

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรม
การบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



นายธีระพล ชัยสงคราม

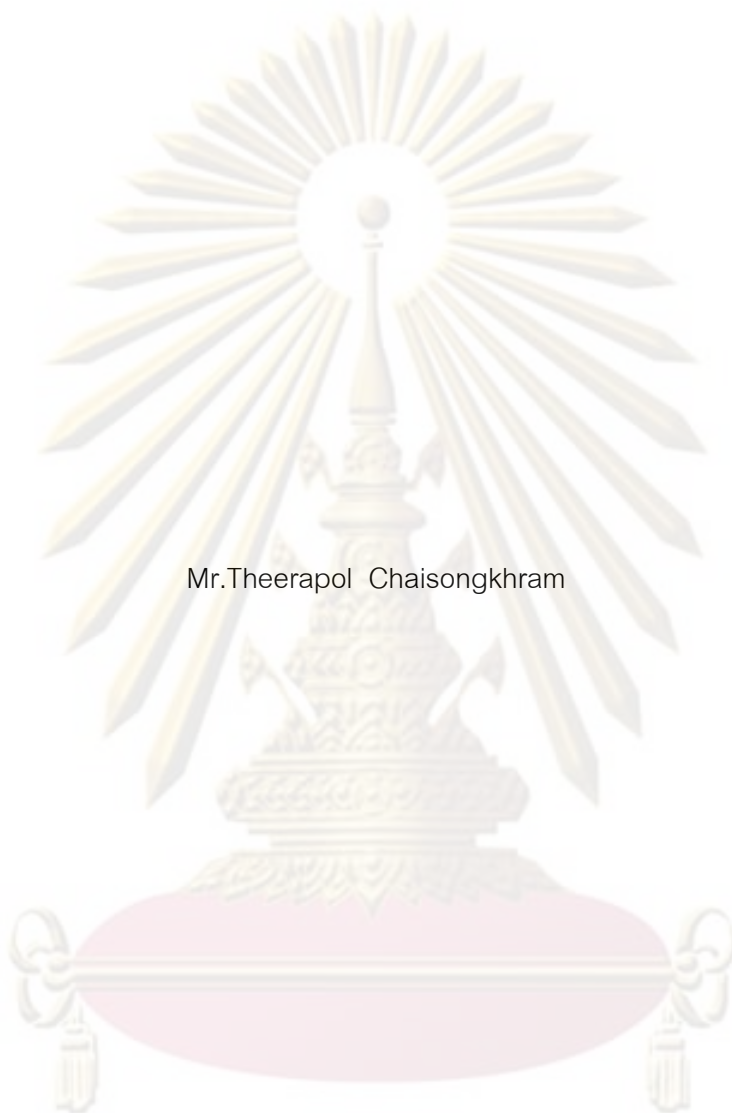
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF LOW-SALT DIET CONSUMPTION PROMOTING PROGRAM ON SALT
CONSUMPTION BEHAVIORS OF HYPERTENSIVE PATIENTS



Mr.Theerapol Chaisongkham

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University
Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อ
พฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดย

นายธีระพล ชัยสงคราม

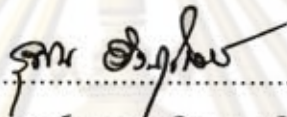
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

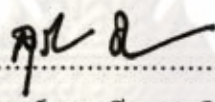
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

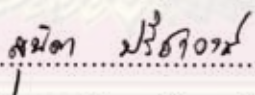
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัยภักขิต)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธีระพล ชัยสงคราม : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรม
การบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (THE EFFECT OF LOW - SALT DIET
CONSUMPTION PROMOTING PROGRAM ON SALT CONSUMPTION BEHAVIORS
OF HYPERTENSIVE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์,
130 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ
บริโภคอาหารเกลือต่ำและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่
ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิก
โรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 60
คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกันในด้านเพศ อายุ และการได้รับยา
ควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ
กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการ
บริโภคอาหารเกลือต่ำที่ผู้วิจัยพัฒนามาประยุกต์ใช้จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการ
บริโภคเกลือ เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน
และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Apha) เท่ากับ .83 วิเคราะห์
ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่ม
ทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สูงกว่าก่อนได้ รับโปรแกรม
ส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่ม
ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....
ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977569536: MAJOR ADULT NURSING

KEYWORDS : LOW-SALT DIET / HYPERTENSION / SALT CONSUMPTION
BEHAVIORS / TRANSTHEORETICAL MODEL

THEERAPOL CHAISONGKHRAM: THE EFFECT OF LOW-SALT DIET
CONSUMPTION PROMOTING PROGRAM ON SALT CONSUMPTION
BEHAVIORS OF HYPERTENSIVE PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSIST. PROF.
SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D. 100 pp.

The purpose of this quasi-experimental study was to explore the effect of the low salt diet consumption promoting program on salt consumption behaviors among hypertensive patients. The study samples were sixty patients with hypertensive receiving care at a hypertensive clinic of a community hospital in Songkhla province. Thirty patients were assigned to a control group and the other 30 to an experimental group. Both groups were matched by age, gender, and anti-hypertensive medication. The control group received conventional nursing care while the experimental group participated in the low salt diet promoting program. The collecting data instruments were the demographic questionnaire and the salt consumption behaviors questionnaire. Content validity of the instruments were evaluated by five experts and the Cronbach's alpha coefficient of the salt consumption behaviors questionnaire was .83. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired sample t-test, and Independent t-test.

The major findings were as follows:

1. The mean score of salt behaviors consumption of hypertensive patients in the experimental group after receiving the low-salt diet consumption promoting program was significantly higher than the mean score before receiving the program ($p < .05$).
2. The mean score of salt behaviors consumption of hypertensive patients in the experimental group after receiving the low-salt diet consumption promoting program was significantly higher than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study : Adult Nursing

Student's Signature *Theerapol*

Academic Year : 2009

Advisor's Signature *Sunida Preechawong*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปัญหา และข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเยี่ยม เสมอมาผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธาน สอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ ให้ทุนบัณฑิตรุ่นเยาว์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งใน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการ ปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบัวน้อย หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาต่อ รวมทั้งได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย ด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดาและมารดาที่เป็นที่รักยิ่ง ที่ให้สติปัญญาและ สิ่งที่ดีงาม ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ และความห่วงใยด้วยดีเสมอมา และกัลยาณมิตรทุกท่านสำหรับกำลังใจ ความเอื้ออาทร ตลอดจนความช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดมาจนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ธีระพล ชัยสงคราม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคความดันโลหิตสูง.....	11
ปริมาณความต้องการเกลือของร่างกาย.....	22
พฤติกรรมการบริโภคเกลือ.....	23
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ.....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือ.....	28
บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง.....	31
ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	33
โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52

	ช
	หน้า
บทที่ 3(ต่อ) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	77
การอภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะในการนำวิทยานิพนธ์ไปใช้.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	87
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	98
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ง แสดงค่าคะแนนแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองใน การลดการบริโภคเกลือของกลุ่มตัวอย่าง.....	122
ภาคผนวก จ แสดงการจับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่าง.....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตด้วยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป.....	12
2	แสดงระยะเวลาของในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	35
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัว เพื่อลดการรับประทานอาหารรสเค็ม และความตั้งใจในการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม....	36
4	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ.....	39
5	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ.....	64
6	แสดงจำนวน และร้อยละ ของประชากรตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย...	68
7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง.....	71
8	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ.....	72
9	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	73
10	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง.....	74
11	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำของกลุ่มทดลอง.....	75
12	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	76

สารบัญตาราง (ต่อ)

13	แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ.....	123
14	แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	125
15	แสดงการจับคู่ (Match pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ และการได้รับยาควบคุมความดันโลหิต.....	128



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1992).....	37
2	แสดงขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	66



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะยาวของโรค คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบัน พบว่ามีผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคนทั่วโลก สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก ได้ทำนายไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ในปี ค.ศ.2025 ซึ่งจะส่งผลให้มีปัญหาความดันโลหิตสูงประมาณ 1,560 ล้านคนทั่วโลก (World Hypertension League, 2005) สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งประเทศคือ 8.31 ต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548) และความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง,อุบัติเหตุและภาวะเป็นพิษ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ, 2548) ในจังหวัดสงขลาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงคือ 534.72 ต่อประชากร 100,000 ราย (งานข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2549) และจากสถิติผู้ป่วยนอก 5 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาลสะบ้าย้อยปี 2547-2549 พบว่ามีผู้ป่วยสูงมากเป็นอันดับหนึ่งและมีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันแผนกผู้ป่วยนอก, 2550) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ (จิรวดี สิ้นไชย, 2547)

โรคความดันโลหิตสูงจัดอยู่ในนโยบายและเป้าหมายของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีนโยบายกลวิธีหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันปรับปรุงวิถีชีวิตและพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วม ลดการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคร่วมกับการคัดกรองโรคและการรักษาทันที่เพื่อลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยและการตาย (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2548) นอกจากนี้ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดตอยังมีมาตรการที่สำคัญในการนำองค์ความรู้ เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน การปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การให้บริการสุขภาพศึกษาใน

ประเด็นข่าวสารที่ประชาชนทั่วไปควรรู้ ร่วมกับการแสวงหาบริการและแสวงหาแหล่งความรู้ในการดูแลตนเอง และการให้บริการการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพจากองค์กรหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อควบคุมดูแลและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ ควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากอาการของโรค ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นอัมพาต โรคหัวใจ ภาวะไตวาย (Feng, 2005; Francis, 2006; Umed et al., 2006) หากได้รับการดูแลล่าช้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความพิการและ/หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยเวลาในการรักษา การรักษาโรคนี้เป็นเพียงการปรับหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น ผู้ป่วยคิดว่าตนเองสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่มีเงินค่าเดินทางไปใช้บริการ (วารสารนิตยสารเภสัชกรรม, 2546)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ในหลาย ๆ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค (วรลักษณ์ คงหนู, 2542; Myron, 2007) โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการจำกัดเกลือในอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ถือเป็นวิธีได้ผลที่ดี ราคาถูก และมีความเสี่ยงน้อยในการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (วาสนา รวยสูงเนิน, 2549; Yuko et al, 2005; Myron, 2007) เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการในการลดปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างจริงจังของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2549 สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลกได้กำหนดคำขวัญไว้ว่า “Healthy Diet, Healthy Blood Pressure” โดยเน้นการ “ลดเค็ม กินผัก เพื่อลดความดัน” การป้องกันความดันโลหิตสูง ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การลดการบริโภคโซเดียมในประชากรให้น้อยลง 2,400 มิลลิกรัมต่อวันสามารถลดระดับความดันโลหิตเฉลี่ยในประชากรได้ถึง 3-6 มิลลิเมตรปรอท (World Hypertension League, 2007)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต การบริโภคเกลือเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือการบริโภคเกลือ (โซเดียม) มากจะทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นทำให้น้ำหนักหลอดเลือดแดงตึงมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย (Alberto, 2003; Daniel, 2004) จากการศึกษาของ Svetkey (2005) ศึกษาผลของการเพิ่มและจำกัดเกลือที่บริโภคต่อความดันโลหิต การจำกัดเกลือด้วยการให้คำแนะนำอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในระดับต่ำ (Low salt diet) โดยแบ่งกลุ่มทดลอง

ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น 96 mEq ในช่วง 4 สัปดาห์แรก กลุ่มที่ 2 ได้รับเกลือขนาดต่ำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าความดันโลหิตตัวบนลดลง 4.3 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่างลดลง 2.3 มม.ปรอท และยังพบว่าการลดการบริโภคโซเดียม 44 มิลลิโมลต่อลิตร สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก 1.9 /1.1 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael (2004) การลดปริมาณการบริโภคโซเดียม สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 3-5 มิลลิเมตรปรอทและไดแอสโตลิก 1 มิลลิเมตรปรอท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตยังไม่ได้ เนื่องจากการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคยังไม่เหมาะสม ในการศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยในการบริโภคโซเดียมต่อวันเท่ากับ 7.76 กรัมซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติที่กำหนด รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมไม่ดี (ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กันยากร ศรีสง่ากุล, 2549) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมค่อนข้างไม่ดีในเรื่องการรับประทานเค็ม ใส่น้ำตาลและการเติมเครื่องปรุงรส (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541; หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์, 2540; ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ศรีศิริระกุล และคณะ (2542) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ดี และยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ความเข้าใจถึงชนิดและปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ไม่ทราบว่าผงชูรสเป็นเกลือโซเดียมชนิดหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมการกินของประชาชนทางภาคใต้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ปียา สุวรรณภูมิ, 2542; ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายแนวคิดด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (The transtheoretical Model) หรือที่เรียกว่า Stage of Change ซึ่งพัฒนาโดย Prochaska and DiClemente (Prochaska et al.,2002) เป็นทฤษฎีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมากในการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี มีขั้นตอนและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยที่ Prochaska และคณะนำมาใช้ศึกษาในการแก้ไขพฤติกรรมปัญหาต่างๆ ทั้งการเลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ (Prochaska et al.,1994) เช่นการศึกษาของ จิราภรณ์ เนียมบุญขรและสุนิดา ปรีชา

วงศ์ (2550) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรี่จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ผลการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Faryle และคณะ (2006) ศึกษาการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้รูปแบบพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการกินต่อสุขภาพ โดยศึกษาในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชนบทและมีรายได้ดี จำนวน 2300 คน พบว่าระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมทุกช่วงเวลา นอกจากนี้ Micheal และคณะ (2003) ศึกษาการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการจำแนกลักษณะของตัวบุคคล ความแตกต่างของระยะ และความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการบริโภคอาหารหรือการบริโภคอาหารไขมันต่ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน Type 1 และ Type 2 จำนวน 1,029 คน โดยการส่งเสริมการกิน จำกัดจำนวนแคลอรีที่ได้รับในแต่ละมื้อ และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ผ่านการให้ความรู้และให้คำปรึกษา พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น คือ ระดับแคลอรีที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินผักที่เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายลดลง มีพฤติกรรมการบริโภค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าที่ผ่านมา ได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิจัยในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคเกลือ (โซเดียม) นั้นยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ทั้งในประชาชนทั่วไป และตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง เช่นการศึกษาของสุวิมล สังฆะมณี (2549) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองด้านโภชนาการเฉพาะการลดความเค็มของอาหารเท่านั้น แต่ไม่ทราบว่าอาหารอื่นๆ ที่มีโซเดียมต้องจำกัดปริมาณการบริโภคด้วย สามารถลดความเค็มของอาหารโดยการลดการบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารรสเค็ม ส่วนใหญ่บริโภคผงชูรสเพราะเข้าใจว่าไม่ใช่อาหารรสเค็มสามารถบริโภคได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของเสาวนีย์ ศรีศิริกุล และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี และยัง

พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ความเข้าใจถึงชนิดและปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ไม่ทราบว่าผงชูรสเป็นเกลือโซเดียมชนิดหนึ่ง

ดังนั้นการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในขั้น ชั่งใจ และขั้นพร้อมปฏิบัติ เพื่อศึกษาว่าหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม การบริโภคอาหารเกลือต่ำจะมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือแตกต่างจากเดิมหรือไม่ อีกทั้งผู้วิจัยยัง สนใจว่าพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการ บริโภคอาหารเกลือต่ำ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่ง Prochaska ได้อธิบายเพื่อให้เกิด ความเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วยในแต่ละราย และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการให้ คำแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมให้สามารถลด พฤติกรรมการบริโภคเกลือ เลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือ(โซเดียม) ต่ำ และสามารถลดปริมาณ เกลือ(โซเดียม)ที่บริโภคต่อวันได้ และที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาควบคุมระดับความดันได้ Prochaska และคณะ (2002) อธิบายขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีการดำเนินไปตาม ขั้นตอน 6 ขั้นตอนดังนี้คือ 1. ขั้นก่อนชั่งใจ (precontemplation) 2. ขั้นชั่งใจ (Contemplation) หรือระยะลังเลใจ 3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation or Ready for action) 4.ขั้นปฏิบัติ (Action) 5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) 6. ขั้นตอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) (Prochaska, et al., 2002)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของ Prochaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, et al.,2002; Prochaska,2003) โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลง 5 ประการแรกนั้นจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิด ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงอีก 5 ประการหลังนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมบุญชูร, 2550) กระบวนการเหล่านี้ได้แก่ 1) การปลุกจิตสำนึกสร้างตระหนักรู้ (Consciousness rising) 2) การระบายความรู้สึก (Catharsis / dramatic relief) 3) การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) 4) การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) 5) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self - liberation) 6) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) 7) การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) 8) การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement / Contingency Management) 9) การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) และ 10) การประกาศอิสรภาพของสังคม (Social Liberation)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพื้นฐานมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะซังใจ และระยะพร้อมปฏิบัติ โดยการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รับผิดชอบต่อความสามารถของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากระยะซังใจไปสู่การเตรียมความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือได้ในที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการพื้นฐาน ได้แก่ การปลุกจิตสำนึกสร้างตระหนักรู้ การระบายความรู้สึก การประเมินตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มาประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกระบวนการพื้นฐานทั้ง 5 ประการข้างต้นนั้นจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ซึ่งมักถูกใช้มากเมื่อบุคคลอยู่ในระยะแรกๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ระยะก่อนซังใจ ระยะซังใจ และระยะพร้อมปฏิบัติ (ตารางแสดงหน้า 35) (Prochaska & Velicer, 1997) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยซังใจ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสร้างตระหนักรู้ ปลุกจิตสำนึก และการระบายความรู้สึก มากระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมบริโภคเกลือที่ส่งผลต่อระดับความดันและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการให้ชมวีดิทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากการเป็นโรคความดันและผลกระทบจากการที่ยังทานอาหารรสเค็ม เพื่อที่จะกระตุ้น

