันธสัญญากับตนเอง (Self-Liberation)				
5	กิจกรรมการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จากบุคคลตัว แบบที่ประสบความสำเร็จใน การควบคุมระดับความดัน โลหิตสูง (ผู้วิจัยเลือกจากผู้ที่ เคยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ ความดันโลหิต มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคอาหารจนประสบ ความสำเร็จกลายเป็นกลุ่ม ปกติ) โดยเล่าประสบการณ์ ที่ถูกต้องเพื่อเพิ่มความ เชื่อมั่นให้กลุ่มทดลองมี ความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ กลุ่มทดลองได้ซักถาม และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคล ตัวแบบ	2 ชั่วโมง	- บุคคลตัวแบบที่ ประสบ ความสำเร็จใน การควบคุมระดับ ความดันโลหิตสูง - โปรแกรม นำเสนองาน Power point “การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จาก บุคคลตัวแบบ”	- การสนทนากลุ่ม กิจกรรมการเรียนรู้ จากบุคคลตัวแบบที่ ประสบความสำเร็จ ในการควบคุมระดับ ความดันโลหิตสูง	- ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กรรมการ บริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กรรมการ บริโภคอาหาร

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง					
กิจกรรม ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะ เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีการสอน	ผลลัพธ์ที่ได้ จากโปรแกรม
6	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองด้วย กันเองจากแบบบันทึก การบริโภคอาหารโดย การอภิปราย และกิจกรรม ส่งเสริมการกระตุ้นเตือน กลุ่มทดลองจากกลุ่มบุคคลที่ มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองใน รูปแบบกิจกรรม “คนที่ฉัน รักคือเธอ” ผู้วิจัยทำหนังสือ เชิญกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล ต่อกลุ่มทดลอง (พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร) มาพูดคุย พร้อมชี้แนะแนวทางการ กระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคอาหารที่เหมาะสม สัปดาห์ต่อไป	3 ชั่วโมง	- แบบบันทึกการ บริโภคอาหาร (Food Record) - กระดาษ A4 - ปากกา - หนังสือเชิญกลุ่ม บุคคลที่มีอิทธิพล ต่อกลุ่มทดลอง	- การสนทนากลุ่ม และการอภิปราย กิจกรรมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ด้วยกันเองจากแบบ บันทึกการบริโภค อาหาร	- ความคาดหวัง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร - แรงสนับสนุนทาง สังคมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร
7	กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ กลุ่มทดลองเข้าร่วมรับฟัง แนวทางหลักการเพื่อ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรม บริโภคอาหาร และควบคุม ระดับความดันโลหิตให้ กลุ่มสนับสนุนดังกล่าวเกิด ความตระหนักในการ สนับสนุนพฤติกรรมของ กลุ่มทดลอง	3 ชั่วโมง	- วิดีทัศน์ของกรม ควบคุมโรคไม่ ติดต่อ กระทรวง สาธารณสุข - โปรแกรม นำเสนองาน Power point “อันตรายจาก โรคความดัน- โลหิตสูง” - กระดาษ Flip chart - ปากกาเคมี	- การบรรยาย เรื่อง แนวทางหลักการ ส่งเสริมให้มี พฤติกรรม บริโภคอาหาร และ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตที่ดีของ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อ ความดันโลหิต	- แรงสนับสนุนทาง สังคมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร - การรับรู้ ความสามารถแห่ง ตนเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง					
กิจกรรม ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะ เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีการสอน	ผลลัพธ์ที่ได้ จากโปรแกรม
8	รวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม หลังการทดลองด้วย แบบสอบถาม สรุปลักษณะ แบบบันทึกการบริโภค อาหารแต่ละบุคคล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลแบบสอบถามก่อน นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทาง สถิติ และยุติการทดลอง	2 ชั่วโมง	- แบบสอบถาม หลังการทดลอง (Post-Test) - แบบบันทึกการ บริโภคอาหาร (Food Record) - กระดาษ Flip chart - ปากกาเคมี - ปากกา	- การสนทนา กลุ่ม สรุปล กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1-7 และสรุป วิเคราะห์แบบ บันทึกการ บริโภคอาหาร แต่ละบุคคล	- ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง - การรับรู้ ความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการบริโภค อาหาร - ความคาดหวังการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร - แรงสนับสนุนทาง สังคมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร - การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภค อาหาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ (หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ 068/63) โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการมารับบริการโรงพยาบาลฟากท่า

คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษานำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะเป็นข้อมูลในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้นี้เท่านั้น

ในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตามความเป็นจริงทุกประการ และใช้รหัสบนแบบสอบถามไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามสามารถ

ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลหรือเสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ภายหลังการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการแล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงข้อมูลตามรหัสในโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และด้วยสถิติที (Independent t-test)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายข้อก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และด้วยสถิติที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้วยสถิติที (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยสถิติที (Independent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ การวิเคราะห์ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อของด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน แสดงดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน (n=32)	ร้อยละ (100)	จำนวน (n=32)	ร้อยละ (100)	
เพศ					.572
ชาย	6	18.80	8	25.00	
หญิง	26	81.30	24	75.00	
อายุ (ปี)					.939
35-39 ปี	5	15.60	5	15.60	
40-44 ปี	8	25.00	6	18.80	
45-49 ปี	5	15.60	4	12.50	
50-54 ปี	4	12.50	8	25.00	
55-59 ปี	10	31.30	9	28.10	
\bar{X} (S.D.)	48.19 (7.67)		48.31 (7.33)		
สถานภาพสมรส					.344
โสด	4	12.50	2	6.30	
คู่	23	71.90	23	71.90	
หม้าย	2	6.30	3	9.40	
หย่าร้าง/แยกทางกัน	3	9.40	4	12.50	
ระดับการศึกษา					.720
ประถมศึกษา	1	3.10	2	6.30	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	15.60	3	9.40	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	43.80	17	53.10	
อนุปริญญา/ปวส.	8	25.00	7	21.90	
ปริญญาตรี	4	12.50	3	9.40	
อาชีพ					.333
เกษตรกร	13	40.60	15	46.90	
ค้าขาย	8	25.00	7	21.90	
รับจ้าง	5	15.60	6	18.80	
รับราชการ	1	3.10	2	6.30	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	5	15.60	2	6.30	

จากตารางที่ 3 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.30 และร้อยละ 75.00 เพศชายร้อยละ 18.80 และร้อยละ 25.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 48.19 ปี (S.D.=7.67) และอายุเฉลี่ย 48.31 ปี (S.D.=7.33) สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.90 เท่ากัน ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 43.80 และร้อยละ 53.10 และการประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 40.60 และร้อยละ 46.90

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อ	ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1	อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	0.74	(.307)	0.57	(.490)	.455
		หลังการทดลอง	0.96	(.246)	0.76	(.457)	.242
2	ความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่า (หรือเท่ากับ) 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขณะพัก 5 นาที และวัดซ้ำ 3-5 วัน	ก่อนการทดลอง	0.81	(.397)	0.63	(.492)	.110
		หลังการทดลอง	0.91	(.296)	0.75	(.440)	.134

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
3	ความดันโลหิตที่ระดับสูงเพิ่มขึ้นจะส่งผล ให้มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ	ก่อนการทดลอง	0.75 (440)	0.59 (499)	.169	
		หลังการทดลอง	0.84 (369)	0.78 (420)	.488	
4	ระดับความดันโลหิตสูง ถ้าปล่อยให้ เวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตลดลง อาจทำให้ตายได้	ก่อนการทดลอง	0.66 (483)	0.56 (504)	.447	
		หลังการทดลอง	0.91 (296)	0.78 (420)	.211	
5	การลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มี ส่วนประกอบของโซเดียมที่อยู่ในอาหาร แปรรูป	ก่อนการทดลอง	0.63 (492)	0.53 (507)	.500	
		หลังการทดลอง	0.84 (369)	0.72 (457)	.255	
6	ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากไม่มีอาการ ไม่ต้องไปพบแพทย์	ก่อนการทดลอง	0.68 (492)	0.47 (506)	.498	
		หลังการทดลอง	0.89 (396)	0.68 (468)	.256	
7	ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยตรง คือ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือด เสื่อมในสมองแตก	ก่อนการทดลอง	0.66 (483)	0.47 (507)	.110	
		หลังการทดลอง	0.91 (296)	0.69 (471)	.032*	
8	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่ทำให้ ความดันโลหิตของท่านสูงขึ้น	ก่อนการทดลอง	0.64 (504)	0.49 (504)	.110	
		หลังการทดลอง	0.86 (296)	0.65 (440)	.134	

*(p-value<0.05)