อารมณ์ด้วยภาพ ให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการใช้กระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นเกิดการตื่นตัว เห็นถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของตนเองหลังการชมวีดิทัศน์ และใช้กระบวนการประเมินตนเองปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผู้ป่วยชั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง โดยการให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม สร้างความตระหนักในการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และใช้กระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การนำกระบวนการพื้นฐานมาใช้จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น จะเป็นการกระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถพัฒนาระดับความพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้ง่าย และช่วยให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการง่ายมากขึ้น กระบวนการแต่ละด้านอาจมีการคาบเกี่ยวกันบ้าง แต่เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม สามารถลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติควบคุมไปด้วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ระยะปฏิบัติตัวเพื่อในการลดการบริโภคเกลือ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากขั้นตั้งใจไปสู่ชั้นพร้อมปฏิบัติได้ โดยดำเนินตามกิจกรรมที่จัดขึ้น จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบัวอ้อย ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น	คือ	โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ
ตัวแปรตาม	คือ	พฤติกรรมการบริโภคเกลือ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ร่วมกับการนำกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ มาจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วยในชั้นชั่งใจและ ชั้นปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องลดเค็มลดความดัน ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาตมากระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสอนผ่านภาพพลิกประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำและสอนผ่านตัวแบบอาหารจริงเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่ควรรับประทาน และสื่อวีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการรับประทานอาหารรสเค็ม โดยการนำกระบวนการประเมินตนเอง มาใช้เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้ได้ตัดสินใจ โดยการให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม

การให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการการประเมินสิ่งแวดล้อม และการระบายความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพิจารณาและประเมินถึงพฤติกรรมปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งผลกระทบต่อผู้อื่น โดยการให้คำปรึกษา และให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือปัญหาของตนเอง และร่วมกันแก้ไขปัญหา

การติดตามและการประเมินผล โดยการติดตามความคงทนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายหลังจากทดลอง โดยการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8

พฤติกรรมการบริโภคเกลือ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือ ซึ่งแสดงออกทางด้านการเลือก การเตรียม การบริโภค ความชอบ ตลอดจนความพึงพอใจ รวมถึงการประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นเวลานานจนเป็นความเคยชิน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นได้ปฏิบัติได้เหมาะสมกับความต้องการของสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) คะแนนรวมมาก หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือที่ดี คะแนนรวมน้อย หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือที่ไม่ดี

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบัวย่อยให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก ประเมินสัญญาณชีพ การให้ข้อมูล และคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด

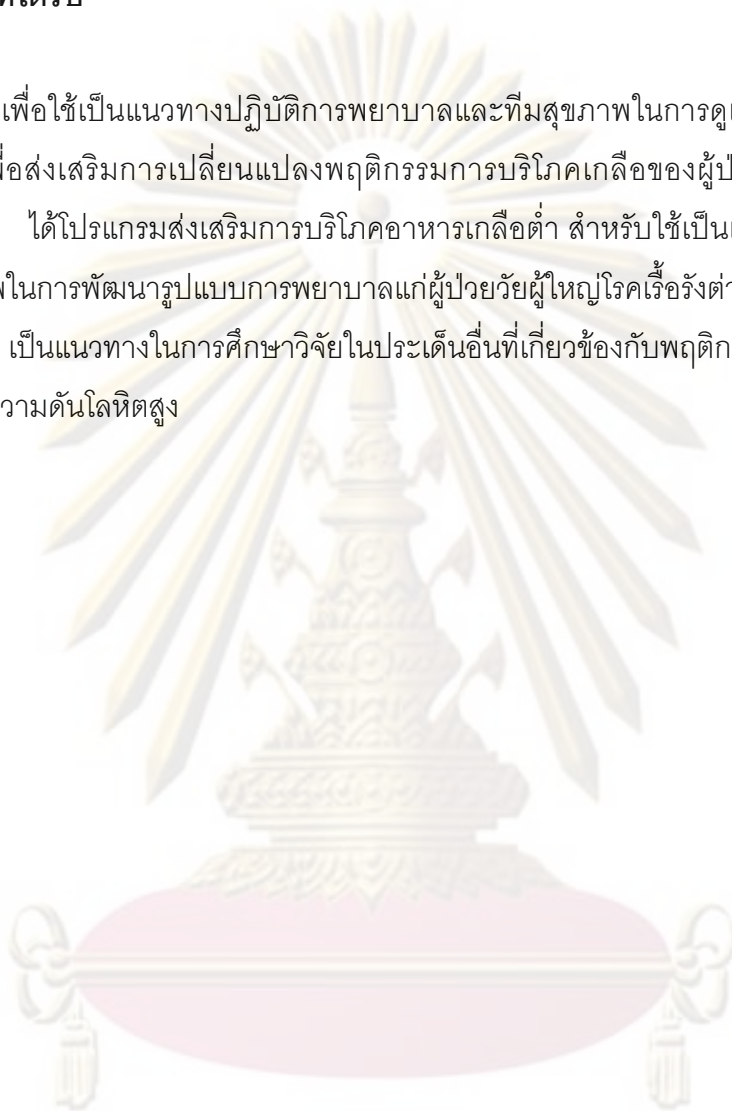
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ระดับ systolic blood pressure \geq 140 มิลลิเมตรปรอท และ diastolic blood pressure \geq 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ค่าที่ได้จากการตรวจวัดโดยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน มีความเที่ยงตรงในการวัด หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท มี 2 ค่าคือค่าตัวบนหรือ Systolic blood pressure เป็นเสียงแรกที่ได้ยินจากการวัด เกิดจากความดันเลือดสูงสุดในหลอดเลือดแดงที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวไล่เลือดออกจากหัวใจ และ

ค่าตัวล่างหรือ Diastolic blood pressure เป็นเสี่ยงสุดทำยที่ได้ยินจากการวัด เกิดจากความดันเลือดต่ำสุดในหลอดเลือดที่ยังค้างอยู่ในหลอดเลือดขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. ได้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับใช้เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังต่างๆ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. ปริมาณความต้องการเกลือของร่างกาย
3. พฤติกรรมการบริโภคเกลือ
 - 3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ
 - 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือ
4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง
5. ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
6. โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันของเลือดที่กระทำต่อผนังของหลอดเลือด มักจะบ่งบอกถึงความดันในหลอดเลือดแดงเป็น 2 ค่า ค่าความดันโลหิตตัวบนคือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และค่าความดันโลหิตตัวล่างคือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) เป็นความดันโลหิตต่ำสุดในหลอดเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย และ/หรือระดับความดันโลหิต

ขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003)

1.1 การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูง

Joint National Committee on Prevention, Detections, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7) ได้แบ่งระดับความดันโลหิตโดยประเมินจากค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปของการมาตรวจ และกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังนี้ 1) ความดันโลหิตปกติ คือค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท 2) ความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง (Prehypertension) คือค่า SBP 120/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP 80-89 มิลลิเมตรปรอท 3) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คือค่า SBP 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP 90-99 มิลลิเมตรปรอท และ 4) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 คือค่า SBP \geq 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP \geq 100 มิลลิเมตรปรอท ดังแสดงตารางที่ 1 (Chobanian et al., 2003)

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตด้วยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ระดับ	Systolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)	Diastolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)
Normal	< 120	และ <80
Pre-hypertension	120-139	หรือ 80-89
Stage 1 hypertension	140-159	หรือ 90-99
Stage 2 hypertension	\geq 160	\geq 100

1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งจำแนกโดยคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกตามความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ จำแนกได้ 3 ระดับ ดังนี้ (วิทยา ศรีมาตา, 2546)

ความรุนแรงระดับ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้วพบอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1) เวลตรีเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย หรือเอกซเรย์ทรวงอก หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2) หลอดเลือดแดงอาเทอริโอลของเรตินามีการตีบทั่วๆ ไป หรือ ตีบบางส่วน

3) ไช้ขาวในปัสสาวะหรือระดับครีเอตินีน (Creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและตรวจพบความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เป็นผลมาจากระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น คือ

- 1) ภาวะหัวใจวาย
- 2) อัมพาต ซึ่งเกิดจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวม จากความความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive encephalopathy)
- 3) ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (Hypertension retinopathy grade 3 หรือ grade 4)

1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.3.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุหรือแบบปฐมภูมิ (Essential Hypertension) ความดันโลหิตสูงที่พบส่วนมากเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดแต่มีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด รับประทานอาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ (วิทยา ศรีมาดา, 2546)

1.3.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ และสามารถรักษาให้หายได้ สาเหตุของโรคเกิดจาก สิ่งต่างๆ ดังนี้

1.3.2.1 ความดันโลหิตสูงจากไต เช่น ไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง

1.3.2.2 ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลอดเลือดไต คือหลอดเลือดแดงของไตมีการตีบตัน ซึ่งการตีบของหลอดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงของไตแข็งตัว หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

1.3.2.3 ความดันโลหิตสูงเกิดจากฮอร์โมน เป็นความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอวัยวะภายในต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต และโรค Cushing's Syndrome

1.3.2.4 ความดันโลหิตสูงจากหลอดเลือดหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว

1.3.2.5 ความดันโลหิตสูงจากประสาท เนื่องจากประสาทส่วนกลางผิดปกติ เช่น ฝีในสมอง สมองอักเสบ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

1.4 สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นั้นเป็นโรคที่เกิดมานานแล้วแต่ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แท้จริง แต่การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์มีส่วนทำให้มีการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้ หากทั้งพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 44-73 หากพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งป่วยโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16-57 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคประมาณร้อยละ 4-18 หากเป็นคู่ฝาแฝดพบว่าปัจจัยทางกรรมพันธุ์ทำให้มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 50 (พินิตา กุลประสูติติก, 2543)

1.4.2 เชื้อชาติ เพศ และวัยที่เพิ่มขึ้นพบว่าคนผิวดำมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว 2 เท่า ซึ่งชาวอเมริกันผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่า ชาวอเมริกันผิวขาว พบว่าหญิงอเมริกันผิวดำวัย 18-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 39 (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี, 2542)

1.4.3 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตคือ ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีการศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่าประมาณ ร้อยละ 46 ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกประมาณร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากความอ้วน น้ำหนักตัวมีผลต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ เชื้อชาติ จากการสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกันพบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนและผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิง (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

1.4.4 จำนวนโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จากการศึกษาพบว่าปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวมทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดแดงมากขึ้น ในประเทศด้อยพัฒนาซึ่งได้รับโซเดียมเป็นจำนวนน้อยคือ 1,600 มิลลิกรัมต่อวัน ประเทศด้อยพัฒนาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่าประเทศพัฒนามากและความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สรุปว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินเค็ม (Heikki,2006; Alberto,2003;Danial,2004)

1.4.5 อาหารที่มีไขมัน การรับประทานอาหารไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ทำให้มีการสะสมของไขมันในเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดได้น้อยและเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นซึ่งแตกต่างจากน้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเมื่อรับประทานจะมีผลต่อการขจัดไขมันของไตและทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี, 2542)

1.4.6 แอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการดื่มสุรา มีการศึกษาพบว่าดื่มสุรา

เพียงวันละ 1-2 แก้ว ในระยะยาวมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต สำหรับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดัน systolic เพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอทและระดับ diastolic เพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542)

1.4.7 ความเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท Sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไต และ norepinephrine จากปลายประสาท Sympathetic ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (วันชัย พิณชกชกร, 2543) โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

1.4.8 การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและเร่งการป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายปล่อยสารคาทีคอลามีน (catecholamine) เข้าสู่ร่างกายมากขึ้นทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงทำให้หลอดเลือดตีบตันมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ต่อเนื่องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่ายซึ่งมีผลต่ออวัยวะต่างๆ (วิทยา ศรีมาตา, 2546; Feng, 2005; Francis, 2006)

1.5.1 ผลต่อหัวใจ จะเกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้หัวใจวายได้ นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติ เกิดเลือดคั่งในปอด ถุงลมในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลงถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้ว จะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากเกินไป เกิดอาการบวมทั้งตัว และหัวใจห้องล่างขวายาย

1.5.2 ผลต่อไต ไตนอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้วยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เช่น เรนิน (Rennin) และพรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงไตมีผนังหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบ ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการบวม เหนื่อยง่าย ถ่ายปัสสาวะน้อยลงและในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการไตวายได้

1.5.3 ผลต่อสมอง ความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดสมองติดต่อกันเป็นเวลานานแล้วผนังหลอดเลือดสมองเกิดโป่งพองทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแตกง่าย ทำให้มีเลือดออกในสมอง และบางส่วนของเนื้อสมองตาย

1.5.4 ผลต่อตา โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเยื่อแก้วตา ซึ่งทำให้หลอดเลือดแดงฝอยบีบตัวมากขึ้นมีผลให้เลือดออกในตาและประสาทตาเสื่อม ผู้ที่มีอาการของประสาทตาเสื่อม ตาจะมัวลงเรื่อยๆ และตาบอดได้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อตาแบ่งออกได้ 4 ระดับคือ (วิทยา ศรีมาตา, 2546)

1.5.4.1 ระดับ 1 หลอดเลือดแดงที่จอตาจะตีบและแข็งตัวลงเล็กน้อย

1.5.4.2 ระดับ 2 หลอดเลือดแดงที่จอตาจะแข็งตัวมากขึ้นและมีการหดของ หลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือเป็นเฉพาะบางแห่ง การไหลเวียนของเลือดไม่ดีก่อให้เกิด หลอดเลือดอุดตันและเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้

1.5.4.3 ระดับ 3 มีอาการบวมของจอตาเกิดหย่อมเลือดออก หรือมีของเหลวขุ่นๆ ออกมา (Exudates) ทำให้หลอดเลือดแดงในท่อนตาหดเกร็ง การเกิดในระดับนี้ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากและสูงเป็นเวลานาน

1.5.4.4 ระดับ 4 มีลักษณะเช่นเดียวกับระดับ 3 แต่มีการบวมที่จุดรวมของเส้นเลือดและประสาทหรือ papilledema ซึ่งเกิดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

1.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ในการที่จะทำให้ระดับโรคความดันโลหิตลดลงอยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และลดการแทรกซ้อนของโรคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างคนปกติหรือใกล้เคียงคนปกติ ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้ ก็ต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยด้วยการรักษาจึงจะได้ผลไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลักการรักษาทั่วไป 2 วิธีคือ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549 ; วิทยา ศรีมาตา, 2546)

1.6.1 การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Life style modification) หรือการรักษาแบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic therapy) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นวิธีที่ใช้ควบคุมระดับโรคความดันโลหิตเพียงวิธีเดียวหรือร่วมกับการใช้ยาลดโรคความดันโลหิตร่วมด้วยก็ได้ ประกอบด้วย

1.6.1.1 การลดน้ำหนัก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายที่มีน้ำหนักเกินกว่าน้ำหนักมาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน) ควรมีการลดน้ำหนักด้วยการ

ควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีระดับโรคความดันโลหิตสูงไม่มาก ควรเริ่มต้นการรักษาโดยไม่ใช้ยาและลดน้ำหนักตัวก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน (สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542) นอกจากนี้ Appel (2003) ศึกษาถึงการควบคุมน้ำหนักตัวต่อระดับความดันโลหิต พบว่าน้ำหนักตัวที่ลดลงเพียง 1 กิโลกรัมสามารถลดทั้งระดับ SBP และ DBP ได้ 1.6/1.1 มิลลิเมตรปรอท

1.6.1.2 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับความดันโลหิตอีกทั้งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิตที่รักษาอยู่ การดื่มสุรามากในคนที่มีความดันโลหิตสูงจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น (สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542) มีการศึกษาในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักทั้งในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่มีความดันปกติ พบว่าการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการจำกัดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิต พบว่าการจำกัดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวันสามารถลดระดับ SBP ได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Chabonian et al, 2003)

1.6.1.3 การเลิกบุหรี่ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะบุหรี่เป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงทำให้หลอดเลือดตีบตันมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541: สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542)

1.6.1.4 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลางที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความดันโลหิตในระยะยาวได้ คือ สามารถลดระดับ SBP ได้ประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท และการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-7 วัน เช่นการเดิน สามารถลดระดับ SBP ได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (Chabonian et al, 2003: สุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542)

1.6.1.5 การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม ปริมาณโซเดียมในร่างกายที่มากเกินไปปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้นต้องออกแรงในการสูบฉีดเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณเกลือไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวันของปริมาณโซเดียมในอาหาร หรือน้อยกว่า 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ ทำให้ลดระดับ SBP ได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ควรลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดรวมทั้งรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงโดยเฉพาะอาหารเส้นใยกากใยสูง และผักสด ผลไม้สด ควรรับประทาน 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง มีจากการศึกษาของการเพิ่มและจำกัดเกลือที่บริโภคต่อความดันโลหิต การจำกัดเกลือด้วยการให้คำแนะนำอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในระดับต่ำ

(Low salt diet) เช่นการศึกษาของ Svetkey (2005) ศึกษาผลของการเพิ่มและจำกัดเกลือที่บริโภคต่อความดันโลหิต การจำกัดเกลือด้วยการให้คำแนะนำอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในระดับต่ำ (Low salt diet) กลุ่มแรกได้รับเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น 96 mEq ในช่วง 4 สัปดาห์แรก กลุ่มที่ 2 ได้รับเกลือขนาดต่ำ พบว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ค่าความดัน SBP ลดลง 4.3 มม.ปรอท และพบว่า การบริโภคโซเดียมลดลง 44 มิลลิโมลต่อวัน สามารถลดระดับ SBP และ DBP ลงได้ 1.9 /1.1 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael (2004) ศึกษาพฤติกรรมการกินโดยการให้ low salt diet ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับอาหารตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การลดบริโภคโซเดียม 75-100 มิลลิโมลต่อวันสามารถลดระดับ SBP ลงได้ 3-5 มิลลิเมตรปรอท และสามารถลดระดับ DBP ลงได้ 1 มิลลิเมตรปรอท

1.6.1.6 การผ่อนคลายความเครียด การระงับหรือลดความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นผลดีทำให้จิตใจผ่อนคลายและเป็นผลดีของการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำโยคะ จากการศึกษาการเผชิญความเครียดในประชากรกลุ่มต่างๆ พบว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป 5 เท่า (Schnall et al, 1990 อ้างในสุพรรณชัย กองพัฒนานุกูล, 2542) และจากการศึกษาพบว่า ความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1977 อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

1.6.2 การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตสูง (Pharmacologic Treatment)

การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา เมื่อระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เป้าหมายของการรักษาเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่เป็น Isolate systolic hypertension ควรลด Systolic blood pressure ที่ 140-145 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ป่วยโรคไตวายควรลดระดับความดันโลหิตลงมาที่ 125/75 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มยาลดความดันโลหิตที่นิยมใช้และเป็นที่ยอมรับแบ่งเป็น 6 กลุ่มดังนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549; วิทยา ศรีมาดา, 2456)

1.6.2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไต ทำให้ร่างกายขับสภาวะบ่อย ร่างกายไม่มีการกักน้ำ ใช้ได้ผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต มีราคาถูก อาการข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำ

แคลเซียมในเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง มียูริกสูงในเลือดทำให้เกิดโรคเก๊าท์ และน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์ และทำให้อ่อนเพลีย

1.6.2.2 กลุ่มยาต้านเบต้า (Beta blockers) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งระบบประสาท sympathetic มีผลต่อหัวใจทำให้แรงบีบของหัวใจลดลง มีผลลดแรงต้านของเลือดใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาการข้างเคียงที่พบได้คือ หลอดเลือดตีบจากการหดตัวทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หัวใจวาย ทำให้มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ไชมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ผู้ป่วยที่ใช้ยานี้จะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย

1.6.2.3 ยากันแอลฟา (alpha blockers) ออกฤทธิ์ต้านแอลฟา-1 รีเซปเตอร์ของระบบประสาท sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง ยานี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไชมันในเลือด อาการข้างเคียงของยาคือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

1.6.2.4 ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonist) เป็นยารักษาหลอดเลือดตีบ ใช้กับผู้ป่วยโรคไต ยานี้จะออกฤทธิ์ต่อการลดปริมาณแคลเซียมในเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว อาการข้างเคียงของยาคือ ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง หัวใจเต้นเร็ว ภาวะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม

1.6.2.5 ยาต้าน ACE (ACEI-Angiotensin-converting enzymes inhibitors) ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติออกฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ angiotensin-converting enzymes ซึ่งเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II มีผลในการลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ยานี้จะใช้กันมากและเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่อใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะในรายที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แต่อาการข้างเคียงที่พบคือ ไอ ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

1.6.2.6 ยาต้านตัวรับสารแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Receptor Blocker) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์คล้ายกับยากลุ่ม ACE inhibitor คือทำให้หลอดเลือดขยายตัวจากการแย่งจับ angiotensin II AT1 receptor ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ ACE ได้

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านการรักษาพยาบาลที่เน้นความรับผิดชอบในการดูแลตนเองมากกว่าจะเป็นการรักษา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับพยาธิสภาพ และอยู่กับความเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการเผชิญกับ

ภาวะเรื้อรัง และสามารถพัฒนาตนเองได้ในระหว่างที่เจ็บป่วย (Donnelly, 1993 อ้างถึงใน สว่างจิตต์ จันทร, 2544)

ในการควบคุมการดำเนินการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมดังนั้นพยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนี้ (บุษบา บุญเรือง, 2549)

1. การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเป็นสิ่งที่สำคัญรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในปริมาณที่สม่ำเสมอ ควบคุมจำนวนแคลอรี ชนิดและปริมาณของอาหารแต่ละประเภทหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์และลดจำพวกไขมันควรรับประทานจำพวกไขมันไม่อิ่มตัวคือไขมันจากพืชและผลไม้ควรทานทุกวัน ลดอาหารรสเค็มควรรับประทานเกลือให้น้อยกว่า 1 ช้อนชาไม่ควรเติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เช่น ผักกาดดอง ปลาเค็ม ผลไม้ดอง และแช่อิ่มต่างๆ ลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลโดยเฉพาะขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากเกินไป

2. แนะนำให้ควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วนด้วยวิธีต่างๆ เช่น ควบคุมอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม เน้นอาหารที่มีเส้นใยสูงและออกกำลังกายสม่ำเสมอ

3. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 1 ออนซ์ / วันของเอทานอลในผู้ชาย และไม่เกินครึ่งออนซ์ในผู้หญิงรวมทั้งงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่นกาแฟน้ำอัดลม

4. แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง

5. แนะนำให้ออกกำลังกาย ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงพบว่าการออกกำลังกายทำให้ระดับ catecholamine ลดลงจึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและยังส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดให้มีประสิทธิภาพอันจะเป็นการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ก่อนออกกำลังกายควรได้รับการตรวจเช็คร่างกายจากแพทย์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 35 ปี วิธีการออกกำลังกายง่ายคือการเดินเร็วและต่อเนื่องกันวันละประมาณ 20 นาทีโดยเริ่มจากการยืดเส้นยืดสายและเริ่มเดินโดยเร่งความเร็วขึ้นเรื่อยๆและเมื่อครบเวลาเริ่มเดินช้าลง และผ่อนคลายกล้ามเนื้อสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนอาจแนะนำให้เดินต่อเนื่องกันนานครั้งละ 40 นาที

6. การรับประทานยา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตลอดจนฤทธิ์ข้างเคียงของยาเพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดและฤทธิ์ข้างเคียงน้อยที่สุดควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อเกิดอาการแพ้ยาใดๆอย่างหนึ่งควร

ปรึกษาแพทย์ไม่ควรเพิ่มขนาดยาหรือลดขนาดยาด้วยตนเองหากผู้ป่วยใช้วิธีกินยาสมุนไพรควรมุ่งกัน ควรแจ้งให้แพทย์ทราบด้วยเพราะอาจเกิดการเสริมฤทธิ์กันได้ นอกจากนี้การเก็บรักษายาเป็นสิ่งสำคัญควรเก็บยาไว้ในขวดหรือซองยาที่ปิดมิดชิดเก็บไว้ในความชื้นที่น้อยที่สุดไม่ควรทิ้งตาแดด เพราะจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพถ้ายาบรรจจะเป็นแผงให้แกะรับประทานเป็นม้อๆไม่ควรแกะใส่ขวดห้ามเก็บไว้ในตู้เย็นเพราะจะทำให้ยับยั้งและเสื่อมคุณภาพได้

7. การจำกัดความเครียดจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่โดยวิธีการที่สำคัญคือผู้ป่วยจะต้องทำใจยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่อย่างเก็บความรู้สึกไว้คนเดียวไม่ต้องกังวลและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หาเวลาในการผ่อนคลายความเครียดในสิ่งที่ชอบ โดยการอ่านหนังสือ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ หลีกเลี้ยงการแก้ปัญหาหรือหนีปัญหา โดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือรับประทานยานอนหลับนอกจากนี้ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ

1.8 กลไกของเกลือต่อการเกิดความดันโลหิตสูง

“เกลือ” อยู่ในอาหารจำพวกเกลือแร่ที่มีสารประกอบโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ในร่างกายมนุษย์มีโซเดียมประมาณ 100 กรัม ร้อยละ 93 อยู่ในของเหลวนอกเซลล์ เกลือที่รับประทานเข้าไปจะถูกดูดซึมรวดเร็วที่ลำไส้เล็กประมาณร้อยละ 85-90 ที่ดูดซึมเข้าไปจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะในรูปของเกลือโซเดียมคลอไรด์และฟอสเฟต มีหน้าที่ คือ ช่วยควบคุมสมดุลของน้ำโดยทำให้เกิดแรงดันออสโมซิส (Osmotic Pressure) และรักษาความเป็นกรด-ด่างของร่างกาย ควบคุมการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Aberto, 2003)

กลไกของระบบควบคุมความดันโลหิตที่เรียกว่า Sodium rennin system มีความสมดุลเชิงบวกของโซเดียมหรือมีโซเดียมเกิน คือระบบของ renin angiotensin aldosterone (RAA) ซึ่งเป็นระบบของสารชีวเคมีที่ควบคุมความดันโลหิตและสมดุลของโซเดียมโปแตสเซียม โดยจะไปเปลี่ยน angiotensinogen เป็น aldosterone I และจะถูกเปลี่ยนเป็น angiotensin II โดย chlorine – dependent converting enzyme และไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน aldosterone จากต่อมหมวกไตส่วน cortex ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและโปแตสเซียม ร่างกายจะมีน้ำหนักมากและส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (ณัฐกานต์ ทัศนาวัดมณี และ ดวงกมล เลี้ยวกิตติกุล, 2537)

กรณีที่มีการให้เกลือเข้าไปในร่างกายจะก่อให้เกิด Sodium retention ซึ่งมีผลทำให้เกิด Plasma volume expansion ซึ่งจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของ ANP (Atrial Natriuretic Peptide) ออกฤทธิ์ทำให้มีการขับโซเดียมมากขึ้น โดยผ่านทางกลไกที่ไตโดยทำให้ hemodynamic ที่หลอดเลือดที่ไตเปลี่ยนแปลงทำให้เพิ่มการกรองและการยับยั้ง renin angiotensin system ซึ่งจะมีผลยับยั้ง aldosterone ซึ่งจะช่วยให้การดูดกลับโซเดียมลดลง จะไปเพิ่มการขับออกของโซเดียมและยับยั้ง NA – K ATPase ที่หลอดเลือดฝอย ขณะเดียวกัน Plasma volume expansion ยังไป

ยับยั้งการหลั่ง vasopressin (ADH) ทำให้มีการขับน้ำออกมากขึ้นและยับยั้งการหลั่ง aldosterone โดยผ่านทาง rennin angiotensin system ทำให้มีการขับน้ำออกทางไตเพิ่มมากขึ้น จากผลโดยรวมทำให้เกิดการขับของโซเดียมและน้ำออกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ plasma volume ลดลงโดยมีผลต่อความดันโลหิตแต่เมื่อเกิด sodium retention และ plasma volume expansion อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง natriuretic hormone จะไปมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำ โดยที่หลอดเลือดแดงจะเพิ่ม arterial tone ทำให้เกิดการเพิ่มของ venous tone ทำให้เพิ่ม filling (เลือดไหลกลับหัวใจเพิ่มมากขึ้น) นอกจากนี้ natriuretic hormone ยังมีผลกระตุ้น sympathetic activity ซึ่งจะไปมีผลต่อการเพิ่ม arterial tone ทำให้มี arterial blood pressure เพิ่มขึ้น ผลโดยรวมก่อให้เกิดการเพิ่มของความดันโลหิต โดยในช่วงแรกการเพิ่มความดันโลหิตจะยังคงเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงปกติ เนื่องจากกลไกการควบคุมจาก cardiovascular reflexes เมื่อเกินความสามารถของ reflexes เหล่านี้ ความดันโลหิต ก็ค่อยๆ เพิ่มขึ้น

2. ปริมาณความต้องการเกลือของร่างกาย

ตามทฤษฎีอาหารและโภชนาการเชื่อว่าปริมาณความต้องการเกลือของร่างกายในสภาวะปกติของบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณการสูญเสียเกลือของร่างกาย 3 ทางคือ ทางปัสสาวะ ทางเหงื่อ และทางอุจจาระบางส่วน ซึ่งคณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน ระบุว่าคนปกติทั่วไปต้องการเกลือประมาณวันละ 1.1-3.3 กรัม (1,100-3,300 มิลลิกรัม) และผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก สภาอาหารและโภชนาการสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ได้แนะนำให้ประชาชนบริโภคเกลือได้ประมาณวันละ 6 กรัมต่อวัน (2400 มิลลิกรัม/ วัน) การบริโภคเกลือน้อยเกินไปจะทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักลด เป็นตะคริว และเลือดจะมีการสะสมของเสียมากผิดปกติ การขาดเกลือมักจะพบน้อยเพราะส่วนใหญ่อาหารที่บริโภคประจำวันจะมีเกลือเกินปริมาณความต้องการคือจะมีเกลือประมาณ 2-20 กรัม (ลือชา วนรัตน์ และกองโภชนาการ, 2537) แต่อาจพบได้ในคนที่สูญเสียเกลือไปมากเนื่องจากเหงื่อออกหรือทำงานในอากาศร้อนจัดหรืออาเจียนและท้องร่วงรุนแรง

การบริโภคเกลือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และผู้ที่มีบริโภคนิสสัยกินเค็ม จะทำให้กลไกในการควบคุมระดับโซเดียมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติถ้าได้รับเกลือในปริมาณเกินมาตรฐานมากๆ เป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ และมะเร็งกระเพาะอาหารได้ (เกษม วัฒนชัย, 2542)

โดยทั่วไปบุคคลจะได้รับเกลือจากการบริโภคอาหารประจำวัน 3 ลักษณะคือ

1 จากการบริโภคอาหารที่มีเกลือในรูปของสารประกอบโซเดียมซึ่งเป็นองค์ประกอบของอาหารตามธรรมชาติ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อไก่ ผักคะน้า ผักโขม ผักบุ้ง ผักกาดหอม กุ้งแห้ง หอม สับปะรด ขนุน และแคนตาลูป อาหารแต่ละชนิดจะมีปริมาณเกลือที่แตกต่างกัน โดยอาหารประเภทเนื้อสัตว์จะมีเกลือมากกว่าอาหารประเภทผักและผลไม้ เช่น เนื้อวัว มีโซเดียม 96 มิลลิกรัม ผักคะน้า มีโซเดียม 46 มิลลิกรัม มะม่วงสุก มีโซเดียม 3 มิลลิกรัม