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 7

ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อ	ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1	เมื่อทำอาหารรับประทานเอง จะลด การเติมเครื่องปรุงรส เช่น ปลาร้า เกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส ในอาหารที่ปรุง	ก่อนการทดลอง	2.38 (0.751)	2.50 (0.888)	.546	
		หลังการทดลอง	4.56 (0.564)	3.19 (0.738)	.000*	
2	เมื่อรับประทานอาหารประเภทแกง หน่อไม้ หมกหน่อไม้ น้ำพริก ฯลฯ จะชิมอาหารก่อนเติมเครื่องปรุง และ ลดการเติมในอาหารที่รับประทาน เพิ่ม	ก่อนการทดลอง	2.13 (0.907)	1.47 (0.621)	.001*	
		หลังการทดลอง	4.59 (0.499)	2.94 (0.840)	.000*	
3	หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภทผักดองเค็ม และผลไม้ดองใน น้ำเกลือ	ก่อนการทดลอง	2.53 (0.567)	2.13 (0.833)	.005*	
		หลังการทดลอง	4.63 (0.492)	3.13 (0.751)	.000*	
4	ลดปริมาณการรับประทานอาหาร ทะเลที่มีโซเดียมสูง เช่น หอยแครง หอยแมลงภู่	ก่อนการทดลอง	2.19 (0.592)	2.00 (0.762)	.110	
		หลังการทดลอง	4.63 (0.492)	2.84 (0.628)	.000*	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อ	ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
5	ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์ เหล้าขาว เหล้าป่า สาโท	ก่อนการทดลอง	2.59 (.499)	2.94 (.759)	.039*	
		หลังการทดลอง	4.75 (.440)	3.50 (.508)	.000*	
6	ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ	ก่อนการทดลอง	1.72 (.683)	2.19 (1.030)	.009*	
		หลังการทดลอง	4.13 (.751)	3.44 (.716)	.002*	
7	ไม่ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ได้แก่ มะรุมสกัด เห็ดหลินจือสกัด กระเทียมสกัด ฯลฯ ทานเองเพื่อ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง	ก่อนการทดลอง	2.53 (.570)	2.97 (.782)	.011*	
		หลังการทดลอง	4.59 (.560)	3.53 (.507)	.000*	
8	รับประทานอาหารที่สด ปรุงสุกใหม่ ๆ ทุกมื้อและหลีกเลี่ยง ปลากระป๋อง แหนม บะหมี่กึ่ง สำเร็จรูป ฯลฯ	ก่อนการทดลอง	2.47 (.507)	2.44 (.840)	.851	
		หลังการทดลอง	4.72 (.457)	3.06 (.669)	.000*	
9	ในแต่ละวันรับประทานอาหารที่มี ปริมาณเกลือหรือโซเดียมไม่เกิน 6 กรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน	ก่อนการทดลอง	2.56 (.564)	1.84 (.808)	.000*	
		หลังการทดลอง	4.69 (.471)	3.19 (.738)	.000*	

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 2, 3, 5, 6, 7, 9 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 2, 3, 5, 6, 7, 9 มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ

ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อ	ด้านความคาดหวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
		1	หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีการลดการบริโภคอาหารเครื่องปรุงรส เช่น ปลา ร้าเกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
	ก่อนการทดลอง	3.09	(.818)	2.72	(.581)	.037*
	หลังการทดลอง	4.56	(.504)	2.70	(.575)	.000*
2	หลังเข้าร่วมกิจกรรมท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยก่อนรับประทาน					
	ก่อนการทดลอง	3.00	(.803)	3.56	(.759)	.007*
	หลังการทดลอง	4.69	(.471)	3.59	(.741)	.000*

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ด้านความคาดหวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
3	หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค อาหาร โดยลดการรับประทาน อาหารประเภทแปรรูปหรือถนอม อาหาร ได้แก่ ปลากระป๋อง ผักดอง เค็ม	ก่อนการทดลอง	2.94 (.714)	3.66 (.701)	.000*	
		หลังการทดลอง	4.66 (.483)	3.67 (.695)	.000*	
4	หลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการบริโภค อาหารเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ได้แก่ ปลาร้า เกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส	ก่อนการทดลอง	2.88 (.660)	2.81 (.693)	.690	
		หลังการทดลอง	4.63 (.554)	3.41 (.560)	.000*	
5	หลังเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ มีโซเดียมเพิ่มขึ้น	ก่อนการทดลอง	3.00 (.762)	3.03 (.695)	.865	
		หลังการทดลอง	4.69 (.471)	3.66 (.787)	.000*	
6	หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถนำ ความรู้ไปปรับใช้ในการดำรงชีวิต ประจำวันได้	ก่อนการทดลอง	2.66 (.483)	3.03 (.695)	.016*	
		หลังการทดลอง	4.72 (.457)	3.50 (.568)	.000*	

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 6 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้าน

ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 6 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นไปจากโปรแกรมที่ได้รับ

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อ	ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1	คนในครอบครัวเตรียมอาหารและ ปรุงโซเดียมลดลงจากเดิม	ก่อนการทดลอง	1.50	(.568)	1.38	(.492)	.103
		หลังการทดลอง	4.47	(.718)	2.59	(.560)	.000*
2	รู้สึกอบอุ่นและมั่นใจเมื่อคนใน ครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่สุขภาพ	ก่อนการทดลอง	2.53	(.507)	2.16	(.767)	.008*
		หลังการทดลอง	4.56	(.619)	2.75	(.568)	.000*
3	คนในครอบครัวช่วยเสริมความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การเลือกซื้อ อาหารเลือกใช้เครื่องปรุงรสต่าง ๆ	ก่อนการทดลอง	2.25	(.622)	2.00	(.762)	.018*
		หลังการทดลอง	4.53	(.621)	2.41	(.499)	.000*
4	คนในครอบครัวเสริมสร้างกำลังใจใน การปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	2.50	(.508)	2.28	(.772)	.017*
		หลังการทดลอง	4.63	(.554)	2.63	(.492)	.000*

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อ	ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
5	คนในครอบครัวช่วยกระตุ้น เตือนเกี่ยวกับการบันทึกงบประมาณ บันทึกการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง	1.53 (.507)	1.44 (.504)	.083	
		หลังการทดลอง	4.75 (.440)	2.72 (.634)	.000*	
6	คนในครอบครัวปฏิบัติร่วมไป พร้อมกันและมีข้อเสนอแนะที่ เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อ ป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	2.56 (.982)	2.13 (.707)	.017*	
		หลังการทดลอง	4.53 (.621)	2.88 (.751)	.000*	
7	คนในครอบครัวให้ข้อมูล ข่าวสารใหม่ ๆ ในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	3.16 (.808)	2.56 (.564)	.001*	
		หลังการทดลอง	4.56 (.669)	2.72 (.581)	.000*	

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 6, 7 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 6, 7 มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นไปรแกรมที่ได้รับ

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อ	ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรับประทานผักและผลไม้วันละ 400 กรัมหรือเท่ากับ 4-6 ทัพพี เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	2.44 (.669)	2.28 (.523)	.169	
		หลังการทดลอง	4.72 (.523)	3.19 (.471)	.000*	
2	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สมุนไพรสดหรือเครื่องเทศพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบแทนเครื่องปรุงรสต่าง ๆ	ก่อนการทดลอง	2.44 (.716)	2.38 (.554)	.601	
		หลังการทดลอง	4.75 (.440)	3.16 (.448)	.000*	
3	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการปรุงอาหารเองที่บ้านและควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารทุกครั้ง	ก่อนการทดลอง	2.34 (.745)	2.53 (.507)	.161	
		หลังการทดลอง	4.81 (.397)	3.09 (.466)	.000*	
4	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวที่มีโซเดียมสูง และเบอเกอร์ เช่น ข้าวเกรียบกุ้ง มันฝรั่งทอด เค้ก คุกกี้ ฯลฯ	ก่อนการทดลอง	2.28 (.772)	2.81 (.592)	.011*	
		หลังการทดลอง	4.84 (.369)	3.16 (.369)	.000*	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อ	ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
5	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร โดยการอ่าน ฉลากอาหารเพื่อตรวจสอบ ปริมาณส่วนประกอบของ โซเดียม	ก่อนการทดลอง	2.53 (.507)	2.66 (.545)	.255	
		หลังการทดลอง	4.75 (.440)	2.94 (.435)	.000*	
6	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยง อาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาหมึก แฮม ผักดอง อาหารสำเร็จรูป แช่แข็ง ฯลฯ	ก่อนการทดลอง	2.50 (.568)	2.59 (.560)	.572	
		หลังการทดลอง	4.81 (.397)	3.09 (.466)	.000*	
7	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร โดยการลดการ บริโภคโซเดียมลดลงเหลือเพียง 3 กรัม/วัน หรือ ½ ซ้อนชา/วัน	ก่อนการทดลอง	2.59 (.499)	2.47 (.567)	.354	
		หลังการทดลอง	4.72 (.457)	3.19 (.535)	.000*	
8	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร โดยการ สังเกตปริมาณและคุณค่าทาง โภชนาการของอาหารที่ให้ พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ	ก่อนการทดลอง	2.63 (.492)	2.78 (.553)	.231	
		หลังการทดลอง	4.75 (.440)	3.38 (.492)	.000*	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อ	ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
9	การแลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทาง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง					
	ก่อนการทดลอง	2.63	(.492)	2.63	(.492)	1.000
	หลังการทดลอง	4.75	(.440)	3.38	(.492)	.000*

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในข้อคำถามที่ 4 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 4 มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม
และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต
ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{X}	S.D.	ระดับ	t	p-value
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
กลุ่มทดลอง (n=32)					
ก่อนการทดลอง	4.78	1.86	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	6.03	1.40	มาก	-5.805	.000*
ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n=32)					
ก่อนการทดลอง	21.06	1.68	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	22.84	1.79	ปานกลาง	-5.931	.000*
ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n=32)					
ก่อนการทดลอง	18.81	1.57	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	20.50	1.60	ปานกลาง	-6.142	.000*
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n=32)					
ก่อนการทดลอง	18.78	2.05	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	26.53	1.43	มาก	-6.138	.000*
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n=32)					
ก่อนการทดลอง	22.38	2.74	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	25.75	2.43	ปานกลาง	-5.928	.000*