2 จากการบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร และแปรรูปอาหารเชิงพาณิชย์ ได้แก่ ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปลากระป๋อง ผักกาดดอง เบคอน แฮม ไส้กรอก บะหมี่สำเร็จรูป มันฝรั่งทอด ครีมเทียม ผงวุ้นกะทิ และข้าวโพดอบกรอบ อาหารต่างๆ เหล่านี้มีส่วนผสมของเกลือในปริมาณสูง เช่น ไข่เค็ม มีโซเดียม 4,225 มิลลิกรัม ไส้กรอกหมู มีโซเดียม 1,099 มิลลิกรัม ปลาซาดีนกระป๋อง มีโซเดียม 656 มิลลิกรัม และพิซซ่า มีโซเดียม 997 มิลลิกรัม

3 จากการบริโภคอาหารที่ใช้เกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในการปรุงรสอาหาร เพื่อเพิ่มความอร่อย ซึ่งผลิตภัณฑ์จากเกลือมีหลากหลายชนิด ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊ว กะปิ เต้าเจี้ยว ซุปผง ซุปก้อน และซอสปรุงรสชนิดต่างๆ เช่น ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ น้ำมันหอย เครื่องปรุงรสต่างๆ เหล่านี้มีปริมาณเกลือเป็นส่วนผสมในปริมาณที่แตกต่างกัน เช่น ซอสปรุงรสจากถั่วเหลืองมีเกลือประมาณ 18-21% ซุปผงและซุปก้อนมีเกลือประมาณ 26-42% และน้ำปลาแท้มีเกลือประมาณ 24-37%

3. พฤติกรรมการบริโภคเกลือ

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546 อ้างถึงใน จิราภรณ์ เนียมกฤษกร, 2548)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต โดยเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา แล้วค่อยๆ พัฒนาตามการเลี้ยงดู ตามสภาพการเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกาย และวุฒิภาวะ เกิดเป็นพฤติกรรมทางความคิด ทางอารมณ์ และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น (กันยากร ศรีสง่ากุล, 2549)

พฤติกรรมการบริโภคเกลือ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือ หรือความประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน และหล่อหลอมกลายเป็นพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก เกลือปานกลาง เกลือน้อย หรืออาหารที่ไม่มีเกลือ ความถี่ในการรับประทานที่มีเกลือหรือไม่มีเกลือ ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างรับประทานอาหาร (วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือ หมายถึง การกระทำใดๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงความประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชินที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือ ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีเกลือ ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างรับประทานอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตยังไม่ได้ เนื่องจากการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคยังไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) ศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยในการบริโภคโซเดียมต่อวันเท่ากับ 7.76 กรัมซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติที่กำหนด รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมไม่ดี โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กันยากร ศรีสง่ากุล, 2549) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมค่อนข้างไม่ดีในเรื่องการรับประทานเค็ม ใส่มะพร้าวและการเติมเครื่องปรุงรส (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541; หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์, 2540; ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547) สอดคล้องกับจากการศึกษาของเสาวนีย์ ศรีศิริระกุล และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี และยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ความเข้าใจถึงชนิดและปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ไม่ทราบว่าผงชูรสเป็นเกลือโซเดียมชนิดหนึ่ง (ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547)

นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงสถานการณ์การบริโภคเกลือของคนไทย เช่น จากการศึกษาของลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม และความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการบริโภคโซเดียมกับภาวะสุขภาพและภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูล 2 วิธี คือ การสำรวจพฤติกรรมบริโภคโซเดียม และการเก็บปัสสาวะเพื่อหาปริมาณโซเดียมในรอบ 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาสามารถชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมบริโภค

เกลือโซเดียมที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อันเนื่องมาจากแบบแผนการกิน ประเภทของอาหารที่บริโภค กล่าวคือ ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ 48.5) มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจานเดียวหรืออาหารตามสั่ง นอกจากนี้จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรุงรสชาติของอาหารเมื่อต้องกินอาหารนอกบ้าน พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจ 4 ใน 10 คน มีนิสัยการเติมเครื่องปรุงแบบเคยชินด้วยการ “ปรุงก่อนชิม” รวมทั้งยังพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ที่ตอบมีการเติมน้ำปลา หรือซีอิ๊ว ทุกครั้งที่กินอาหารตามร้าน และยังพบว่าผู้ตอบแบบสำรวจประมาณร้อยละ 60 มีการใช้ผงปรุงรส ทุกครั้งที่ปรุงอาหารเอง โดยกลุ่มที่มีการใช้เครื่องปรุงรสทุกครั้งที่มีการปรุงอาหารมากที่สุดคือ กลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้าน รองลงมาคือ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพรับจ้างรายวัน/รับจ้างทั่วไป กลุ่มเกษตรกร และกลุ่มพนักงาน / ลูกจ้าง ตามลำดับ สำหรับผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมมีค่า 128.50 mmol/day และร้อยละ 87.5 ของผู้ถูกสำรวจมีค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะเกินกว่า 100 mmol/day ในเพศชายค่าเฉลี่ยโซเดียม (131.00) สูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (128.00 mmol/day) ขณะที่กลุ่มอายุ 36-45 ปี มีค่าโซเดียมสูงสุด เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และกลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้าน เป็นกลุ่มที่มีโซเดียมสูงสุด (155.00 mmol/day)

3.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ

3.1.1 เพศ เนื่องจากแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรมชี้ให้เห็นอย่างเด่นชัดว่าเพศชาย-หญิง พฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน พบว่าเพศชายมีโอกาสที่จะได้รับเกลือมากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายได้รับการยกย่องว่าเป็นเพศที่มีสถานภาพทางสังคมสูง อีกทั้งผู้ชายรับประทานอาหารในปริมาณที่มากกว่าผู้หญิงจากการต้องทำงานที่หนักกว่าผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงมีข้อห้ามจากการงดรับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ขณะตั้งครรภ์ห้ามรับประทานอาหารรสจัดเพราะเชื่อว่าจะมีผลต่อเด็ก (เบญญา ยอดดำเนิน, 2523 อ้างถึงใน ดลรัตน์ รุจิวัฒนการ, 2547)

3.1.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นมักเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านประสาทสัมผัสโดยเฉพาะความสามารถในการรับรสสัมผัส ความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เค็ม เฝื่อน เปรี้ยว หวาน ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ พบว่าอายุน้อยจะมีปุ่มรสสัมผัสมากและจะลดน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้บุคคลวัยทำงานซึ่งส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี และเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยที่ร่างกายค่อยๆ เสื่อมลง จึงมักจะรับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็ม (สุวรรณมา หังสพฤกษ์, 2535 อ้างถึงใน วรลักษณ์ คงหนู 2547) แต่เมื่อพิจารณาถึงความสามารถในการรับรสชาติของอาหารพบว่าผู้หญิงจะมีความรู้สึกในการรับรสชาติ

ของอาหารมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นผู้ชายที่มีอายุมากจึงมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารรสจัดกว่าผู้หญิง (สุวรรณนา หังสพฤกษ์, 2535 อ้างถึงใน วรลักษณ์ คงหนู, 2547)

3.1.3 ภาวะสุขภาพ กล่าวกับผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยยาจะมีความอยากอาหารน้อยกว่าคนปกติ จากความวิตกกังวลในความเจ็บป่วย ความรู้สึกโดดเดี่ยวที่ต้องรับประทานอาหารคนเดียว การไม่ได้ทำกิจกรรม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงอาหารที่มีลักษณะหรือรสชาติเปลี่ยนไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีบริโภคนิสัยชอบรสเค็มเมื่อต้องงดอาหารรสเค็มจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสบริโภคเกลือได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรคประจำตัว

3.1.4 ความแตกต่างของรายได้หรือชนชั้นทางสังคม ทำให้แบบแผนการบริโภคอาหารของบุคคลแตกต่างกัน เช่น อาหารที่มีราคาแพง ได้แก่ อาหารกระป๋องจากต่างประเทศ (มีการควบคุมปริมาณเกลือตามข้อกำหนดมาตรฐานอาหาร) ถูกจัดให้เป็นอาหารของชนชั้นสูงที่มีรายได้ดี ส่วนอาหารกระป๋องที่ผลิตในท้องถิ่นชนบทไทย (ขาดการควบคุมมาตรฐานปริมาณการเติมเกลือและความปลอดภัย) ถูกจัดให้เป็นอาหารของชนชั้นล่างหรือผู้ที่มีรายได้น้อย

3.1.5 การศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาดีจะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ควรละเว้นเสีย รู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณภาพ ตลอดจนรู้จักการประกอบอาหารที่สงวนคุณค่า

3.1.6 อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ กล่าวคือลักษณะอาชีพที่ใช้แรงงานน้อยประเภทหนึ่งโต๊ะ หรือทำงานโดยใช้เครื่องผ่อนแรงร่วมกับการขาดการออกกำลังกายจะมีการสูญเสียเกลือทางเหงื่อเล็กน้อยทำให้ความต้องการในการรับประทานเกลือน้อยกว่าลักษณะอาชีพที่ต้องใช้แรงงานปานกลางมีการออกกำลังกายร่วมด้วยหรือลักษณะอาชีพที่เป็นงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม งานก่อสร้าง มอเตอร์ไซด์รับจ้าง จะมีการสูญเสียเกลือทางเหงื่อเป็นปริมาณมาก เพราะต้องใช้กำลังและอยู่กลางแจ้งทำให้มีความต้องการในการบริโภคเกลือมากกว่าอาชีพอื่นๆ

3.1.7 ค่านิยมในการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมความชอบและไม่ชอบในรสชาติของอาหารแต่ละชนิด ค่านิยมของคนไทยจะชอบรับประทานอาหารรสจัด เช่น เป็รี้ยว หวาน เฝ็ดและเค็ม ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารด้วย เช่น คนที่ชอบอาหารรสเค็มอาจเติมน้ำปลาพริกลงไปในการรับประทานในปริมาณที่มากกว่าคนที่ชอบอาหารรสเค็มน้อยๆ หรือคนที่ไม่ชอบรสเค็มอาจไม่เติมน้ำปลาพริกลงไปในการรับประทานเลยหรือในทางกลับกันคนที่บอกว่าไม่ชอบอาหารรสเค็ม แต่ทุกครั้งรับประทานอาหารจะมีการเติมน้ำปลาลงไปในการรับประทานเพราะความเคยชินกับการชอบปรุงรส

3.1.8 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค การรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยได้ สรุปได้ว่าความเชื่อหรือการรับรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคได้

การบริโภคอาหารกลายเป็นวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดความหลากหลาย ทางพฤติกรรม เป็นสิ่งที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม และในสังคมเดียวกันย่อมมีความแตกต่างด้านความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีมากมายและสลับซับซ้อน นอกจากนี้เหตุปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนวัฒนธรรมการกินของแต่ละสังคม ก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเกลือโซเดียม เนื่องจากสภาพนิเวศวิทยาของแต่ละพื้นที่ เป็นตัวกำหนดการมีอยู่ของอาหารชนิดต่างๆ (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2549) โดยบริบทของชาวใต้ส่วนใหญ่ชอบบริโภคอาหารรสจัด ถ้าเป็นแกงก็มีรสกะปิเข้มข้น และมักมีรสคูนของขมิ้นค่อนข้างแรง กับข้าวแต่ละมื้อส่วนมากจะไม่ขาดประเภทที่มีรสเผ็ด และประเภทที่มีน้ำแกง เช่น แกงส้ม (แกงเหลือง) แกงไตปลา (แกงพุงปลา) (ปียา สุวรรณภูมิ, 2542) ค่อนข้างมีรสเค็มมาก แกงกะทิซึ่งเป็นอาหารที่แต่ละบ้านทำหมูนเวียนอยู่เป็นประจำทุกวัน นอกจากแกงดังกล่าวแล้ว ก็มักมีน้ำพริกกะปิ การทำขนมหวานกินเองมักทำในโอกาสพิเศษ เช่น ทำบุญเลี้ยงพระมีงานมงคล เมื่อทำแต่ละครั้งมักแจกจ่ายให้แก่บ้านใกล้เคียงด้วย ขนมที่นิยมทำกันมากมีส่วนประกอบหลักอยู่สามอย่างคือ แป้ง น้ำตาล กะทิ หรือมะพร้าวขูด อาหารที่นิยมกันอย่างกว้างขวางได้แก่ ข้าวยำ แกงพุงปลา บูด จิ้งจั้ง แป้งแดง หนาง ขนมหวานได้แก่ ขนมโค กะละแม และข้าวเหนียวทุเรียน ซึ่งอาหารส่วนใหญ่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมสูงอยู่แล้ว ส่วนอาหารที่ชาวไทยอิสลามนิยมกันในภาคใต้คือ บูด ไก่กอบและ ข้าวเหนียว แกงไก่ ข้าวยำ ขนมหวาน กะละแม น้ำแกงนิยมยกด้วยรินราดข้าว อีกทั้งวัฒนธรรมการครองเรือนของศาสนาอิสลาม เมื่อแต่งงานแล้วเพศชายได้รับการยกย่องว่าเป็นเพศที่มีสถานภาพทางสังคมสูง อีกทั้งผู้ชายรับประทานอาหารในปริมาณที่มากกว่าผู้หญิงจากการต้องทำงานที่หนักกว่า

3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือ

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินปริมาณเกลือและสารโซเดียมในอาหาร การเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างปรุงอาหาร และขณะรับประทานอาหารในแต่ละวันว่ามีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือไม่ การประเมินปริมาณเกลือในอาหารจากอาหารที่บริโภคสามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพของบุคคลได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต และมะเร็งกระเพาะอาหารหรือไม่ จากการทบทวนวรรณกรรมทางด้านระบาดวิทยาโภชนาการ มานุษยวิทยาโภชนาการและโภชนศึกษา ได้ข้อสรุปตรงกันว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปริมาณเกลือที่บุคคลได้รับจากการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 2 วิธีใหญ่ๆคือ

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้วัดโดยตรง (Direct estimation of salt consumption)เป็นการวัดปริมาณเกลือที่บุคคลบริโภคใน 1 วัน ด้วยการวัดทางชีวเคมี (Biochemical) โดยการตรวจหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ซึ่งเชื่อว่าปริมาณโซเดียมที่ขับออกมากับปัสสาวะในช่วง 24 ชั่วโมงจะเท่ากับปริมาณโซเดียมที่บริโภคใน 1 วัน ในสภาวะที่ร่างกายปกติผู้ที่บริโภคอาหารที่มีเกลือมาก ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะก็จะมีมากกว่าผู้ที่บริโภคอาหารที่มีเกลือ ในคนปกติระดับโซเดียมที่ถูกขับออกมากับปัสสาวะในช่วง 24 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 120 mlq ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้จะมีข้อดี คือ มีความเที่ยงตรงของข้อมูลมากกว่าการวัดด้วยวิธีการอื่นๆเพราะปริมาณโซเดียมที่วัดได้จะมีความใกล้เคียงกับปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริงใน 1 วัน ส่วนข้อด้อย คือ ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการตรวจและแปลผลและไม่เหมาะกับงานวิจัยภาคสนามที่ต้องการเก็บข้อมูลจำนวนมาก เพราะต้องใช้งบประมาณสูง (Philip & Kathleen, 1990 อ้างใน วรลักษณ์ คงหนู, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยพบว่าได้มีงานวิจัยที่นำเอาเครื่องมือที่ใช้วัดหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมาใช้เป็นวิธีในการเก็บข้อมูล เช่นงานวิจัยของของลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ(2549) โดยศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม และความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการบริโภคโซเดียมกับภาวะสุขภาพและภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูล 2 วิธี คือ การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และการเก็บปัสสาวะเพื่อเพื่อหาปริมาณโซเดียมในรอบ 24 ชั่วโมง

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้วัดโดยวิธีอ้อม (Indirect estimation of salt consumption) เป็นการประเมินปริมาณเกลือที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร ซึ่งอยู่ในรูปของสารโซเดียมคลอไรด์ แล้วนำมาคำนวณเปรียบเทียบกับข้อกำหนดความต้องการสารอาหารที่บุคคลควรได้รับใน 1 วัน

จะทำให้ทราบว่าบุคคลหรือกลุ่มคนที่ศึกษาได้รับเกลือในปริมาณที่เหมาะสมหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ซึ่งสามารถกระทำได้ 5 วิธี ดังนี้ (Eleanor & Yasmin อ้างใน วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

3.2.2.1 แบบบันทึกอาหารที่บริโภคในปัจจุบัน (Food Record) เป็นการประเมินปริมาณเกลือที่บุคคลได้รับจากการบริโภคอาหาร โดยวิธีการจดบันทึกรายการอาหาร ปริมาณอาหาร และส่วนประกอบของอาหารที่บริโภคใน 1 วัน โดยการจดบันทึกแบ่งเป็นมื้ออาหาร จดบันทึกอาหารคาว อาหารหวาน ผลไม้ เครื่องดื่มตลอดจนปริมาณเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือที่เติมในระหว่างรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นปริมาณเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ที่ได้รับจากการบริโภคอาหารใน 1 วัน เช่นการศึกษาของวรลักษณ์ คงหนู (2542) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พร้อมทั้งแสดงภาพปริมาณอาหารใน 1 มาตรฐานที่ควรบริโภคต่อมื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจกรายการอาหารที่บริโภคต่อมื้อ และ มาคำนวณหาปริมาณโซเดียมใน 1 วัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) ศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบจดบันทึกความถี่และปริมาณอาหารที่กินโดยเฉลี่ยในแต่ละครั้ง ในรายการอาหารแต่ละประเภทแล้วมาคำนวณหาปริมาณระดับโซเดียมที่บริโภคใน 1 วัน

ข้อดีคือ สามารถคำนวณหาปริมาณได้อย่างถูกต้องเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับปริมาณที่บริโภคจริงมากที่สุด เหมาะสำหรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เพราะจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องด้านชนิดอาหารและสัดส่วนของอาหารที่บริโภคปริมาณอาหารที่ได้รับต่อวัน สามารถประเมินแบบแผนการบริโภคเกลือของแต่ละบุคคลได้ การให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกอาหารที่บริโภคในช่วงเวลา 2 – 3 วันจะทำให้เห็นความแตกต่างด้านชนิดอาหารที่บริโภค ปริมาณที่บริโภค

ข้อด้อยคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารนอกบ้านอาจไม่สามารถบอกสัดส่วนหรือปริมาณ อาหารที่บริโภคได้ถูกต้อง รายการอาหารที่บันทึกในแต่ละวันอาจไม่ใช่แผนการบริโภคที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลต้องเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณไว้ ทั้งนี้เพราะอาจได้รับแบบบันทึกคืนไม่ครบถ้วน การให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ไม่เพียงพอต่อการวัดแบบแผนการบริโภคของบุคคล ความเที่ยงตรงของข้อมูลจะลดลงถ้าจำนวนวันในการบันทึกเพิ่มมากขึ้น

3.2.2.2 แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (Twenty – four – hour –Food Recall) เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินการบริโภคอาหารของบุคคล โดยสัมภาษณ์ถึง ชนิดอาหาร ปริมาณอาหาร และส่วนประกอบของอาหารเพื่อประเมินปริมาณเกลือที่บุคคลได้รับ จากการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

ข้อดีคือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มเล็กๆ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ไม่เกิน 15 – 30 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำอาหาร และสัดส่วนของอาหารที่บริโภคได้เพราะ อยู่ในระหว่างช่วงเวลาที่ยังจำจาดได้

ข้อด้อย คือ ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับความจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะสัดส่วนของอาหารยากต่อการกะประมาณได้ถูกต้อง การบริโภคอาหารอื่นๆ ในปริมาณ เล็กน้อยอาจไม่ได้รับการรายงานเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ความเพียงพอของอาหารที่บริโภค หรือการ วัดการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของแต่ละบุคคลไม่สามารถวัดได้จากาการบริโภคอาหาร 1 วัน

3.2.2.3 แบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food Frequency) ใช้ ในการประเมินการบริโภคเกลือ พิจารณาจากความถี่ในการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งนิยมใช้กันมากในการศึกษาทางระบาดวิทยา ใช้การสอบถามเพื่อดูปริมาณเกลือที่ บริโภคในระยะยาว

ข้อดี คือ ใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อทำนายการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามเอง โดยพิจารณาจากแบบแผนการบริโภคอาหารที่มีเกลือในรอบ 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างจะให้ความร่วมมือในการตอบสูง เนื่องจากไม่มีความยุ่งยากในการตอบ

ข้อด้อย คือ ไม่สามารถบอกปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อหรือแต่ละวันได้ เพราะสอบถามเฉพาะความถี่ของอาหารที่บริโภคในรอบสัปดาห์ เดือน หรือปี เนื่องจากระยะเวลา นานเกินไป การบริโภคอาหารในอดีต อาจถูกรบกวนด้วยการบริโภคอาหารในปัจจุบัน เป็น วิธีที่วัดความเที่ยงตรงของข้อมูลได้ยาก

3.2.2.4 แบบบันทึกประวัติการบริโภคอาหาร (Diet History Method) นิยมใช้ในงานศึกษาทางระบาดวิทยา เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงในการสอบถามจะมีรายการอาหารให้ เลือกลงตามแบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร

ข้อดี คือ เป็นวิธีการที่สามารถใช้เป็นตัวแทนแบบแผนการบริโภคอาหารที่มี เกลือในอดีตได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ เพราะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการสะสมอาหารที่เสี่ยงต่อโรค โดย ไม่จำเป็นต้องสัมภาษณ์ สามารถใช้แบบสอบถามในลักษณะภาพรวมของอาหารที่บริโภค

ข้อด้อย คือ การเก็บข้อมูลจำเป็นต้องฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลให้เกิดความชำนาญ และมีทักษะในการสัมภาษณ์ ต้องได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างสูงเพราะใช้เวลามาก ชนิดของอาหารที่บริโภคจะเกินความจริงเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ การเลือกรายการอาหารที่บริโภคย้อนหลังอาจถูกรบกวนด้วยอาหารที่บริโภคในปัจจุบัน

3.2.2.5 แบบบันทึกรวมหลายๆ วิธี (Combination of method) เป็นการรวมเอาหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน ซึ่งในการรวมอย่างน้อยต้องใช้ 2-3 วิธี การจะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัยของผู้วิจัยเพราะแต่ละวิธีมีข้อด้อยที่แตกต่างกันและทุกวิธีที่กล่าวมาไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่สามารถนำมาใช้วัดได้ดีที่สุด ดังนั้นการเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับผู้วิจัยจะเห็นสมควรและเชื่อมั่นว่าวิธีที่เลือกสามารถตอบคำถามในการวิจัยได้

สรุป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าไม่มีวิธีใดที่จะใช้วัดได้ดีที่สุดเพียงวิธีเดียว แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อด้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการนำวิธีการไปใช้ เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา รูปแบบการประเมิน จะช่วยให้สามารถประเมินปริมาณเกลือในการรับประทานอาหารสมบูรณ์มากขึ้น จากการทราบปริมาณที่กินต่อมื้อ นอกจากนี้การทราบปริมาณที่บริโภคโดยประมาณต่อมื้อทำให้สามารถคำนวณปริมาณโซเดียมที่ได้รับโดยประมาณได้ และนอกจากนี้สามารถช่วยทำให้การอธิบายภาพพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

พยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำรวมทั้งให้ความสำคัญต่อบัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งแนวทางการรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูงในปัจจุบันใช้หลายวิธีการร่วมกัน ขึ้นกับว่าความดันโลหิตสูงนั้นเกิดจากสาเหตุที่ตรวจพบได้ หรือไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน

การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือไม่ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ซึ่งมีรายงานการวิจัยได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยวิธีการจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความสามารถที่เชี่ยวชาญมากขึ้น มีความเฉพาะเจาะจงในการที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2546) เนื่องจากการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้ลดการบริโภคอาหารรสเค็มหรือลดการบริโภคเกลือลงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างทำได้ยาก พยาบาลจึงจะต้องมี

ความสามารถและเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างสัมฤทธิ์ผล คำแนะนำที่เหมาะสมในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำมีดังนี้

4.1 บทบาทด้านการให้ความรู้ โดยการนำข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมาให้ความรู้ที่มีระบบโดยเน้นการให้ความรู้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลตามความเหมาะสม โดยตัวพยาบาลสามารถให้ความรู้และคำแนะนำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคและนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่อง

4.1.1 จำกัดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ไม่เกิน 6 กรัม หรือ 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือคิดเป็นปริมาณโซเดียม 2.4 มิลลิกรัม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและการเติมเครื่องปรุงที่มีส่วนผสมของโซเดียมลงในอาหาร

4.1.2 อ่านฉลากอาหารก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูปบางชนิด เพื่อศึกษารายละเอียดส่วนผสมแม้ไม่มีรสเค็มชัดเจน แต่พบว่ามีโซเดียมเป็นส่วนผสมอยู่มาก

4.1.3 บริโภคอาหารที่ปรุงรสตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงเครื่องปรุงประเภทต่างๆ เท่าที่ทำได้ เนื่องจากเครื่องปรุงหลายๆ ชนิดมีโซเดียมเป็นส่วนผสม

4.1.4 การใช้วิธีการปรับแบบแผนชีวิตอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น การควบคุมหรือลดน้ำหนัก ด้วยหลักง่ายๆ 3 อย่างคือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที ให้เป็นนิสัย ควบคุมการกินอาหาร โดยการไม่กินอาหารที่มีรสเค็มเกินไป หวานเกินไป หรือ มันเกินไป และควรเพิ่มการกินผัก ผลไม้ที่มีรสหวานไม่มาก ให้มากขึ้น

4.2 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเองและระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะในการเจรจาและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การให้ความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อใช้ความรู้ความสามารถของแต่ละฝ่ายในการเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน และเพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการทำงานเป็นเครือข่ายที่กว้างขึ้น โดยเน้นถึงผลประโยชน์ของตัวผู้ป่วยเป็นอันดับแรก

4.3 บทบาทผู้ให้การดูแล โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคเกลือ และนำไปสู่การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากการนำข้อมูลที่ได้โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้มาให้การดูแลและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติพยาบาล

4.4 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทที่สำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถลดการบริโภคเกลือลง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีม

สุขภาพทั้งผู้ที่อยู่ต่ำกว่าและเหนือกว่า ทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมทั้งประชาชนผู้มารับบริการ ด้วย เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหามาบรรเทาเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

4.5 บทบาทด้านการวิจัย เป็นแกนนำในการศึกษาวิจัยตามที่องค์กรต้องการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และนำผลงานการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการลดการบริโภคเกลือและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และประชาชนทั่วไปไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเพื่อยกระดับคุณภาพของตัวพยาบาล และต่อวิชาชีพพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานได้อย่างกว้างขวางอีกต่อไปด้วย

4.6 บทบาทด้านจริยธรรม คุณธรรม และกฎหมายวิชาชีพ ให้การบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยทุกราย และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของบุคคล

5. ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Theory or Stage of Change Model) เป็นทฤษฎีหนึ่งในหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ โดยมีระยะเวลาประเมินขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน

5.1 การพัฒนาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Prochaska (1994) กล่าวว่า การที่บุคคลเปลี่ยนไปแต่ละขั้น มักจะไม่เป็นแบบเส้นตรง ส่วนใหญ่จะมีการย้อนกลับไปกลับมาระหว่างขั้นต่างๆ ก่อนที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาอย่างถาวร ซึ่งการย้อนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ซึ่งได้ให้รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนไว้ดังนี้ (จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

1. ขั้นก่อนซึ้งใจ (Precontemplation) เป็นระยะที่บุคคลไม่มีความตระหนัก และไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเลยภายใน 6 เดือนข้างหน้า การที่บุคคลอยู่ในขั้นนี้เนื่องจากอาจไม่ได้รับข้อมูล หรือไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผลตามมาจากยังคงพฤติกรรมเดิมอยู่ หรืออาจถูกทำลายความเชื่อถือต่อความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรืออาจไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่อยู่ในขั้นนี้หลีกเลี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและต่อต้านต่อแรงกดดันภายนอกที่จะทำให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเป็นการยากที่จะเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้

2. ขั้นซึ้งใจ (Contemplation) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มที่จะคิดอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า โดยตัวบุคคลจะมีการเปิดตนเองเพื่อรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาและวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น บุคคลเริ่มมองเห็นข้อดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลข้อเสียที่จะตามมาจากการเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การซึ้งน้ำหนักระหว่างข้อดีกับข้อเสียที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจเป็นอย่างมากจนทำให้บางคนใช้ระยะเวลาในการซึ้งใจนานเป็นปี หรือที่เรียกว่า Chronic contemplation Behavioral procrastination

3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation or Ready for action) ในขั้นนี้บุคคลจะเตรียมพร้อมและมีการวางแผนที่จะลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 30 วันข้างหน้า บุคคลเริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมปัญหาและพยายามที่จะมีพฤติกรรมใหม่ มีความสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งพร้อมรับการแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาของตนเอง และกำหนดวันที่เริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่สามารถสังเกตได้ การปฏิบัติพฤติกรรมจะอยู่ในช่วง 6 เดือน

5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม / ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) คือช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 5 ปี ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลง และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยการที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว

6. ขั้นถอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) บุคคลเลิกพฤติกรรมปัญหาได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่มีวันกลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมอีก

จากรายละเอียดที่กล่าวมาหากจะเปรียบเทียบขั้นตอนของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือนั้น สามารถสรุประยะเวลาของในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเกลือได้อย่างชัดเจนขึ้น ดังตาราง

ตารางที่ 2 ระยะเวลาของในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

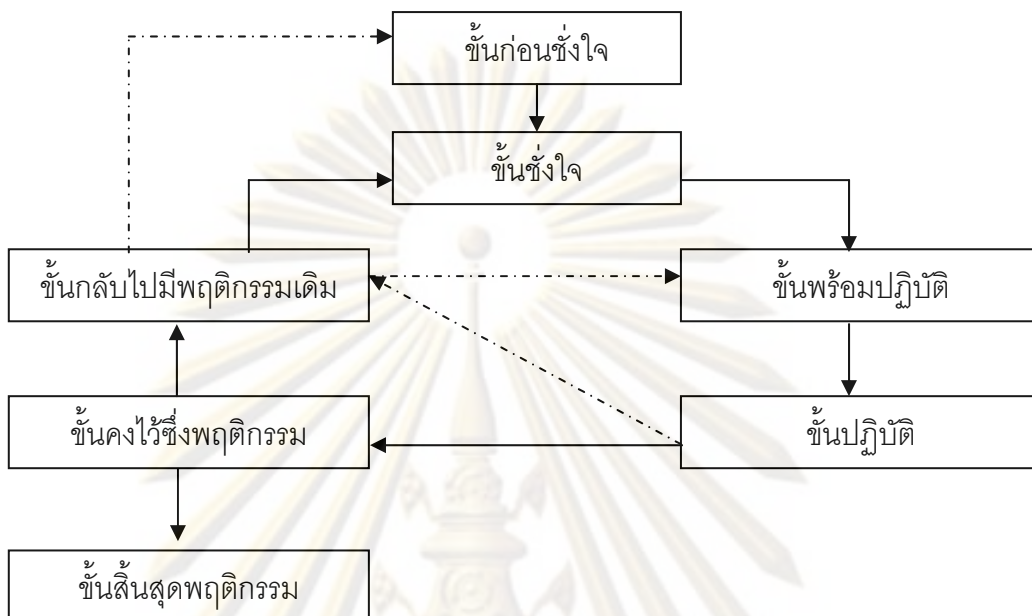
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ระยะเวลาของพฤติกรรม
1. ขั้นก่อนตั้งใจ	1. ไม่เคยคิดลดการรับประทานอาหารรสเค็มเลยภายใน 6 เดือนข้างหน้า
2. ขั้นตั้งใจ	2. เคยคิดที่จะลดภายใน 6 เดือนข้างหน้า
3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ	3. คิดจะลดภายใน 1 เดือนข้างหน้า มีการวางแผนไว้ก่อน
4. ขั้นปฏิบัติ	4. ลดการรับประทานอาหารรสเค็มอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	5. ลดได้เป็นเวลา 6 เดือน – 5 ปี
6. ขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม	6. ลดได้เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัว เพื่อลดการรับประทานอาหารรสเค็ม และความตั้งใจในการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอน	การปฏิบัติตัว	ความตั้งใจ
1. ขั้นก่อนตั้งใจ	1. ไม่คิดลดรับประทานอาหารรสเค็ม	1. ไม่ตั้งใจ
2. ขั้นตั้งใจ	2. เริ่มตระหนัก แต่ยังไม่คิดควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม	2. อาจจะทำ 3. จะทำทันที
3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ	3. เริ่มควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม	
4. ขั้นปฏิบัติ	4. ลดได้ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	5. สามารถควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็มได้อย่างต่อเนื่อง	
6. ขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม	6. เผชิญกับสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente



ต่อมา Prochaska ได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบงานวิจัยทางจิตบำบัดทั้งหมด 29 ชิ้น ซึ่งได้ชี้ให้เห็นว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Prochaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการก้าวไปสู่ในแต่ละขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกระบวนการพื้นฐาน 5 ประการแรกนั้นจะเกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลมักถูกใช้มากเมื่อบุคคลอยู่ในขั้นตอนแรกๆ ของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ขั้นตั้งใจ ขั้นก่อนตั้งใจและขั้นพร้อมปฏิบัติ ส่วนกระบวนการพื้นฐาน 5 ประการหลังนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจะถูกนำมาใช้บ่อยในขั้นตอนการปฏิบัติและขั้นคงไว้ซึ่ง พฤติกรรม ได้แก่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์ และจิราภรณ์ เนียมกฤษช, 2548)