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.78$, $S.D.=1.86$) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=6.03$, $S.D.=1.40$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

2. ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=21.06$, $S.D.=1.68$) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=22.84$, $S.D.=1.79$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

3. ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=18.81$, $S.D.=1.57$) ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=20.50$, $S.D.=1.60$) และเมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

4. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=18.78$, $S.D.=2.05$) ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=26.53$, $S.D.=1.43$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.74$, $S.D.=2.74$) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=25.75$, $S.D.=2.43$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความคาดหวัง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	4.78	1.86	3.69	1.55	2.55	0.110
หลังการทดลอง	6.03	1.40	3.88	1.60	5.73	0.000*
ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	21.06	1.68	20.31	2.72	1.32	0.191
หลังการทดลอง	22.84	1.79	20.59	2.53	4.09	0.000*
ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	18.81	1.57	17.59	1.70	2.97	0.410
หลังการทดลอง	20.50	1.60	18.59	1.79	4.47	0.000*
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	18.78	2.05	15.72	1.80	-1.133	0.202
หลังการทดลอง	26.53	1.43	16.03	1.63	3.261	0.000*

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	(n=32)		(n=32)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	22.38	2.74	23.13	2.07	-1.233	0.222
หลังการทดลอง	25.75	2.43	24.03	1.57	3.351	0.001*

* (p-value<0.05)

จากตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.78$, S.D.=1.86) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.69$, S.D.=1.55) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=6.03$, S.D.=1.40) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.88$, S.D.=1.60) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) เป็นไปตามสมมติฐาน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง (Quasi Experimental Research: Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต มีรายละเอียดสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผล

โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.30 และร้อยละ 75.00 เพศชายร้อยละ 18.80 และร้อยละ 25.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 48.19 ปี (S.D.=7.67) และอายุเฉลี่ย 48.31 ปี (S.D.=7.33) สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.90 เท่ากัน ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 43.80 และร้อยละ 53.10 และการประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 40.60 และร้อยละ 40.90 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบตัวแปรดังกล่าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

อภิปรายผล

หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี มีรายละเอียดอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน อาจกล่าวได้ว่า เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ปังจัยเสียง และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวโดยใช้ทฤษฎี Self-Efficacy ของแบนดูรา ซึ่งจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมอันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้ พร้อมฝึกปฏิบัติจริง และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพทำให้พัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ทฤษฎี Self-Efficacy ของแบนดูรา (Bandura, 1977) อ่างในกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้มนุษย์มีกระบวนการที่สลับซับซ้อนโดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรม คือ ความสามารถของตนเองมาจากพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านการศึกษา จิตวิทยา สังคม และด้านสุขศึกษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลด้านสุขศึกษาในการช่วยให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ได้รับความรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้และการปฏิบัติให้กับตัวเองในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี Self-Efficacy ของแบนดูรา มาออกแบบกิจกรรมจัดกิจกรรมส่งเสริมภาคทฤษฎีการเรียนรู้ควบคู่กับการปฏิบัติจริง ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การนำเสนอข้อมูลพร้อมกับการซักถามแบบรายบุคคลและอภิปรายรายกลุ่ม กิจกรรมให้ความรู้โรคความดันโลหิตที่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาออกแบบกิจกรรม คือ การเรียนรู้โดยใช้วิธีการให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติจริง และใช้สื่อต่างๆ อาทิเช่น วิดีทัศน์ วงล้อสาริตอาหาร โมเดลอาหาร การบรรยาย การระดมสมอง การปลูกจิตสำนึก การทดสอบความเค็ม การสาริตการปรุงอาหารอ่อนเค็ม กิจกรรมการฝึกอ่านฉลาก การเรียนรู้จากบุคคลตัวแบบ เน้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง และเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองโดยผ่านโปรแกรมส่งผลให้โปรแกรมเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาติน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัชกรินทร์ วัฒนกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ต้นสกุล (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเอง เรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

2. การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่าหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา มาออกแบบกิจกรรมอันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการเพิ่มทักษะการรับรู้ เกิดแรงจูงใจ และความมั่นใจ อันจะส่งผลให้ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายด้วยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ข้อมูลจากแหล่ง 4 แหล่ง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรม คือ 1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีสมรรถนะสูง ถ้าให้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ อีกรั้งก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย การกระทำกิจกรรมที่สำเร็จหลาย ๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ แผ่นภาพ การสาธิตผ่านเกม การปรุงอาหารจากผู้วิจัย และความรู้การใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง ลดการบริโภค และลดการปรุงอาหารโดยใช้เกลือและโซเดียม ลดการดื่มชา กาแฟ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวควบคุมระดับความดันโลหิต 2. การสังเกตตัวแบบ (Model) ที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะมีผลต่อการรับรู้

ความสามารถของผู้ที่สังเกตเรื่องนั้นด้วย ถ้าตัวแบบมีสถานการณ์ใกล้เคียงกับผู้สังเกตมากเท่าใดก็จะยิ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้สังเกตมากขึ้นเท่านั้น โดยการจัดกิจกรรมการใช้ตัวแบบการได้เห็นบุคคลตัวแบบเมื่อกลุ่มทดลองได้เห็นตัวแบบจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งเป็นบุคคลตัวแบบที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันทำให้กลุ่มทดลองมีความใส่ใจ จดจำเกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารได้ และกลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารด้วยแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) เพื่อใช้ในการบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ 3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือ การที่ผู้อื่นซึ่งเป็นที่เชื่อถือของบุคคลนั้น ๆ ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ทำให้บุคคลนั้นมั่นใจ มีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จมากขึ้น โดยการจัดกิจกรรมการใช้คำพูดจูงใจเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการจูงใจให้เห็นถึงความสำคัญในการควบคุมระดับ ความดันโลหิต การให้กำลังใจ และการเสริมแรงจากผู้วิจัยทุก 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยบุคคลที่เผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึก เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะลดลงเกิดความรู้สึกท้อถอยที่จะกระทำกิจกรรมใด ๆ ให้สำเร็จ โดยการจัดกิจกรรมผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลตัวแบบ มีกลุ่มเพื่อนกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิต ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร วุฒิธรรม รัตนา ข้อนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์ (2562) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวด้านรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา สุวรรณ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

3. ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยด้านความคาดหวังสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา ประกอบด้วยปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตน นำมาออกแบบกิจกรรมการรับรู้และฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมของตนเอง และปัจจัยความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งออกแบบกิจกรรมตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเกิดความมั่นใจสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวัง อันจะส่งผลให้ กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อการพัฒนาด้านความคาดหวังในความสามารถของกลุ่มทดลองโดยสนับสนุนทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า “มนุษย์จะรับพฤติกรรมโดยอ้อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ 1. การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy Expectation) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับรู้และฝึกทักษะ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ในแต่ละมีระยะเวลา 1 เดือน และทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-Liberation) ให้มีการตั้งเป้าหมายบนพื้นฐานความเป็นจริง ซึ่งในการเรียนรู้กิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น 2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวัง” เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม ความมั่นใจที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวัง โดยการจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองเรียนรู้จากบุคคลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายเรื่อง การบริโภคอาหารในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองฟังถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา กลุ่มทดลองได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการจัดกิจกรรม โดยเสนอบุคคลตัวอย่างทางบวก เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาปัจจัยทั้ง 2 ประการ อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ สำนัก, มาเรียม แอญยิ, ตัม บุนอรอด และกำไล สมรัักษ์ (2554) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตัว และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ข้อนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์ (2562) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าว โดยสนับสนุนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของเพนเดอร์ โดยการออกแบบกิจกรรมมีการสนับสนุนทางสังคม (ครอบครัว) สร้างแรงสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมจนประสบความสำเร็จตามพันธะสัญญาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อการพัฒนาด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองโดยแรงสนับสนุนทางสังคม ของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 5 แหล่ง ได้แก่ 1. ครอบครัว 2. กลุ่มเพื่อนหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคนี้อีกก่อนและมีอาการดีขึ้น 3. องค์กรศาสนา 4. กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล 5. กลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ และได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ 1. ความผูกพันและรักใคร่สนทนากับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน 2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3. การเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น 4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน 5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี 6. การได้รับการชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ทฤษฎีจึงสามารถอธิบายกลยุทธ์ต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้และไม่กลับมาเป็นหรือมีอาการอีก โดยการออกแบบกิจกรรม “คนที่ฉันรักคือเธอ” เพื่อส่งเสริมการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองจากกลุ่มบุคคลที่มี