1. การปลุกจิตสำนึกสร้างความตระหนัก (Consciousness Rising) ได้แก่การที่บุคคล พยายามแสวงหาข้อมูลใหม่และทำความเข้าใจ แล้วนำมาสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมปัญหาที่มีผล ต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด มักใช้ในขั้นตั้งใจ

2. การระบายความรู้สึก (Catharsis/dramatic Relief) ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของ อารมณ์ความรู้สึกของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหา

3. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental Reevaluation) ได้แก่การที่บุคคลมีการ พิจารณาและประเมินว่าพฤติกรรมปัญหามีผลทางด้านกายภาพและสังคมแวดล้อมตัวเขาอย่างไร

4. การประเมินเอง (Self- Reevaluation) ได้แก่ การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมปัญหาต่อตนเอง
5. การประกาศอิสรภาพของสังคม (Social Liberation) ได้แก่การที่บุคคลประกาศให้สังคมรู้ถึงความตระหนัก ประโยชน์ และการยอมรับต่อการเลือกปรับวิถีชีวิต
6. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) ได้แก่การที่บุคคลเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา
7. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) ได้แก่ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความจริงใจ ยอมรับ และเอื้อประโยชน์ ที่บุคคลได้รับระหว่างที่เขาพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
8. การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement / Contingency Management) ได้แก่การให้การเสริมแรงทางบวก เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการลงโทษบุคคลที่มีพฤติกรรมทางลบ
9. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self - Liberation) การที่บุคคลเชื่อว่า เขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาได้ และสัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น
10. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) ได้แก่การปฏิรูปลักษณะแวดล้อมและสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมปัญหา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ

ระยะการเปลี่ยนแปลง				
ขั้นก่อนตั้งใจ	ขั้นตั้งใจ	ขั้นพร้อมปฏิบัติ	ขั้นปฏิบัติ	ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม
การปลูกจิตสำนึกสร้างความตระหนัก				
การระบายความรู้สึก				
การประเมินสิ่งแวดล้อม				
การประเมินเอง				
การประกาศอิสรภาพของสังคม				
การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง				
การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม				
ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ				
การเสริมแรงในการจัดการ				
การควบคุมสิ่งเร้า				

จะเห็นได้ว่าในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะมีการคาบเกี่ยวกันของกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ

ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Prochaska และ Velicer (1997) ยังได้อธิบายถึงมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องอีก 2 มโนทัศน์ว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากขั้นตอนหนึ่งไปยังอีกขั้นตอนหนึ่งนั้นสามารถประเมินได้จาก ความสมดุลของการตัดสินใจและการรับรู้ความสามารถตนเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional balance)

ความสมดุลของการตัดสินใจ เป็นความสมดุลระหว่างผลดีหรือประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pros) หมายถึงความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cons) คือผลด้านลบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจหมายถึงความคิดที่เป็นอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่บุคคลจะเปลี่ยนจากขั้นซึ่งใจไปสู่ขั้นปฏิบัตินั้น ขึ้นอยู่กับการลดลงของน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลดี ซึ่งนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจ เช่นถ้าบุคคลใดคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลดีมากกว่าผลเสีย ก็มีแนวโน้มบุคคลนั้นยังสูบบุหรี่ต่อไป แต่ถ้าบุคคลใดเห็นว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดีและไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางในการเปลี่ยนแปลงมากนัก ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะเลิกบุหรี่ (Prochaska, Redding, & Evers, 2002)

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – Efficacy)

แนวคิดในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นความมั่นใจในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงว่า บุคคลหนึ่งจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ล่อใจที่อาจทำให้กลับไปแสดงพฤติกรรมปัญหาได้ เช่น ผู้สูบบุหรี่ที่มีความมั่นใจในการที่จะตอบปฏิเสธว่า ตนเองจะไม่รับบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นยื่นบุหรี่ให้สูบ ในการศึกษาการเลิกบุหรี่ ความมั่นใจที่ถูกแสดงออก เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการพัฒนาไปสู่ขั้นปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ในทางกลับกันสถานการณ์ล่อใจก็เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการที่จะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม (Prochaska. et al., 1994) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลในแต่ละขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะแตกต่างกัน

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการ

พัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ขั้นปฏิบัติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง
ทุกราย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้ในการ
การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลง ในตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขั้น
ซึ่งใจ และขั้นพร้อมปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจ และมีการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการให้คำแนะนำหรือให้
ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมให้สามารถลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ
เลือกบริโภคอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) ต่ำ และสามารถลดปริมาณเกลือ (โซเดียม) ที่บริโภคต่อวัน
ได้ ย่อมส่งผลต่อระดับความดันโลหิต และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงขึ้นได้ด้วย

6. โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

การจัดกิจกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ
(2002) ร่วมกับการนำกระบวนการพื้นฐาน ประกอบด้วย

1 การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์
เรื่องลดเค็มลดความดัน ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาตมากระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิด
ความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งต่อตนเองและบุคคล
ใกล้ชิด เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่
ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสอนผ่านภาพพลิก
ประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

2 การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำและ
สอนผ่านตัวแบบอาหารจริงเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่ควรรับประทาน และสื่อ
วีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการรับประทานอาหารรสเค็ม โดยการนำ
กระบวนการประเมินตนเอง มาใช้เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะนำไปสู่การ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้ได้ตัดสินใจ โดยการให้เห็นถึงประโยชน์
ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม

3 การให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการการประเมินสิ่งแวดล้อม และการ
ระบายความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพิจารณาและประเมินถึงพฤติกรรมปัญหาที่
ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วย รวมทั้งผลกระทบต่อผู้อื่น โดยการให้

คำปรึกษา และ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือปัญหาของตนเอง และร่วมกันแก้ไขปัญหา

4 การติดตามและการประเมินผล โดยการติดตามความคงทนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการทดลอง โดยการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคเกลือ

ปราณี ทองพิลา (2542) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 6 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วรลักษณ์ คงหนู (2542) ศึกษาวิถีทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีจำนวน 392 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พร้อมทั้งแสดงภาพปริมาณอาหารใน 1 มาตรฐานที่ควรบริโภคต่อมื้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 55 นาที ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมี 3 ปัจจัยจาก 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) ปัจจัยทางวัฒนธรรมคือค่านิยมในการบริโภคเค็ม 2) ปัจจัยทางประชากรคือเพศ ภาวะสุขภาพ และ 3) ปัจจัยทางสังคมคือลักษณะงานที่ทำ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.000$)

นิรัตน์ อิมามิ และดวงใจ ศรีอ่อน (2543) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสมุทรสาครจำนวน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

ประสพสุข ศรีแสนปาง และคณะ (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 28 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของโอเริ่มในกระบวนการกลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้สื่อประกอบ คือ วิดิทัศน์ แผ่นพับ และ คู่มือการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับโคเลสเตอรอลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) ศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียม โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มและแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลทววมหาวิทยาลัย ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 87 คน เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันเท่ากับ 7.76 กรัม ส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการกินเครื่องปรุงรส มีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีโซเดียมไม่ดี รับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การประเมินผลและการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร อายุและเพศที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .03$; $P < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษารายได้ ความรู้เกี่ยวกับการอาหารที่มีโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดการกินอาหารที่มีโซเดียมกับปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวัน และไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การศึกษารายได้ ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารที่มีโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดการกินอาหารที่มีโซเดียม กับพฤติกรรมการกินอาหารที่มีโซเดียม

กัญยากร ศรีสง่ากุล (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่สถานเฝ้าระวังบ้านหนองขานาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 110 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการที่ใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70) ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค

สุวิมล สังฆะมณี (2549) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 18 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้มุมมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับรู้เรื่องในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิต การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกต มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์พลังงานและสารอาหารที่ได้รับและความถี่ในการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ โดยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 7 วันติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคที่ไม่มีอาการและไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วย และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การดูแลด้านโภชนาการพบที่มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการเฉพาะการลดความเค็มของอาหารเท่านั้น แต่ไม่ทราบว่าอาหารอื่นๆ ที่มีโซเดียมต้องจำกัดปริมาณการบริโภคด้วย สามารถลดความเค็มของอาหารโดยการลดการบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารรสเค็ม ส่วนใหญ่บริโภคผงชูรสเพราะเข้าใจว่าไม่ใช่อาหารรสเค็มสามารถบริโภคได้ รับรู้ว่าการบริโภคอาหารประเภทผัก ปลาเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย รับรู้ว่าการติดมันมีผลเสียต่อร่างกาย รับรู้ว่าการไม่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน รับรู้ว่าการอ้วนกินข้าวให้น้อยลง หรืองดอาหารในบางมื้อ แบบแผนการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่บริโภคครบ 3 มื้อ ซึ่งอาหารสดมาปรุงเอง บริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก มีการบริโภคเนื้อปลาบ่อยที่สุด บริโภคเนื้อสัตว์ที่ใช้เกลือในการถนอมอาหารและมีการปรุงแต่ง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 27.8)

Michael (2004) ศึกษาพฤติกรรมการกินโดยลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับเกลือในปริมาณที่ต่างกันโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนและกลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลองได้รับ Low salt diet กลุ่มควบคุมได้รับอาหารตามปกติ จาก

การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการลดบริโภคโซเดียม 75-100 มิลลิโมลต่อวัน สามารถลดระดับ SBP ลงได้ 3-5 มิลลิเมตรปรอทและสามารถลดระดับ DBP ลงได้ 1 มิลลิเมตรปรอท

Svetkey (2005) ศึกษาผลของการเพิ่มและจำกัดเกลือที่บริโภคต่อความดันโลหิต การจำกัดเกลือด้วยการให้คำแนะนำอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในระดับต่ำ (Low salt diet) โดยนักโภชนาการและการกำหนดปริมาณโซเดียมเฉลี่ยที่ถูกขับออกมาใน 8 ชม. ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 18 คน กลุ่มทดลองทุกคนได้รับ Low salt diet ตลอดการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น 96 mEq ในช่วง 4 สัปดาห์แรก กลุ่มที่ 2 ได้รับเกลือขนาดต่ำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ค่าความดันโลหิตตัวบนลดลง 4.3 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่างลดลง 2.3 มม.ปรอท และยังพบว่าการลดการบริโภคโซเดียม 44 มิลลิโมลต่อลิตร สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก 1.9 /1.1 มิลลิเมตรปรอท

7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาพร้อมกับให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน โดยมีการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการพัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ขั้นปฏิบัติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองทุกราย

อุมาภรณ์ สานุสันติ (2544) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาที่ทดลอง โดยศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาในคลินิกเบาหวานที่ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ กลุ่ม

เปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ใช้เวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การดูแลเท้า ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราภรณ์ เนียมบุญชู และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรี่จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน กิจกรรมประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 2) การให้ความรู้และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 3) การให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การติดตามประเมินผล ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มคนงานชายในโรงงานผลิตเครื่องสุขภัณฑ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลองได้รับการจำแนกกลุ่มความพร้อมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนงานชายที่อยู่ในระยะพร้อมปฏิบัติ ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามที่เหมาะสมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการนำกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้ การสาธิตย้อนกลับ การฝึกทักษะ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างตัวแบบที่ดี การสร้างความร่วมมือภายในกลุ่มคนงาน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำโรงงาน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องหลัง และการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง อิริยาบถในการทรงตัว และท่านั่งในการทำงาน และระดับอาการปวดหลังส่วนล่างดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เรื่องของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง

Feldman และคณะ (2000) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผลไม้และผักของหญิงรายได้น้อย ในรัฐมารีแลนด์ โปรแกรมดังกล่าว

ประกอบด้วย การให้โภชนศึกษาที่เน้นความสำคัญของการบริโภคผลไม้และผัก การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรคการเอาชนะอุปสรรค การสาธิตอาหาร การแจกคู่มือ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mary และคณะ (2000) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมจัดการด้านโภชนาการเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เป็นการทดลองระยะยาว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนระดับมัธยม ที่อยู่ในระยะขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการทดลองทั้งก่อนและหลัง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการทดลองครั้งหลังอย่างเดียว จำนวน 42 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการด้านการโภชนาการเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันในชั้นเรียนจำนวน 11 บทเรียน ใช้เวลาในการทดลอง 14 สัปดาห์ โดยทุกๆ 1-2 สัปดาห์ในระหว่างการศึกษาทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลง หลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันก่อนและหลัง มีความสัมพันธ์กับเวลาและระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการทดลองทั้งก่อนและหลัง อย่างมีนัยสำคัญ

Micheal และคณะ (2003) ศึกษาการใช้ทฤษฎีขั้นตอนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการจำแนกลักษณะของตัวบุคคล ความแตกต่างของระยะ และความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการบริโภคอาหารหรือการบริโภคอาหารไขมันต่ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน Type 1 และ Type 2 จำนวน 1,029 คน โดยการส่งเสริมการกิน จำกัดจำนวนแคลอรีที่ได้รับในแต่ละมื้อ และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ผ่านการให้ความรู้และให้คำปรึกษา หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วย Type 1 ระดับแคลอรี ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินผักที่เพิ่มขึ้น ค่า BMI ลดลง ส่วนในผู้ป่วย Type 2 เปอรเซ็นต์ของแคลอรีจากไขมันลดลง สัมพันธ์กับการกินผักเพิ่มขึ้น ค่า BMI ลดลง สูญน้ำหนักน้อยลง ความเครียดลดลงทั้งในระยะก่อนซึ่งใจ และในระยะซึ่งใจ ส่วนในระยะปฏิบัติพบว่าผู้หญิงมีพฤติกรรมบริโภค และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

Faryle และคณะ (2006) ศึกษาการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้รูปแบบพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการกินต่อสุขภาพ เป็นการวิจัยแบบสำรวจแบบตัดขวาง ใช้เวลามากกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่อาศัยอยู่ในชนบทจำนวน 2,300 คน พบว่าการลดบริโภคไขมัน การบริโภคสารอาหารที่เป็นพลังงาน ผักและผลไม้ เป็นวิธีที่ใช้ส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับ ระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความสัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมทุกช่วงเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าได้มีการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี มีขั้นตอนและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งองค์ความรู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับอาหารเกลือต่ำ เพื่อลดระดับความดันโลหิตนั้นยังไม่แพร่หลาย ซึ่งมีงานวิจัยศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับโรคความดันโลหิต มีมากเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการประเมินความพร้อม และเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในขั้นชั่งใจ และขั้นพร้อมปฏิบัติ เพื่อให้สามารถก้าวเข้าสู่ระยะปฏิบัติหากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการลดการบริโภคเกลือ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยแต่ละกิจกรรมนั้น จะมีความสอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอน โดยใช้กระบวนการพื้นฐาน 10 ประการมาจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละรายอีกด้วย รวมทั้งผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และสามารถลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติควบคุมไปด้วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะซังใจและระยะพร้อมปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก

- นำกระบวนการสร้างความตระหนักปลูกจิตสำนึก และกระบวนการระบายความรู้สึกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่ส่งผลต่อระดับความดันและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

- ให้ชมวิดีโอทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากการเป็นโรคความดันและผลกระทบจากการที่ยังทานอาหารรสเค็ม โดยการกระตุ้นอารมณ์ด้วยภาพ

2. การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ

- นำกระบวนการประเมินตนเอง มาใช้เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม โดยการให้คำแนะนำและสอน

- จัดกิจกรรมผ่านตัวแบบอาหารจริงเกี่ยวกับรายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่ควรรับประทาน

3. การให้คำปรึกษา

- ใช้กระบวนการการประเมินสิ่งแวดลอม โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพิจารณาและประเมินว่าพฤติกรรมปัญหาของตนเองส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างไร รวมทั้งผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างไรบ้าง และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้น โดยการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือปัญหาของตน

4 การติดตามและการประเมินผล

โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และใช้โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง เมื่อครบสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ

การพยาบาลตามปกติสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะซังใจและระยะพร้อมปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ได้แก่

การชั่งน้ำหนัก ประเมินสัญญาณชีพ การให้ข้อมูล และคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด

2. การประเมินผล

โดยการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ และประเมินแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ โดยใช้ข้อคำถามชุดเดิมในสัปดาห์ที่ 8

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Design with Non- equivalent Group) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

	กลุ่มควบคุม	O1	O2
	กลุ่มทดลอง	O3	O4
O1	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง	
O2	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	
O3	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ก่อนการทดลอง	
O4	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8	
X	หมายถึง	ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ	