อิทธิพลต่อกลุ่มทดลองให้กลุ่มสนับสนุนดังกล่าวสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองด้วยวิธีให้กำลังใจ พร้อมให้คำแนะนำ ปรีกษา แสดงความหวังใย การกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ และบุคคลที่มีอิทธิพล ต่อกลุ่มทดลองร่วมระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันวางแผนจัดการแก้ไข พฤติกรรมด้วยกัน สร้างแรงสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปพร้อมกัน อันจะส่งผล ให้กลุ่มทดลองเกิดแรงกระตุ้นและเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหารเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เพ็งเหล็ง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล และนิรัตน์ อิมามิ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง และการ สนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง แรงสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องมากขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2562) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ.2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยง ต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ พบว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า หลัง การทดลองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามสมมุติฐาน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าว สนับสนุนแนวคิดความ คาดหวังในความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา โดยออกแบบกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ การวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ชมวีดิทัศน์อาหาร โมเดลอาหาร ผ่านสื่ออาหาร แลกเปลี่ยน และการเรียนรู้บุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อการพัฒนาด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยสนับสนุนแนวคิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองตาม แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้นจะมี การเปลี่ยนแปลงได้แต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรม องค์ประกอบทั้ง 3 อย่าง คือ 1. Magnitude คือ ขนาดความยากง่ายหรือระดับของพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลง บุคคล

ที่มีความคาดหวังในความสามารถของตัวเองลดลงหรือมีขีดความสามารถจำกัดสามารถทำได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้ามอบหมายทำกิจกรรมที่เกินความสามารถก็จะล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายกิจกรรมจะต้องพิจารณาไม่ให้เกิดความสามารถ โดยออกแบบกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ การวิเคราะห์พฤติกรรม การบริโภคอาหารของตนเองเพื่อค้นหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตเพื่อนำมาวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2. Strength คือ ความสามารถที่จะพิจารณา และตัดสินใจความเป็นไปได้ด้านความสามารถของบุคคลนั้นที่จะปฏิบัติใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน คือ ประการที่หนึ่งการมอบหมายกิจกรรมที่จะให้ปฏิบัติซึ่งสะท้อนระดับความยากง่ายแต่ละกิจกรรม ประการที่สองการได้ซักถามถึงแนวทางและรูปแบบกิจกรรมเหล่านั้น และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนด โดยออกแบบกิจกรรมมีการชมวิดิทัศน์อาหาร โมเดลอาหาร ผ่านสื่ออาหารที่ไม่ถูกต้องที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงนำไปสู่การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจอันตรายถึงเสียชีวิตได้โดยการบรรยายและนำเสนอรูปแบบ Power Point ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) แบ่งกลุ่ม และร่วมอภิปรายกลุ่มร่วมกัน 3. Generality คือ ประสบการณ์บางอย่างจะช่วยให้เกิดความสามารถที่สามารถนำไปปฏิบัติกิจกรรมได้ในสภาพที่คล้าย ๆ กันเกิดความเชื่อของบุคคล ความคงทนต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและความเชื่อของบุคคลว่าสามารถทำได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยออกแบบกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เป็นสาเหตุไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และทำพันธสัญญากับตนเองว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมาย โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคม (ครอบครัว) ให้คำปรึกษา แนะนำ และกำลังใจ ชมเชย และพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปด้วยกันทุกกิจกรรม อันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีทัต ศรีมงคล (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความสามารถของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการ

เปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และควรจัดกิจกรรมให้มีความสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปขยายผล และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน รวมทั้งการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ในการให้บริการในโรงพยาบาล

1.2 ควรมีการวางนโยบายให้มีการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารไปแล้วเป็นระยะ ๆ

2.2 ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารพื้นที่อื่น หรือกับกลุ่มตัวอย่างอื่นต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลนิดา สายนุ้ย. (2553). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรรณิกา สุวรรณ และคณะ. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 3(2), 1-13.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการ ดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา เฟื่องเหล็ง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล และนิรัตน์ อิมามิ. (2556). ศึกษา ผลของผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอปานะ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุข ศึกษาศาสตร์, 36(123), 37-50.
- กุลลาบ กางทอง. (2552). เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อคุณลักษณะภายในตัวบุคคล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกสร ขอรัดน์ และคณะ. (2547). คู่มือการอบรมแกนนำชมรมสร้างเสริมสุขภาพ เรื่อง การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพอาหารมีคุณค่าปลอดภัยและการมีสุขภาพจิตที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คมสัน ฐิตเมธโส, เดช ชูจันอัด และปิยวรรณ หอมจันทร์. (2557). หลักพุทธธรรมในการส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉัตรณรงค์ คงขามิ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 5(2), 4-17.

- ทิพย์วรรณ สังข์ทอง และคณะ. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการของนักศึกษาศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 44 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา*. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- ธีทัต ศรีมงคล. (2560). *โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา*, 33(1), 77-89.
- นภาพร วุฒิชัยธรรม, รัตนา ข้อนทอง และชุตติมา สมประดิษฐ์. (2562). *ศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-318.
- นรินทร์ สังข์รักษา, คงเดช ลีโทชาลิต และชำนาญ สุญสินัย. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม ปี 2552*. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม.
- นุชนาด สำนัก, มาเรียม แอญยี, ตัม บัญรอด และกำไล สมรักษ์. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพ่องตะวันออก อำเภอกปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 4(2), 21-28.
- ประภา ลิ้มประสูตร. (2549). *ผลของระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวิตร. (2558). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาดิน อำเภอกเขาพนม จังหวัดกระบี่*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์*, 10(1), 15-24.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: ไอ กรู๊ป เพรส จำกัด.
- พัชรภรณ์ ตุลยกุล และจรรุวรรณ ศุภศรี. (2559). *ผลของการให้ความรู้รายกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มระยะก่อนความดันโลหิตสูง*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 10(1), 16-24.
- พิชามญช์ ภูเจริญ. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- โรงพยาบาลพาท่า. (2562). *สรุปรายงานผลงานประจำปี 2562* (รายงาน). อุดรดิตต์: โรงพยาบาลพาท่า กระทรวงสาธารณสุข.
- ศราวุธ อยู่เกษม. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. สืบค้น 17 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
- สายฝน กันธมาลี. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สารภี แสงเดช และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. (2554). *แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ตันสกุล. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 16-30.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. อุดรดิตต์: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. (2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ.2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(2), 95-104.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ตันสกุล. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 16-30.
- สุวิมล สันติเวส. (2544). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุน*

- ทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรวรรณ ประภาศิลป์. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรุณ จีรวัดน์กุล. (2547). *ชีวิตรัติน่าสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณรัตน์ บุญคำ. (2562). *รายงานควบคุมโรคไม่ติดต่อประจำปี 2562*. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลฟากท่า.
- Bandura, Albert. (1997). *Self – efficacy : The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Bell, K., Twiggs, J., & Olin, B. R. (2015). Hypertension: The silent killer| updated JNC-8 guideline. Retrieved October 17, 2019, from <https://www.scribd.com/document/310382614/CE-Hypertension-the-Silent-K>.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York : McGraw–Hill.
- Caplan RD, et al. (1976). *Adtering to Medical Regimens : Pilot Experimental in patient Education and Social Support*. Ann arbour: University of Macihigan.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Derman EW, Whitesman S, Dreyer M, Patel DN, Nossel C, MP, S. (2009). Healthy lifestyle interventions in general practice:Part 7: Lifestyle and Hypertension. *Official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 51(5), 382-386.
- Erin York Cornwell, Linda J. Waite. (2011). Social Networks and Support in Disease Management : An Examination of Hypertension among Older Adults. *Health Behaviors and Health Disparities*, 95, 2-28.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

- Feldman, R. L., D. Damron, J. Anliker, M. Ballesteros, P., Langenberg, C., DiClemente and S.Havas. (2000). The effect of the Maryland WIC 5-A-Day Promotion Program on Participants” Stage of Change for Fruit and Vegetable Consumption. *Health Education & Behavior*, 27(5), 1149–1160.
- Gottlieb. (1985). Social Network and Social Support: An over view of Research, Practice and Policy Implication. *Health Education Quarterly* 12 (Spring 1985).
- Heikki Karapainen and Eero Mervaala. (2006). Sodium Intake and Hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 49(2), 59-75.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Jan Warren-Findlow, B., R., Seymour, Larissa R, & Brunner Huber. (2011). The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health*, 37(1), 15–24.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension*, 42(6), 2106-2152.
- Joint National Committee. (1998). The 1998 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1988, 148(5), 1023-1038.
- Kahn, R. L. (1979). *Aging and social support*. In *aging from birth to death : Interdisciplinary perspective*. Colorado: Westview.
- Kaplan, B. H., T.C. Cassel and S. Gore. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15(5).
- Kim, H. H., Jung, Y. Y., & Lee, Y. K. (2012). A comparison of salty taste assessments and dietary attitudes and dietary behaviors associated with high-salt diets in four regions in Korea. *Korean Journal of Community Nutrition*, 17(1), 38-48.
- Lee, M. S. (2014). The Relationship between Dietary Behaviors/health Risk Factors and Preference for Salty Taste among Korean Elderly People Living in Rural Areas. *Korean Journal of Community Nutrition*, 19(5), 448-458.

- M N Hill, L R Bone, M T Kim, D J Miller, C R Dennison & D M Levine. (1999). Barriers to hypertension care and control in young urban black men. *American Journal of Hypertension*, 12(10), 951-958.
- Norbeck, K. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science*, 20(December), 22-29.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. Stamford, . CT: Appleton and Lange.
- Toits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Weiss, R. (1974). *The Provision of Social Relationship*. In Z. Rubin (Ed), *Doing Unto others Englewood Cliff*. N. J: Prentice-Hall.
- World Health Organization International Society of Hypertension. (1999). World health organization- international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *Clinical and hypertension*, 21(5,6), 1009-1060.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. Retrieved October 17, 2019, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHO_203.2_eng.pdf;jsessionid=6C25A3AD7C75C0836BC70D79DE9A25A8?sequence=1



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. อาจารย์ ดร.ปภาดา ชมภูนิษฐ์ ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา) อาจารย์พยาบาล
วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. ดร.ผาสุข แก้วเจริญตา ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
3. นายฤศภณ เทพอินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์
Uttaradit Rajabhat University Research Ethics Committee

27 ถนนอินใจมี ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตต์ 53000 เบอร์โทรศัพท์ 055416601-20

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุดรดิตต์
- Study Title** : The effectiveness of behavioral modification program for food consumption among high-risk group toward high-blood pressure in Faktha Sub-District, Faktha District, Uttaradit Province
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ
- สังกัดหน่วยงาน** : บัณฑิตวิทยาลัย
- วิธีทบทวน** : แบบเร่งรัด (Expedited)
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

- | | |
|--|---|
| 1. AF01-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2564 | 6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2564 |
| 2. AF02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 18 ธันวาคม 2563 | 7. โครงการวิจัยฉบับเต็ม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 18 ธันวาคม 2563 |
| 3. AF03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 18 ธันวาคม 2563 | 8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 18 ธันวาคม 2563 |
| 4. AF04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2564 | 9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 18 ธันวาคม 2563 |
| 5. AF05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2564 | |

ลงนาม:

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์

- วันที่รับรอง** : 22 มกราคม 2564
- Date of Approval** : January 22, 2021
- วันหมดอายุ** : 22 มกราคม 2565
- Approval Expire Date** : January 22, 2022

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์



ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๔๓๓

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.ปภาดา ชมภูนิษฐ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์” ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชาวกุทธิ์ จันจัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ ๐ ๘๗๘๔ ๕๖๗๗ ๙



ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๔๓๓

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.ผาสุข แก้วเจริญตา

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์” ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจิ้น)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ ๐ ๘๗๘๔ ๕๖๗๗ ๙

ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๔๓๓



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายกฤษภณ เทพอินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์” ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

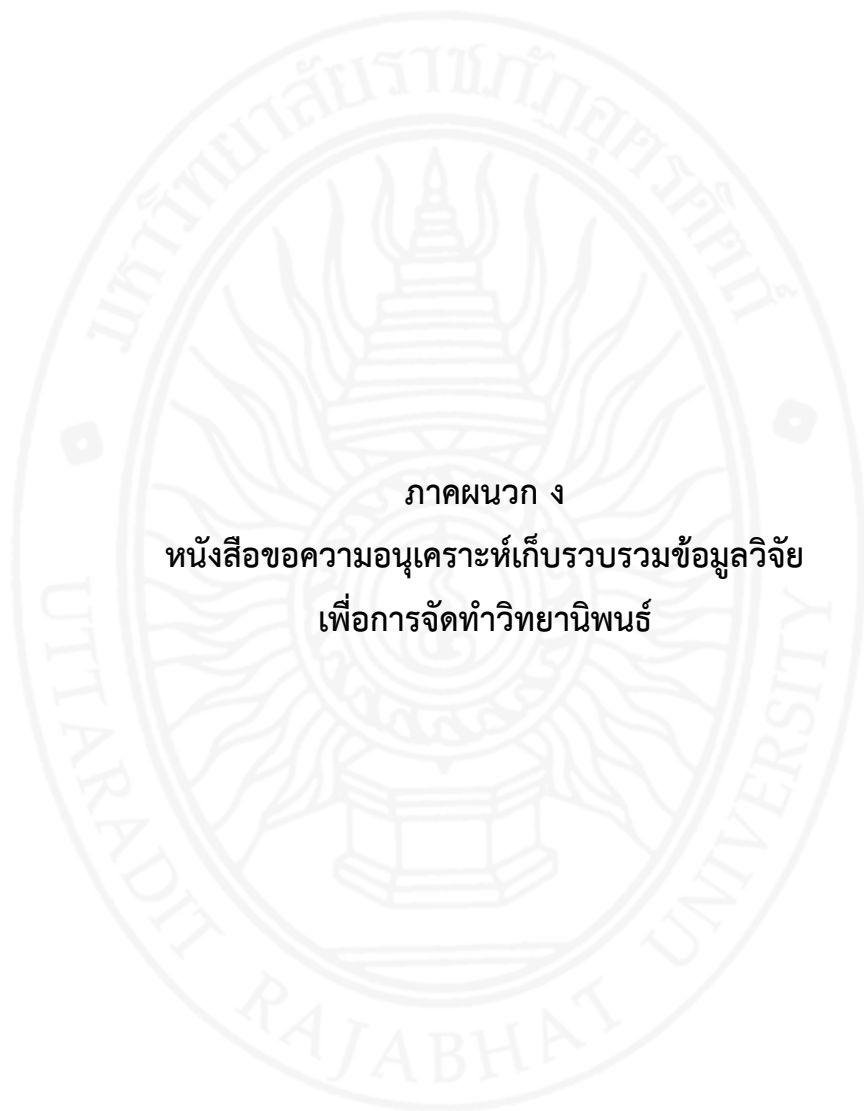
(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจิ้น)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ ๐ ๘๗๘๔ ๕๖๗๗ ๙



ภาคผนวก ง
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
เพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์



ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/๐๕๒

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๒๙ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพากท่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ จำนวน ๖๔ ชุด

ด้วย นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลพากท่า อำเภอพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์” ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน อนุญาตให้ นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตามแบบสอบถามแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในชั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ ๐ ๘๗๘๔ ๕๖๗๗ ๙



ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/๐๕๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๒๙ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ จำนวน ๓๐ ชุด

ด้วย นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์” ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน อนุญาตให้ นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ เข้าดำเนินการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตามแบบสอบถามแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในชั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ ๐ ๘๗๘๔ ๕๖๗๗ ๙



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

**ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ
ความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์**

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ จึงขอความกรุณาให้ท่านได้สละเวลาอันมีประโยชน์ของท่านตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งการตอบของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของท่าน ผู้วิจัยถือโอกาสนี้ขอขอบคุณเป็นอย่างมากที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความจริงใจ แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 6 ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน 9 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่ท่านได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวอรุณรัตน์ บุญคำ

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความตามแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพ

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย

() 4. หย่าร้าง/แยกกันทาง

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียน

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

() 5. อนุปริญญา/ปวส.

() 6. ปริญญาตรี

() 7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() 2. เกษตรกร

() 3. ค้าขาย

() 4. รับจ้าง

() 5. รับราชการ

() 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

() 7. รัฐวิสาหกิจ

() 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ใช่ ถ้าคำถามตรงกับข้อความในช่องคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ไม่ใช่ ตามคำตอบที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	สำหรับผู้วิจัย
1. อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต			
2. ความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่า (หรือเท่ากับ) 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขณะพัก 5 นาที และวัดซ้ำ 3-5 วัน			
3. ความดันโลหิตที่ระดับสูงเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ			
4. ระดับความดันโลหิตสูง ถ้าปล่อยให้เป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตลดลงอาจทำให้ตายได้			
5. การลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมที่อยู่ในอาหารแปรรูป			
6. ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากไม่มีอาการไม่ต้องไปพบแพทย์			
7. ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง คือ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก			
8. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่ทำให้ความดันโลหิตของท่านสูงขึ้น			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ ตามความรู้สึกเชื่อมั่นของท่านในข้อความต่อไปนี้ คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด โดยให้ความหมายความมั่นใจมีดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

ข้อความ	ระดับความมั่นใจที่ท่านสามารถกระทำ					สำหรับผู้วิจัย
	มั่นใจมากที่สุด (5)	มั่นใจมาก (4)	มั่นใจปานกลาง (3)	มั่นใจเล็กน้อย (2)	ไม่มั่นใจเลย (1)	
1. เมื่อท่านทำอาหารรับประทานเองจะลดการเติมเครื่องปรุงรส เช่น ปลาร้า เกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรสในอาหารที่ปรุง						
2. เมื่อรับประทานอาหารประเภทแกงหน่อไม้ หมกหน่อไม้ น้ำพริก ฯลฯ จะชิมอาหารก่อนเติมเครื่องปรุงและลดการเติมในอาหารที่รับประทานเพิ่ม						
3. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผักดองและผลไม้ดองในน้ำเกลือ						
4. ลดปริมาณการรับประทานอาหารทะเลที่มีโซเดียมสูง เช่น หอยแครง หอยแมลงภู่						
5. การลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์ เหล้าขาว เหล้าป่า สาโท						
6. ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ						
7. ไม่ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ได้แก่ มะรุมสกัด เห็ดหลินจือสกัด กระเทียมสกัด ฯลฯ ทานเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง						