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุระหว่าง 35-59 ปี มารักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสระบัวอ้อย จังหวัดสงขลา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน (Burns & Grove, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ดีสำหรับงานวิจัยทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน ซึ่งส่งผลให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal

distribution) มากกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยนรากุล, 2547) การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ มม.ปรอท ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 180/110 มม.ปรอท
4. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะชั่งใจ และระยะพร้อมจะปฏิบัติ
5. มีสติสัมปชัญญะดี
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
7. สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้
8. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การยุติก่อนกำหนด

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการทดลอง ได้แก่ ชัก เป็นลม หหมดสติส่งผลต้องนอนโรงพยาบาล
2. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบ 4 ครั้ง ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 และครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 8 ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง ไม่มีผู้ใดขอลอนตัวออกจากกรวิจัย และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอจดรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากสมุดทะเบียนการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสระบัว้อย และขอคูประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน หลังจากนั้นขออนุญาตหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกตามลำดับ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณลักษณะข้างต้น และสัมภาษณ์เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึ่งใจ และระยะพร้อมปฏิบัติ

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยจับคู่ กลุ่มตัวอย่างให้แต่ละคู่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน (รายละเอียดดังตารางหน้า 114) ดังนี้

4.1 เพศ กำหนดให้เป็นเพศเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีโอกาสที่จะได้รับเกลือมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากปริมาณงานงานที่ทำที่มากกว่าเพศหญิงส่งผลให้บริโภคอาหารในปริมาณที่มากกว่าด้วย (ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547)

4.2 อายุ กำหนดให้อายุของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด จากการศึกษาพบว่า อายุส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านประสาทสัมผัสสัมผัส พบว่าอายุมากขึ้นปมรับรสสัมผัสจะยิ่งน้อยลงกว่าอายุน้อย ส่งผลให้รับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็ม (สุวรรณมา หังสพฤษ, 2535 อ้างถึงใน วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

4.3 การได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต กำหนดให้จัดกลุ่มรับยานิตเดียวกันคู่กัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มยาขับปัสสาวะส่งผลต่อการขับโซเดียมออกจากร่างกาย ทำให้เกิดภาวะ Electrolyte imbalance ส่งผลให้ร่างกายต้องการปริมาณโซเดียมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาควบคุมระดับความดันชนิดอื่น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549)

5. เพื่อป้องกันการสูญหายของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน (ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างไว้กลุ่มละ 35 คน ตามที่มติคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ได้ให้คำแนะนำ) ในการดำเนินการทดลองในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้เหตุผล และคำอธิบาย แต่สามารถมาเข้าร่วมในวันทำโครงการได้ ซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และผู้วิจัยได้แจกแผ่นพับเรื่องเกลือกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลับบ้านไปด้วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบัว้อย เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่ม

ตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความพร้อมในการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคเกลือและอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาขั้นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา และขั้นตอนการประเมินผลรวมทั้งกำหนดจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ ระยะเวลาในการติดตาม

3. กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุม เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. จัดทำแผนการสอน ได้แก่ แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำราและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการ

ป้องกัน รวมทั้งการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่อง การเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. สร้างโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ โดยกำหนดการกระทำกิจกรรมตาม ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการนำกระบวนการพื้นฐาน มาประยุกต์ใช้ในการ จัดกิจกรรมสำหรับการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะซังใจ และผู้ป่วยในระยะพร้อมปฏิบัติ

5.1 การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสร้างความตระหนัก ปลูกจิตสำนึก โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ มากระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งต่อตนเองและ บุคคลใกล้ชิด เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมบริโภค เกลือที่ส่งผลต่อระดับความดันและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.2 การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยนำกระบวนการประเมินตนเอง มาใช้เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้ได้ตัดสินใจ โดยการให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม สร้างความตระหนักในการลดพฤติกรรม การบริโภคเกลือ โดยการให้คำแนะนำและสอนผ่าน ตัวแบบอาหารจริงเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ควรรับประทาน และสื่อวีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการ รับประทานอาหารรสเค็ม

5.3 การให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้กระบวนการประเมินสิ่งแวดล้อม และการ ระบายความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพิจารณาและประเมินว่าพฤติกรรมปัญหาของ ตนเองส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างไร รวมทั้งผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างไร บ้าง และร่วมกันแก้ไขปัญหาค่าปรึกษา โดยการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือปัญหา ของตนเอง

5.4 การติดตามและการประเมินผล โดยการติดตามความคงทนในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการทดลอง โดยการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และการ โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8

6. ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยทบทวน เอกสารจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยระดับของความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงของ การเกิดโรคความดันโลหิต อาการแสดง อันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อควรรู้เกี่ยวกับเกลือและโซเดียม ข้อแนะนำในการลดการบริโภคโซเดียม ข้อแนะนำในการเลือกซื้ออาหาร ข้อแนะนำในการปรุงอาหาร และข้อแนะนำในการรับประทานอาหารพร้อมทั้งแทรกรายการอาหารที่ผู้ป่วยนิยมรับประทานในบริบทภาคใต้ เช่น ข้าว ยำ แกงไตปลา บูดุ และข้าวหมกไก่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง แผนการสอนเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ผู้วิจัยนำไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยให้ปรับการเขียนข้อความ ปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้ให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น

หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ผลการทดลองใช้ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาตามแผนการสอนได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการสอนมีความเหมาะสม เป็นไปตามที่กำหนด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) และได้นำมาใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบจำนวน 4 ข้อ เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส นับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ เป็นแบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม ของดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การจัดการดูแลตนเอง ของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) แบบวัดนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 3 ข้อ (9, 14, และ 15) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, และ 13) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ บ่อยครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (3 คะแนน) และไม่เคย (4 คะแนน) นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนรวมมาก หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่ดี คะแนนรวมน้อย หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ภาษาที่ใช้ โดยกำหนดระดับความเห็น 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อยมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก (Polit & Hungler, 1991 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2550) โดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) มากกว่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ เท่ากับ .93

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ เท่ากับ .83

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการบริโภคเกลือ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) มั่นใจเล็กน้อย (2 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (3 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) และมั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนรวมมาก หมายความว่า ผู้ตอบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการบริโภคเกลือมาก คะแนนน้อย หมายความว่า ผู้ตอบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการบริโภคเกลือน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องพฤติกรรมอาหารบริโภคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 คน (ตั้งรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ภาษาที่ใช้ โดยกำหนดระดับความเห็น 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อยมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก (Polit & Hungler, 1991 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2550) โดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) มากกว่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยนากร, 2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับการเขียนข้อคำถาม และปรับภาษาที่ใช้ให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น และได้มีการปรับข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ตัดทิ้ง 1 ข้อ เพิ่มเติมข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ เท่ากับ .92

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ เท่ากับ .95

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบัวอ้อย จังหวัดสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3. ประสานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทราบ โดยผู้วิจัยติดโปสเตอร์ประกาศเชิญชวนผู้ที่สนใจในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และบริเวณภายในโรงพยาบาลสระบัวอ้อยก่อนดำเนินการวิจัย 1 เดือน

1.4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ซึ่งผ่านการแก้ไขหลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเกิดความเข้าใจ จากนั้นจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

1.5 จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม ส่วน 30 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง และพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด (matched pair) ในด้านเพศ อายุ และ การได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต จนครบ 30 คู่ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมบริโภคเกลือ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (Pre-test) ก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. ขั้นตอนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 12 พฤษภาคม 2552 ถึง 14 กรกฎาคม 2552 โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสะบาย้อย ได้แก่ การซักประวัติและตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายการหมู่เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา การปฏิบัติตัว และประโยชน์ของการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ขณะรอพบแพทย์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8)

ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในวันมาตรวจตามแพทย์นัด และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลืออีกครั้ง (Post-test) และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการบริโภคอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินตามโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2552 ซึ่งตรงกับวันนัดของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงซึ่ง กิจกรรมใช้เวลาในช่วงเช้า 2 ชั่วโมง เวลา 09.00 -11.00 น. และช่วงบ่าย 2 ชั่วโมง เวลา 13.00-15.00 น.โดยจัดกิจกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การบรรยายประกอบภาพพลิก การใช้ตัวแบบวิถีทัศน์และการใช้ตัวแบบอาหารจริงประกอบด้วยรายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและรายการอาหารที่ควรรับประทาน ปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองทำกิจกรรม 1 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง มีขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) 09.00 – 11.00 น.

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสะบาย้อย ตามที่นัดหมาย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะและการดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง

3. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ โดยการนำกระบวนการพื้นฐานมาใช้จัดกิจกรรม ที่สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดังนี้

3.1 กระบวนการปลูกจิตสำนึกสร้างความตระหนัก กิจกรรมประกอบด้วยอภิปรายการให้ความรู้ประกอบการใช้วีดิทัศน์ เรื่อง "ลดเค็มลดความดัน ป้องกันอัมพฤกษ์อัมพาต" เป็นวีดิทัศน์ที่จัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ความยาว 20 นาที เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการ บั้จจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อน และแนวทางการรักษา

3.2 การระบายความรู้สึก โดยการให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผลกระทบจากการที่ยังทานอาหารรสเค็มผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่อง"เลิกใช้ชีวิตติดเค็ม" เป็นวีดิทัศน์ที่จัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ความยาว 20 นาที เพื่อที่จะกระตุ้นอารมณ์ด้วยภาพ ให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพทั้งต่อตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อภิปรายในสิ่งที่ได้เห็น และร่วมแสดงความคิดเห็น

3.3 กระบวนการประเมินตนเอง และการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรมผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมบอกถึงผลและผลเสียของการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม พร้อมทั้งมีการเปรียบเทียบซึ่งนำหน้าระหว่างผลดีและผลเสียด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.4 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรู้สึกว่าคุณวิจัยพร้อมและยินดีที่จะให้การช่วยเหลือ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำได้ โดยใช้หลัก 5R ของ American Medical Association (2000) สร้างแรงจูงใจในการลดการบริโภคเค็ม ดังนี้

ความสัมพันธ์ตรงตัว (Relevance) ที่ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการที่สามารถลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วยเอง โดยพยายามให้เจาะจงและเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงผลกระทบด้านอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม

ความเสี่ยง (Risks) ในการที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน อาการรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นหรือการเป็นโรคเรื้อรัง การเกิดความพิการระยะยาว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องได้รับการดูแลที่

ยาวนาน เนื่องจากแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีในการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติตนเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำได้

รางวัล (Rewards) โดยการบอกถึงประโยชน์ที่ได้จากการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น ค่ารักษาพยาบาล อาการและผลกระทบจากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หรือสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น

อุปสรรค (Roadblocks) ช่วยอธิบายถึงวิธีการรักษาการแก้ไขปัญหหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

การกล่าวซ้ำ (Repetition) เป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพูดคุย กระตุ้นเตือนผู้ป่วยทุกครั้งที่พบกัน

3.5 ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ เสนอทางเลือก ให้ข้อมูลสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ผู้วิจัยจัดเลี้ยงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย ก๋วยเตี๋ยวไก่มะระ ของหวานได้แก่ ข้าวต้มมัด และน้ำเต้าหู้ และนัดหมายดำเนินกิจกรรมอีกครั้ง เวลา 13.00 น. โดยใช้สถานที่เดิม

หลังจากให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์แล้ว ผู้วิจัยสุ่มถามคำถามเกี่ยวกับสาเหตุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 4 ใน 5 สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สุ่มถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ในช่วงบ่าย เวลา 13.00 – 15.00 น.

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ เสนอทางเลือก ให้ข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านตัวแบบรายการอาหารจริง ได้แก่ แกงโตปลา บูดู ข้าวย่ำ และข้าวหมกไก่ทอด และอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) ต่ำ ได้แก่ ผักและผลไม้ต่างๆ

2. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการเลือกบริโภคอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้คู่มือ

3. แจกแผ่นพับเรื่องลดเค็มลดความดัน

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้าน

หลังจากให้ความรู้ผ่านตัวแบบรายการอาหารจริงผู้ป่วยทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับรายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และจะหันมารับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้นกว่าเดิม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน

1. ผู้วิจัยซักถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ ติดตามประเมินความตั้งใจ พฤติกรรมการลดบริโภคเกลือ และการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ หากพบปัญหา พุดคุยถามสาเหตุ และเสนอแนวทางในการแก้ไข และพุดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น หากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีแล้ว กล่าวชมเชย ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป พร้อมขออนุญาตเข้าไปดูในครัวบ้าน และโต๊ะทานข้าว

จากการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างสรุปผล ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ บอกว่าสามารถลดการเค็มเกลือ และน้ำปลาได้ หันมารับประทานทานผักมากขึ้นกว่าเดิม โดยบอกว่า

“เดี๋ยวนี้พี่ กะห้ (พี่) /เม๊าะ (ป้า) /เว๊าะ (ลุง) ไม่ค่อยกินเค็มเท่าไหนแล้ว เพราะวันก่อนที่ได้ แด (ดู) วิดีโอที่ลูกหมอบ (ผู้วิจัย) ให้ดูวันก่อน กลัวว่าจะเป็นอัมพฤกษ์ เดี่ยวเป็นภาระของลูกหลาน เปล่าๆ เพราะต้องทำงานหลายอย่างแล้วต้องมาคอยดูแลคนพิการอีก”

“ตอนนี พี่/ น้ำ หันมากินผักกับผลไม้มากขึ้น จากเมื่อก่อนกินทุกอย่างอยู่แล้ว ผักกอกไม่ได้ซื้อปลูกเอาข้างบ้าน ยิ่งตอนนี้กินมากกว่าเดิม เพราะช่วงนี้เป็น ช่วงฤดูหน้าผลไม้พอดี ทั้งลองกอง เงาะ มังคุด ส้มโอ”

ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารขณะปรุงอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีเค็มเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะผงชูรส ผงปรุงรสคนอร์ แต่ลดปริมาณการเค็มน้อยกว่าเดิมโดยให้เหตุผลว่า

“ถ้าไม่ใส่บ้าง รู้สึกว่ากินข้าวไม่อร่อย แต่จะพยายามลดปริมาณลง แต่ไม่รู้ว่าจะทำให้ได้ดัง ปากว่าไหม ”

ผู้วิจัยได้ชี้ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเห็นถึงอันตรายของผงชูรส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และบุคคลในครอบครัว

ส่วนบนโต๊ะทานข้าว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบขวดน้ำปลา หรือซอสปรุงรสตั้งไว้ ขณะรับประทานอาหาร

ส่วนพฤติกรรมกรรมการชิมอาหารกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า

“เดี๋ยวนี้พี่ / กะห์ (พี่) / เม๊าะ (ป้า) / เว๊าะ (ลุง) ชิมรสอาหารก่อนเติมเครื่องปรุงทุกครั้งไม่เหมือนเมื่อก่อนขอบรสไหน ใส่ก่อนเลยโดยไม่ได้ชิม”

2. สิ้นสุดการพูดคุยเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ พร้อมนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์ โดยการโทรศัพท์ติดตาม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) การใช้โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ส่งผลให้กลับไปสู่พฤติกรรมเดิม ถ้าไม่ได้รับการกระตุ้น เดือนภายหลังให้กิจกรรมอย่างน้อย 2 - 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย

1. โทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือน โดยซักถามอาการทั่วไป ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ
2. ติดตามประเมินความตั้งใจพฤติกรรมลดบริโภคเกลือ และการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ
3. ร่วมหาแนวทางแก้ไข
4. ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) การใช้โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2

ก่อนวันนัดสิ้นสุดการวิจัย 1 วัน ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือน โดยซักถามอาการทั่วไป ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบติดตามประเมินความตั้งใจพฤติกรรมลดบริโภคเกลือ และการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำร่วมหาแนวทางแก้ไขหากมีอุปสรรคสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

จากการใช้โทรศัพท์ติดตามทั้ง 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมลดบริโภคก่อนข้างดีขึ้น ในเรื่อง การชิมรสชาติอาหารก่อนเติมเครื่องปรุง ลดการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม ขณะรับประทานอาหาร หันมาลดการกินอาหารตามสั่งหรือซื้อแกงถุงมารับประทาน หันมาทำอาหารกินเองเพิ่มขึ้น ลดการกินอาหารสำเร็จรูป ลดการรับประทานของดอง ลดการรับประทานของทอดๆ มันๆ หันมารับประทานอาหารผักและผลไม้มากขึ้นเนื่องจากหาได้ง่ายและไม่ต้องซื้อ ส่วนในเรื่อง การรับประทานอาหารทะเล การรับประทานข้าวต้ม แกงไตปลา บูด ซึ่งเป็นอาหารท้องถิ่นนั้น กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมลดบริโภคเป็นบางครั้ง โดยให้เหตุผลว่าต้องกินตามผู้ปรุง โดยลูกหรือภรรยาทำให้ทาน หรือยังซื้อมาทาน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ต่อ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองตามที่นัดหมาย ขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ และ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณที่ร่วมทำกิจกรรม