ข้อความ	ระดับความมั่นใจที่ท่านสามารถ กระทำ					สำหรับผู้วิจัย
	มั่นใจมากที่สุด (5)	มั่นใจมาก (4)	มั่นใจปานกลาง (3)	มั่นใจเล็กน้อย (2)	ไม่มั่นใจเลย (1)	
8. รับประทานอาหารที่สดปรุงสุกใหม่ๆ ทุกมื้อและ หลีกเลี่ยงปลากระป๋อง แหนม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ฯลฯ						
9. ในแต่ละวันรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือหรือ โซเดียมไม่เกิน 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- 5 = คาดหวังมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมากที่สุด
 4 = คาดหวังมาก หมายถึง ท่านมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมาก
 3 = คาดหวังปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างน้อย
 2 = คาดหวังเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเล็กน้อย
 1 = ไม่มีความคาดหวัง หมายถึง ท่านไม่มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ระดับความคาดหวัง					สำหรับผู้วิจัย
	คาดหวังมากที่สุด (5)	คาดหวังมาก (4)	คาดหวังปานกลาง (3)	คาดหวังเล็กน้อย (2)	ไม่มีความคาดหวัง (1)	
1. หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการลดการบริโภคอาหารเครื่องปรุงรส เช่น ปลาจ๋า เกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
2. หลังเข้าร่วมกิจกรรมท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยในการรับประทาน						
3. หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยลดการรับประทานอาหารประเภทแปรรูปหรือถนอมอาหาร ได้แก่ ปลากระป๋อง ผักดองเค็ม						
4. หลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการบริโภคอาหารเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ได้แก่ ปลาจ๋า เกลือ น้ำปลา ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส						
5. หลังเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเพิ่มขึ้น						
6. หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้						

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (คนในครอบครัว) ในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบตามความเป็นจริงในข้อความต่อไปนี้ คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด โดยให้ความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด
 4 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนมาก
 3 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
 2 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนน้อย
 1 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

คำถาม	ระดับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม					สำหรับผู้วิจัย
	ได้รับมากที่สุด (5)	ได้รับมาก (4)	ได้รับปานกลาง (3)	ได้รับน้อย (2)	ได้รับน้อยที่สุด (1)	
1. คนในครอบครัวเตรียมอาหารและปรุงใช้เดิมลดลงจากเดิม						
2. รู้สึกอบอุ่นและมั่นใจเมื่อคนในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่สุขภาพ						
3. คนในครอบครัวช่วยเสริมความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การเลือกซื้ออาหาร เลือกใช้เครื่องปรุงรสต่าง ๆ						
4. คนในครอบครัวเสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
5. คนในครอบครัวช่วยกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการบันทึกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร						
6. คนในครอบครัวปฏิบัติร่วมไปพร้อมกัน และมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
7. คนในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตรงกับกับการปฏิบัติของผู้ตอบมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ ทุกวันหรือทุกครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ 2-3 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ เลย

คำถาม	ระดับความถี่ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้น ๆ				สำหรับผู้วิจัย
	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติ (1)	
1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยรับประทานผักและผลไม้วันละ 400 กรัม หรือเท่ากับ 4-6 ทัพพี เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สมุนไพรสดหรือเครื่องเทศพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบแทนเครื่องปรุงรสต่าง ๆ					
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการปรุงอาหารเองที่บ้านและควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารทุกครั้ง					
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวที่มีโซเดียมสูงและเบอเกอร์ เช่น ข้าวเกรียบกุ้ง มันฝรั่งทอด เค้ก คุกกี้ ฯลฯ					
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการอ่านฉลากอาหารเพื่อตรวจสอบปริมาณส่วนประกอบของโซเดียม					
6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาซึ่ม แหนม ผักดอง อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ฯลฯ					
7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการลดการบริโภคโซเดียมลดลงเหลือเพียง 3 กรัม/วัน หรือ ½ ช้อนชา/วัน					
8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ					
9. การแลกเปลี่ยนพูดคุย ปรึกษา วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง					

แผนกิจกรรมในการวิจัย

แผนกิจกรรมในการศึกษาประกอบด้วย 8 แผนการอบรม ซึ่งประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทำให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น

แผนกิจกรรมประกอบด้วย 8 แผน ดังต่อไปนี้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

สำหรับกิจกรรมแรกในสัปดาห์นี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-Test) ด้วยแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน ทำหน้าที่ช่วยกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ “ฮักโฮม ผูกเสี่ยว” และช่วยทำหน้าที่ให้ความรู้การฝึกอ่านฉลาก เพื่อดูปริมาณเกลือและโซเดียมผ่านสื่อตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยประเมินกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pre-Test) ด้วยแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถาม สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลอง ได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพาทา

อุปกรณ์/สื่อ

1. แบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-Test)
2. โปรแกรมนำเสนองาน Power Point “สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง”
3. ตัวอย่างเครื่องปรุงอาหาร เครื่องดื่ม อาหารสำเร็จรูป
4. ปากกา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และขอดำเนินการวิจัย
2. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลก่อนการทดลอง และสอบถามพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อประเมินปริมาณเกลือและโซเดียมของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ “ฮักโฮม ผูกเสี่ยว” เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทำความรู้จักกันมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
2. ผู้วิจัยได้นำเข้าสู่บทเรียน โดยการนำเสนอสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงระดับประเทศระดับภาค ระดับจังหวัด และในชุมชน ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. กิจกรรมการให้ความรู้กิจกรรมฝึกอ่านฉลาก เพื่อดูปริมาณเกลือและโซเดียมผ่านสื่อตัวอย่างเครื่องปรุงอาหาร เครื่องดื่ม อาหารสำเร็จรูป
4. การสร้างแรงจูงใจ ถามความรู้เดิมที่กลุ่มทดลองเคยได้รับ และสิ่งที่กลุ่มทดลองต้องการรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมจากกิจกรรมให้ความรู้
5. ผู้วิจัยสรุปสาระที่ได้เรียนรู้กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 เพิ่มเติมส่วนที่ขาด และกล่าวชมเชยกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการกิจกรรมเป็นอย่างดี และนัดกิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 4 มีนาคม 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพาทา

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และการให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มทดลองบอกสถานการณ์ ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
3. กลุ่มทดลองสามารถอ่านค่าปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดปริมาณเกลือและโซเดียมได้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย อาการ ระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาหารหลักเสี่ยงเกิดโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวันและแต่ละสัปดาห์รวมถึงระดับความดันที่ลดลง หากบริโภคอาหารตามแนวทางดังกล่าว โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารผ่านสื่อวงล้อสารอาหารจานเดียว โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน 55 ชนิด การจัดอาหารการบริโภคอาหารในแต่ละมื้ออาหาร คือ การปฏิบัติ และการลดการบริโภคอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว ไขมันทุกชนิด และคอเลสเตอรอล เน้นการเพิ่มผักและผลไม้ วันละ 40 กรัม ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ รวมไปถึงการบริโภคเมล็ดธัญพืช ปลา สัตว์ปีก ถั่วเมล็ดแห้ง ลดจำพวกเนื้อสัตว์ติดมัน และในการบริโภคอาหารแต่ละมื้อควรลดปริมาณเกลือและโซเดียมในแต่ละมื้อของอาหารไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (2,300 มิลลิกรัม) จำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์ 1 ตีมาตรฐานในเพศหญิง หรือ 2 ตีมาตรฐานในเพศชายตี (1 ตีมาตรฐานเท่ากับ เบียร์ 12 ออนซ์ ไวน์ 5 ออนซ์ เอทานอล หรือเบียร์ 360 มล. เท่ากับ 1 กระจอง หรือไวน์ 150 มล.

หรือวิสกี้ 45 มล. หรือมีเอทิล แอลกอฮอล์ประมาณ 14 กรัม คาเฟอีนไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน) สาธิตการปรุงอาหารที่บ้านเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การจำกัดปริมาณเกลือแกงในแต่ละมื้ออาหารรวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของโซเดียมในรูปแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการบริโภคไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน การทดสอบวัดความเค็ม (Salinity Meter) ในตัวอย่างอาหาร ใช้กระบวนการปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ และเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. วัสดุทัศนของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
2. สื่อวงล้อสาธิตอาหารจานเดียว
3. โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน 55 ชนิด
4. การสาธิตการปรุงอาหาร
5. เครื่องวัดความเค็ม (Salinity Meter)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นกลุ่มทดลองได้ฝึกการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนพูดคุยสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเชื่อมโยงเข้าสู่การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและสูตรอาหารกลุ่มทดลอง 5 ท่านในเรื่องอาหารที่ขอรับประทานและทานประจำเพื่อเชื่อมโยงสู่เนื้อหาการให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร
2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารผ่านสื่อวงล้อสาธิตอาหารจานเดียว โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน 55 ชนิด และเมนูอาหารที่บ้านอ่อนเค็ม อธิบายถึงการปฏิบัติและการลดการบริโภคอาหารประเภทไขมัน เน้นการเพิ่มผักและผลไม้ และในการบริโภคอาหารแต่ละมื้อควรลดปริมาณเกลือและโซเดียม จำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสาธิตการปรุงอาหาร การทดสอบวัดความเค็ม (Salinity Meter) ในตัวอย่างอาหารใช้กระบวนการปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก และกระตุ้นให้เกิดสมดุลในการตัดสินใจ เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรม

4. แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ทำกิจกรรมเปรียบเทียบข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารปัจจุบันเพื่อกระตุ้นให้เกิดสมดุลในการตัดสินใจ ตัวแทนกลุ่มเสนอแนวคิดของแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 20 นาที

5. ผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละกลุ่ม และนำเสนอเพิ่มเติมเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเล่าปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อนำข้อมูลมารวบรวมกันแก้ไขปัญหาต่อไปพร้อมให้กำลังใจ

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณ และกระตุ้นให้กลุ่มทดลองนำความรู้ในกิจกรรมวันนี้เป็นแนวทางเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งแนะนำคนในครอบครัวปฏิบัติพร้อมกัน และนัดหมายครั้งต่อไปกิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) วันที่ 11 มีนาคม 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง บอกสาเหตุ อาการแสดง ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงได้
2. กลุ่มทดลองบอกวิธีป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อความดันโลหิตตนเองได้ที่บ้าน

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

สำหรับการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้การใช้สมุนไพรพื้นถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผักกระทอนแทนปลาร้า” และผู้วิจัยจัดตัวอย่างอาหารและปริมาณการบริโภคอาหารในแต่ละมื้ออาหารโดยผ่านสื่อ แผ่นภาพ จากนั้นแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้แต่ละกลุ่มอภิปรายการคาดการณ์การเลือกวัตถุดิบอาหาร โดยผ่านเกม “ชิม ช้อบ ไซ้” ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาพร้อมทั้งการอภิปรายแผนการเลือกจ่ายตลาด และผู้วิจัยสรุปผลการเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้ในแต่ละมื้อ กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. แผ่นภาพอาหาร
2. ตัวอย่างสมุนไพรพื้นถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผักกระทอนแทนปลาร้า”
3. เกม “ชิม ช้อบ ไซ้”
4. กระดาษ Flip Chart
5. ปากกาเคมี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้
2. เพื่อกลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์ วางแผน และประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของตนเองได้

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนความรู้กิจกรรมสัปดาห์ที่ผ่านมา และผู้วิจัยนำเข้าสู่การให้ความรู้การใช้สมุนไพรพื้นถิ่น “ผงนัวปรุงรส” และ “น้ำผักกระทอนแทนปลาร้า” ในอาหารทดแทนการใช้เครื่องปรุงรสที่มีเกลือและโซเดียมสูงส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตสูง
2. ผู้วิจัยจัดตัวอย่างอาหาร และปริมาณการบริโภคอาหารในแต่ละมื้ออาหาร โดยผ่านสื่อแผ่นภาพอาหารที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น จากนั้นผู้ช่วยวิจัยแบ่งสมาชิกกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ให้แต่ละกลุ่มอภิปรายการคาดการณ์เลือกวัตถุดิบอาหารที่บริโภคได้นำมาปรุงในครัวเรือนแต่ละมื้อ โดยผ่านเกม “ชิม ช้อบ ไซ้” เพื่อลดความดันโลหิตสูงและให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
3. ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาพร้อมทั้งการอภิปรายแผนการเลือกจ่ายตลาดที่นำมาประกอบอาหารในครัวเรือนหรือการบริโภคในแต่ละวัน
4. ผู้วิจัยสรุปผลการเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้ในแต่ละมื้อ กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลทำให้กลุ่มทดลองเริ่มประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกท่านแล้วสรุปสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมวันนี้ และนัดหมายครั้งต่อไป กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 18 มีนาคม 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. กลุ่มทดลองสามารถบอกชนิดอาหาร การจำแนกอาหาร และเลือกการใช้สมุนไพรพื้นถิ่นทดแทนเครื่องปรุงรสที่มีส่วนประกอบของเกลือและโซเดียมปรุงอาหารแทนได้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

สำหรับการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ให้กลุ่มทดลองพร้อมทั้งสอนวิธีการบันทึกการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ โดยวิธีการจดบันทึกรายการอาหารปริมาณอาหาร และส่วนประกอบของอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ในระยะเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งบันทึกปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการได้รับเกลือและโซเดียมที่มีต่อร่างกายพร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และให้ทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-Liberation) สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. แบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record)
2. ปากกา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองฝึกการประเมินตนเองตามเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามที่ตั้งไว้

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าสู่บทเรียนมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
2. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ให้กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งสอนวิธีการบันทึกการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ โดยให้กลุ่มทดลองประเมินปริมาณการได้รับเกลือและโซเดียมของตนเองที่บริโภคในปัจจุบันเป็นการประเมินปริมาณเกลือและโซเดียมที่บุคคลได้รับจากการบริโภคอาหาร โดยวิธีการจดบันทึกรายการอาหารปริมาณอาหารและส่วนประกอบของอาหารที่บริโภคใน 1 วัน โดยการจดบันทึกแบ่งเป็นมื้ออาหาร จดบันทึกอาหารคาว อาหารหวาน เครื่องดื่ม ผักผลไม้ ปริมาณเกลือและโซเดียม และผลิตภณฑ์จากเกลือและโซเดียมที่เติมในระหว่างรับประทานอาหารในแต่ละมื้อที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงในแต่ละมื้ออาหารต่อ 1 สัปดาห์ ในระยะเวลา 1 เดือน

ให้กับกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งรายละเอียดการบันทึกปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการได้รับเกลือและโซเดียมที่มีต่อร่างกาย พร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของกลุ่มทดลอง และให้ทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-Liberation) โดยช่วยให้มีการตั้งเป้าหมายบนพื้นฐานความเป็นจริง และประสบความสำเร็จได้ในเวลาสั้นๆ พร้อมทั้งให้กล่าวถึงความคาดหวังและการกำหนดเป้าหมายในอนาคต

3. ผู้วิจัยอธิบายผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและส่งเสริมสุขภาพตนเอง
4. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยกลุ่มทดลองที่ตั้งใจฝึกการบันทึกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) เสริมแรงจูงใจ และให้กำลังใจประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามพันธะสัญญาที่ตั้งไว้
5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกท่านแล้วสรุปสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมวันนี้ และนัดหมายครั้งต่อไปกิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) วันที่ 25 มีนาคม 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร
2. กลุ่มทดลองได้ฝึกการประเมินตนเองตามเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามที่ตั้งไว้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5)

สำหรับการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยได้เชิญบุคคลตัวแบบ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยเล่าประสบการณ์ที่ถูกต้อง โดยการให้กลุ่มทดลองเห็นตัวแบบ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กลุ่มทดลอง มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลตัวแบบ สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. บุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง
2. โปรแกรมนำเสนองาน Power Point “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวแบบ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้จากบุคคลตัวแบบ ความเชื่อมั่น เกิดการลอกเลียนแบบ และจดจำ คล้อยตามที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ติดตามถึงการบันทึกแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตพร้อมแนะนำวิทยากรรับเชิญบุคคลตัวแบบ ผู้วิจัยได้เชิญบุคคลตัวแบบกล่าวประวัติส่วนตัว

2. เข้าสู่กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกจากบุคคลต้นแบบ กระทำพฤติกรรมใดแล้วประสบผลสำเร็จ โดยเล่าประสบการณ์ที่ถูกต้องในการเลือกการบริโภคอาหารและการกำหนดปริมาณเกลือและโซเดียม ทานผักและผลไม้เพิ่ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขา กาแฟที่เหมาะสม โดยการให้กลุ่มทดลองเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและควบคุมระดับความดันโลหิตลดลง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่จะนำมาบริโภคในแต่ละมื้อ

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลตัวแบบ และให้บุคคลต้นแบบตอบคำถามกลุ่มทดลองเพิ่มความเชื่อมั่นให้กลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. ผู้วิจัยได้สรุปสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมวันนี้ และกล่าวขอบคุณพร้อมมอบของขวัญให้กับบุคคลตัวแบบ

5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกท่านและนัดหมายครั้งต่อไปกิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) วันที่ 1 เมษายน 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพาท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

2. กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่จะนำมาบริโภคในแต่ละมื้อได้

3. กลุ่มทดลองได้เรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และควบคุมระดับความดันโลหิตลดลง เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนมากขึ้นจากระยะซึ่งใจและพร้อมปฏิบัติ

แผนกิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6)

สำหรับการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกันเองจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) โดยการอภิปราย นอกจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองในรูปแบบกิจกรรม “คนที่ฉันรักคือเธอ” จากนั้นให้กลุ่มทดลองจัดลำดับความสำคัญของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองลงในกระดาษ ผู้วิจัยจะส่งหนังสือเชิญกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองมาพูดคุย พร้อมชี้แนะแนวทางการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสัปดาห์ต่อไป สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพาท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. แบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record)
2. กระดาษ A4
3. ปากกา
4. หนังสือเชิญกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ฝึกการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองฝึกการประเมินตนเองตามเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามที่ตั้งใจไว้

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเข้าสู่กิจกรรม
2. ผู้วิจัยจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกันเอง และให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์การเลือกและบริโภคอาหารที่ผ่านมาตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโปรแกรม และจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record)

3. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยกลุ่มทดลองที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน โดยการบันทึกข้อมูลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการอภิปรายการบอกเล่าของกลุ่มทดลอง

4. นอกจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสอบถามข้อมูลของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองในรูปแบบกิจกรรม “คนที่ฉันรักคือเธอ” ซึ่งผู้วิจัยจะใช้คำถามนำ เพื่อนำไปสู่คำตอบของกลุ่มทดลอง เมื่อกลุ่มทดลองได้คำตอบแล้วให้เขียนลงในกระดาษ A4 ที่พับเป็น 4 ส่วน จากนั้นให้กลุ่มทดลองจัดลำดับความสำคัญของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองทั้ง 4 ช่องที่เขียนลงในกระดาษ

5. จากนั้นผู้วิจัยจะส่งหนังสือเชิญกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองมาพูดคุย พร้อมชี้แนะแนวทางการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโภชนาการที่เหมาะสมในกิจกรรมสัปดาห์หน้า

6. ผู้วิจัยได้สรุปสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมวันนี้ กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกคนและนัดหมายครั้งต่อไปกิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7) วันที่ 8 เมษายน 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริการโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริการโภชนาการ
2. กลุ่มทดลองได้รับกำลังใจการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้รับคำแนะนำปรึกษา กระตุ้นให้กลุ่มทดลองที่เจออุปสรรคมีความมั่นใจตนเองว่าสามารถทำได้ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโภชนาการ

แผนกิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7)

สำหรับการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยนัดกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมรับฟังแนวทางหลักการ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมบริการโภชนาการและควบคุมระดับความดันโลหิตให้กลุ่มสนับสนุนดังกล่าวเกิดความตระหนักในการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากท่า

อุปกรณ์/สื่อ

1. วีดิทัศน์ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
2. โปรแกรมนำเสนองาน Power Point “อันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง”
3. กระดาษ Flip Chart
4. ปากกาเคมี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวให้กับกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
2. เพื่อเพิ่มการรับรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง และเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวให้ประสบความสำเร็จตามแผนที่ตั้งไว้

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา และต้อนรับกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองได้ทำความรู้จักกัน มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
3. ผู้วิจัยนำกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมรับฟังแนวทางหลักการ และคำแนะนำการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลอง การให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และควบคุมระดับความดันโลหิตพร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มสนับสนุนดังกล่าวเกิดความตระหนักในการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน ให้แต่ละกลุ่มอภิปรายการบริโภคอาหารที่มีภาวะเสี่ยงส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตสูงและวางแผนการควบคุมตนเองและบุคคลในครอบครัวการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร เพื่อให้เกิดทักษะและสามารถไปใช้ในชีวิตประจำวัน พร้อมแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
5. ผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละกลุ่ม และนำเสนอเพิ่มเติมเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยกล่าวชมเชยทุกกลุ่มตั้งใจร่วมกันอภิปรายเปิดโอกาสให้สอบถามเพิ่มเติม และเสริมแรงจูงใจให้กำลังใจประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแผนที่ตั้งไว้
6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลอง นัดหมายครั้งต่อไปกิจกรรมที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 15 เมษายน 2564 ณ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพาท่า

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากบุคคลในครอบครัว
2. กลุ่มทดลองสามารถควบคุมตนเอง และบุคคลในครอบครัวมีการรับรู้ เพิ่มทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เกิดความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ประสบความสำเร็จตามแผนที่ตั้งไว้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8)

สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์สุดท้าย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-Test) ด้วยแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยประเมินหลังการทดลองแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) จากกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยสรุปวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองทุกท่านนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และยุติการทดลองของกลุ่มทดลอง สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์นี้สามารถนัดหมายกลุ่มทดลองได้ครบทุกคน และกิจกรรมการติดตามกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมเดือนที่ 1, 2, 3 เพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรม

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ หอประชุมอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลพากา

อุปกรณ์/สื่อ

1. แบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-Test)
2. แบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record)
3. กระดาษ Flip Chart
4. ปากกาเคมี
5. ปากกา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนกิจกรรมและสรุปความรู้จากการเรียนรู้กิจกรรมที่ 1-7 (สัปดาห์ที่ 1-7)
2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-Test) ด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย
3. ผู้วิจัยประเมินหลังการทดลองแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) จากกลุ่มทดลองแล้วผู้วิจัยสรุปวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ของแต่ละบุคคล สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่พบในการบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record) ร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

4. ผู้วิจัยขอให้สมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทดลองทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกสัปดาห์ และมอบของที่ระลึกพร้อมให้กำลังใจกับกลุ่มทดลองทุกคน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และยุติการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองและบุคคลในครอบครัว

2. กลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเองและบุคคลในครอบครัว

3. กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาล
พากท่า

แบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food Record)

ส่วนที่ 1 พันธสัญญากับตนเอง (Self-Liberation)

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

1. เป้าหมายของฉัน (บอกสิ่งที่คุณต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร)

ระยะยาว.....

.....

ระยะสั้น.....

.....

2. แผนที่จะทำ

1.....

2.....

3.....

3. ระยะเวลา (วัน/เดือน/ปี) เริ่มต้น..... สิ้นสุด.....

4. ความถี่ (ต่อสัปดาห์)

5. อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น.....

.....

.....

6. วิธีเอาชนะอุปสรรค.....

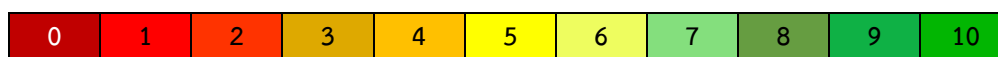
.....

.....

7. ระดับความมั่นใจต่อความสำเร็จ

(น้อย)

(มาก)



ส่วนที่ 3 ทานผักและผลไม้สด (วันละครึ่งกิโลกรัม)

วิธีทำ : บันทึกทุกวัน (ระยะเวลา 30 วัน) ถ้าวันใดทานผักและผลไม้สดวันละครึ่งกิโลกรัม ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับวันนั้น, ถ้าไม่ได้ทานผักและผลไม้สด หรือทานผักและผลไม้สดไม่ถึงวันละครึ่งกิโลกรัม ให้ใส่เครื่องหมาย x ในช่องที่ตรงกับวันนั้น

สัปดาห์/วัน	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
สัปดาห์ที่ 1							
สัปดาห์ที่ 2							
สัปดาห์ที่ 3							
สัปดาห์ที่ 4							
สัปดาห์ที่ 5							

หมายเหตุ... แผลผล มีพฤติกรรมทานผักและผลไม้สด

ระดับสีเขียว คือ ทานผักและผลไม้สด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัมทุกวันหรือทานผักและผลไม้ตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 24 วัน แสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือดีมาก

ระดับสีเหลือง คือ กินผักและผลไม้สด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม 18-24 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลาง ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับสีแดง คือ กินผักและผลไม้สด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม น้อยกว่า 18 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมาก ต้องแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพโดยเร่งด่วน

ส่วนที่ 4 สามารถลด ละ เลิก การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีทำ : บันทึกทุกวัน (ระยะเวลา 30 วัน) ถ้าวันใดไม่มีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับวันนั้น, ถ้ามีการดื่ม ให้ใส่เครื่องหมาย x ในช่องที่ตรงกับวันนั้น

สัปดาห์/วัน	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
สัปดาห์ที่ 1							
สัปดาห์ที่ 2							
สัปดาห์ที่ 3							
สัปดาห์ที่ 4							
สัปดาห์ที่ 5							

หมายเหตุ... แผลผล มีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลด ละ เลิก การดื่มชา กาแฟ

ระดับสีเขียว คือ ไม่มีการดื่มชา กาแฟทุกวันหรือดื่มน้อยกว่า 6 วัน แสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือดีมาก

ระดับสีเหลือง คือ มีการดื่มชา กาแฟตั้งแต่ 6-12 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลาง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับสีแดง คือ มีการดื่มชา กาแฟมากกว่า 12 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมาก ต้องแก้ไขพฤติกรรม สุขภาพโดยเร่งด่วน

ส่วนที่ 5 สามารถลด ละ เลิก การดื่มชา กาแฟ

วิธีทำ : บันทึกทุกวัน (ระยะเวลา 30 วัน) ถ้าวันใดไม่มีการดื่มชา กาแฟ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับวันนั้น, ถ้ามีการดื่ม ให้ใส่เครื่องหมาย x ในช่องที่ตรงกับวันนั้น

สัปดาห์/วัน	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
สัปดาห์ที่ 1							
สัปดาห์ที่ 2							
สัปดาห์ที่ 3							
สัปดาห์ที่ 4							
สัปดาห์ที่ 5							

หมายเหตุ... แผลผล มีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลด ละ เลิก การดื่มชา กาแฟ

ระดับสีเขียว คือ ไม่มีการดื่มชา กาแฟทุกวันหรือดื่มน้อยกว่า 6 วัน แสดงว่า เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือดีมาก

ระดับสีเหลือง คือ มีการดื่มชา กาแฟตั้งแต่ 6-12 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลาง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับสีแดง คือ มีการดื่มชา กาแฟมากกว่า 12 วัน แสดงว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมาก ต้องแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพโดยเร่งด่วน



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	อรุณรัตน์ บุญคำ
วัน เดือน ปี เกิด	2 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2551 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
ที่อยู่ปัจจุบัน	92/3 หมู่ 5 ตำบลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ 53180