ภายหลังการดำเนินการวิจัยครบ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการบริโภคเกลือ มีความมั่นใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

การรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (N=30)					
ก่อนการทดลอง	58.36	5.99	29		
หลังการทดลอง	65.66	3.12	29	-6.68	.001

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำมีค่าเท่ากับ 58.36 (SD=5.99) และหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำมีค่าเท่ากับ 65.66 (SD=3.12) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการลดการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ dependent t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ Dependent t-test

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติเหมือนกันตามที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

- ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test
- ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test
- ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test
- ส่วนที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละ ของประชากรตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30 คน)		กลุ่มทดลอง (30 คน)		รวม (60 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
35 – 42 ปี	6	20.00	4	13.33	10	16.67
43 – 50 ปี	18	60.00	19	63.33	37	61.67
51 – 59 ปี	6	20.00	7	23.33	13	21.66
	อายุเฉลี่ย (\bar{X}) = 47.53		SD = 5.59			
เพศ						
ชาย	8	26.67	6	20.00	14	23.33
หญิง	22	73.33	24	80.00	46	76.67
สถานภาพ						
คู่	26	86.67	29	96.67	55	91.67
หย่า/แยกกันอยู่	2	6.67	0	0.00	2	3.33
หม้าย	1	3.33	0	0.00	1	1.67
โสด	1	3.33	1	3.33	2	3.33
ศาสนา						
อิสลาม	23	76.67	21	70.00	44	73.33
พุทธ	7	23.33	9	30.00	16	26.67
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	6	20.00	4	13.33	10	16.67
ประถมศึกษา	18	60.00	17	56.67	35	58.33
มัธยมศึกษา	3	10.00	3	10.00	6	10.00
ปวช./อนุปริญญา	2	6.67	4	13.33	6	10.00
ปริญญาตรี	1	3.33	2	6.67	3	5.00

ตารางที่ 6(ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละ ของประชากรตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30 คน)		กลุ่มทดลอง (30 คน)		รวม (60 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกรรม	14	46.67	14	46.67	28	46.67
ทำงานบ้าน	4	13.33	3	10.00	7	11.66
รับจ้าง	3	10.00	5	16.66	8	13.33
ค้าขาย	2	6.67	2	6.67	4	6.66
รับราชการ	1	3.33	2	6.67	3	5.00
อื่น ๆ (ไม่ได้ทำงาน ,ช่างเสริมสวย)	6	20.00	4	13.33	10	16.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	26.67	7	23.33	15	25.00
5,001 – 7,500 บาท	7	23.33	4	13.33	11	18.33
7,501 – 10,000 บาท	12	40.00	15	50.00	27	45.00
มากกว่า 10,000 บาท	3	10.00	4	13.33	7	11.67
รายได้เฉลี่ย (\bar{X}) = 8,811.67 SD = 11,293.74						
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
1 – 5 ปี	14	46.67	14	46.67	28	46.67
6 – 10 ปี	7	23.33	11	36.67	18	30.00
11 – 15 ปี	5	16.67	3	10.00	8	13.33
มากกว่า 15 ปี	4	13.33	2	6.66	6	10.00

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 76.67) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.67) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 73.33) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 58.33) เกือบครึ่งหนึ่ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 46.67) เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,501 -10,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้เท่ากับ 8,811.67 บาทต่อเดือน และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.67) มีภาวะความดันโลหิตสูงมานาน 1-5 ปี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30 คน)		กลุ่มทดลอง (30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม				
ก่อนการทดลอง				
ชั้นตั้งใจ	27	90.00	26	86.67
ชั้นพร้อมปฏิบัติ	3	10.00	4	13.33
หลังการทดลอง				
ชั้นตั้งใจ	27	90.00	24	80.00
ชั้นพร้อมปฏิบัติ	3	10.00	6	20.00

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในชั้นตั้งใจ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในชั้นตั้งใจ เมื่อพิจารณาในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างสามารถก้าวมาสู่ชั้นปฏิบัติได้ 2 ราย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

พฤติกรรมการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (N=30)					
ก่อนการทดลอง	35.10	6.48	29		
หลังการทดลอง	42.33	2.96	29	-7.64	.001

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำมีค่าเท่ากับ 35.10 (SD=6.48) และหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำมีค่าเท่ากับ 42.33 (SD=2.96) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

พฤติกรรมการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มควบคุม (N=30)					
ก่อนการทดลอง	32.86	3.96	29		
หลังการทดลอง	35.90	3.96	29	-6.54*	.001

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเท่ากับ 32.86 (SD=3.96) และหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเท่ากับ 35.90 (SD=3.96) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

พฤติกรรมการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง (N=60)					
กลุ่มควบคุม	32.86	3.96	58	1.61	.133
กลุ่มทดลอง	35.10	6.48			
หลังการทดลอง (N=60)					
กลุ่มควบคุม	35.90	3.96	58	7.11	.001
กลุ่มทดลอง	42.33	2.96			

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 35.10 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 32.86 ส่วนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X} = 42.33$ และ 35.90 ตามลำดับ; $p < .05$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Dependent t-test

การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการลดการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (N=30)					
ก่อนการทดลอง	58.36	5.99	29		
หลังการทดลอง	65.66	3.12	29	-6.68	.001

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ ของกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ มีค่าเท่ากับ 58.36 (SD=5.99) และหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ มีค่าเท่ากับ 65.66 (SD=3.12) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test

การรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ	\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง (N=60)					
กลุ่มควบคุม	51.56	3.58			
กลุ่มทดลอง	58.36	5.99			
			58	11.88	.001
หลังการทดลอง (N=60)					
กลุ่มควบคุม	54.60	3.63			
กลุ่มทดลอง	65.66	3.12			
			58	5.70	.001

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 58.36 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 51.56 ส่วนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ ของทั้งสองกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคเกลือ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X} = 65.66$ และ 54.60 ตามลำดับ; $p < .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ หลังสิ้นสุดการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสะบ้าย้อย มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด มีอายุระหว่าง 35-59 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซังใจ และระยะพร้อมจะปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอจรรยาขอผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากสมุดทะเบียนการมารับบริการ ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสระบุรี และขอคูประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน หลังจากนั้นขออนุญาตหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกตามลำดับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย การจัดกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทราบ และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี และเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมขอของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และ 30 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง หลังจากนั้นพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ อายุ และการได้รับความคุ้มครองระดับความดันโลหิต เนื่องจากพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมเกลือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการลดพฤติกรรมบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาทั้งหมดครอบคลุมที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ อันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว และ คู่มืออาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อเสนอแนะที่จะลดการบริโภคโซเดียม ข้อเสนอแนะในการเลือกซื้ออาหาร ข้อเสนอแนะในการปรุงอาหาร และ รายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่องการเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำ และวิดีโอทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมบริโภคเกลือ และสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุง

แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .95

การดำเนินการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีอภัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จากนั้นได้ดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 12 พฤษภาคม ถึง 14 กรกฎาคม 2552 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ได้แก่ การซักประวัติและตรวจวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยมอบแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือกับโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการบริโภคเกลือต่ำ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งแรกที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสะบ้าย้อย และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 8 สัปดาห์ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรม โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ กลุ่มทดลองต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลาทั้งวัน โดยในช่วงเช้าใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักถึงผลกระทบจากการบริโภคเค็ม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเลือกบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ และลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ตามแผนการสอน 2 เรื่องคือ แผนการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแผนการให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการกระตุ้นด้วยภาพโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ชมวิดีโอ ส่วนในช่วงบ่าย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลผ่านตัวแบบ โดยใช้รายการอาหารจริงซึ่งเป็นรายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ แกงไตปลา บูดู ข้าวยา และข้าวหมกไก่ทอด และอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) ต่ำ ได้แก่ ผักและผลไม้ต่างๆ น้ำปลาสูตรโซเดียมต่ำ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเสนอทางเลือกให้ข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ครั้งที่ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ ซักถามถึงอุปสรรคปัญหา และแนวทางแก้ไข ใช้เวลาออกเยี่ยมบ้านละประมาณ 10 - 15 นาที ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตามให้แรงเสริม ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ถามถึงอุปสรรคปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้แรงเสริมกระตุ้นอีกครั้ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือต่ำ โดยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำมากขึ้น โดยการได้ประเมินความพร้อมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาและการนำกระบวนการเปลี่ยนแปลงพื้นฐาน 10 ประการ มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้วางแผนที่จะสามารถควบคุมการรับประทานเกลือและอาหารรสเค็ม วางแผนที่จะลดการบริโภคเกลือ และมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยกิจกรรมในระยะซึ่งใจ เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจยิ่งขึ้น สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสร้างความตระหนัก ปลูกจิตสำนึก และการระบายความรู้สึก มากกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ส่งผลต่อระดับความดันและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการให้ชมวิดีโอเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากการเป็นโรคความดันและผลกระทบจากการที่ยังทานอาหารรสเค็ม เพื่อที่จะกระตุ้นอารมณ์ด้วยภาพ ให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการใช้กระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นเกิดการตื่นตัว เห็นถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของตนเองหลังการชมวิดีโอ และใช้กระบวนการประเมินตนเองปฏิบัติ

ผู้ป่วยชั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง โดยการให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการยังคงพฤติกรรมเดิม สร้างความตระหนักในการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และใช้กระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจ

ในการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ เสนอทางเลือก ให้ข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านตัวแบบรายการอาหารจริง ได้แก่ แกงโตปลา บูดู ข้าวย่ำ และข้าวหมกไก่ทอด และอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) ต่ำ ได้แก่ ผักและผลไม้ต่างๆ

การติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการทดลองใน สัปดาห์ที่ 4 ของการดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยได้ติดตามประเมินความตั้งใจพฤติกรรมลดบริโภคเกลือ และการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ หากพบปัญหา พุดคุยถามสาเหตุ และเสนอแนวทางในการแก้ไข และพุดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น หากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีแล้ว กล่าวชมเชย ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามซึ่งถือเป็นการนำกระบวนการเสริมแรง ตามกระบวนการพื้นฐานมาใช้ในการติดตาม โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตาม 2 ครั้ง คือเมื่อครบ สัปดาห์ที่ 6 และ 1 วันก่อนนัดในสัปดาห์ที่ 8 จากการใช้โทรศัพท์ติดตามทั้ง 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ค่อนข้างดีขึ้น ในเรื่อง การชิมรสชาติอาหารก่อนเติมเครื่องปรุง ลดการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มขณะรับประทานอาหารหันมา ลดการกินอาหารตามสั่งหรือซื้อแกงถุงมารับประทาน หันมาทำอาหารกินเองเพิ่มขึ้น ลดการกินอาหารสำเร็จรูป ลดการรับประทานของดอง ลดการรับประทานของทอดๆ มันๆ หันมารับประทานอาหารผักและผลไม้มากขึ้นเนื่องจากหาได้ง่ายและไม่ต้องซื้อ ซึ่งสอดคล้องกับค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ (Post – test) ที่มีค่าเพิ่มขึ้น ส่วนในเรื่อง การรับประทานอาหารทะเล การรับประทานข้าวย่ำ แกงโตปลา บูดู ซึ่งเป็นอาหารท้องถิ่น นั้น กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการบริโภคเป็นบางครั้ง

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว พบว่าหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูงขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือได้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี มีขั้นตอนและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prochaska et al., 2002)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นนั้นเกิดจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เนียมมฤณ (2548) ที่ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคหรือของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมลดการบริโภคของของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงเดือน เทียงสันทียะ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาพร้อมกับให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Micheal และคณะ (2003) ที่ได้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น คือ ระดับแคลอรีที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินผักที่เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายลดลง มีพฤติกรรมการบริโภค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ผลการวิจัยในสมมุติฐานข้อที่ 1 ยังมีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยอีกหลาย ๆ งานวิจัย ที่ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Faryle และคณะ (2006) ที่ได้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้รูปแบบพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการกินต่อสุขภาพ พบว่าระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมทุกช่วงเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Feldman และคณะ (2000) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการ พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผลไม้และผักของหญิงรายได้น้อย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สิ้นสุดการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาในครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือจากแผ่นพับ แต่ไม่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการลดการบริโภคเกลือ ทำให้กลุ่มควบคุมไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของอันตรายที่ยังคงพฤติกรรมการบริโภคเกลือ หรือรับประทานอาหารที่มีรสเค็มอย่างเช่นกลุ่มทดลองอีกทั้งกลุ่มควบคุม ยังไม่ได้รับการกระตุ้นให้วิเคราะห์ผลดี ผลเสียจากการยังรับประทานอาหารรสเค็ม หรือบริโภคเกลืออยู่ ทำให้ไม่มีความสมดุลในการตัดสินใจลดการ

บริโภคเกลือ จึงยังไม่มีอาการตัดสินใจ วางแผนที่จะควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม ลดการบริโภคเกลือ หรือก้าวเข้าสู่ขั้นปฏิบัติได้

ในทางตรงกันข้ามกลุ่มทดลอง ได้รับการติดตาม หรือ มีการติดต่อพูดคุยกับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ เสริมแรง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ร่วมแก้ไขปัญหา และพูดคุยให้กำลังใจ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้วิจัยนำเอากระบวนการพื้นฐานมาใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการแนะนำเพียงครั้งเดียว มีการประเมินผลหลังการทดลองเพียงครั้งเดียว ไม่มีการเสริมแรงหรือให้กำลังใจ ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมจึงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนที่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองสามารถก้าวเข้าสู่ขั้นปฏิบัติได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสนับสนุนการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมผ่านการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อีกทั้งงานวิจัยครั้งนี้ได้นำความสมดุลของการตัดสินใจโดยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลเสียของการยังบริโภคอาหารรสเค็ม การให้เห็นถึงผลดีที่สามารถลดการบริโภคอาหารรสเค็มได้ ผ่านการให้ความรู้ การนำเสนออาหารจริง และชมวีดิทัศน์ โดยการสร้างแรงจูงใจ เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษานี้ พบว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำสูงกว่าก่อนการทดลอง (ก่อนการทดลอง $\bar{X} = 58.37$, หลังการทดลอง $\bar{X} = 65.67$) (ตารางที่ 11 หน้า 75) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 54.60$) อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 12 หน้า 76) อภิปรายได้ว่าการนำการรับรู้ความสามารถตนเองมาใช้จัดกิจกรรมผ่านการให้ความรู้ เป็นผลมาจากโปรแกรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือไปในทางที่ดีขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภายหลังการทดลอง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือมากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงเดือน เทียงสันทียะ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองทุกราย ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับกับการศึกษาในครั้งนี้ด้วย นอกจากนี้ Mary และคณะ (2000) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมด้านโภชนาการ เพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง พบว่าคะแนนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันก่อนและหลังมีความสัมพันธ์กับเวลาและระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านปฏิบัติการพยาบาล** จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการลดการบริโภคเกลือดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในหน่วยงานของตน โดยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้สามารถปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมที่ดีได้ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการจำกัดเกลือในอาหาร ลดการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเกลือต่ำ เนื่องจากความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเรื่องโซเดียมและความดันโลหิตสูง ในภาพรวมยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างการบริโภคโซเดียมกับความดันโลหิตสูง มาใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการป้องกันการบริโภคเกลือโซเดียมที่เกินความจำเป็น และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนไทย โดยเฉพาะกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจที่สืบเนื่องมา รวมถึงการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริโภค ด้วยการเน้นพึ่งพาตนเองด้านการบริโภคอาหารให้ได้ ย่อมส่งผลต่อการแก้ปัญหาในระยะยาว

2. **ด้านการศึกษา** ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ และนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะของการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. **ด้านการวิจัย** ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำองค์ความรู้ใหม่ๆ มาร่วมกันรณรงค์ เช่น การเขียนบทความ สิ่งตีพิมพ์ สื่อทางโทรทัศน์ การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ

ประชาชนทั่วไปได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการลดบริโภคอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพพร้อมกับการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัจจัยที่เป็นปัญหาเฉพาะเจาะจง และเจาะลึกในประเด็นของค่านิยมในการบริโภคอาหารรสเค็ม ภาวะสุขภาพ เพศ อื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือ เพื่อใช้วิเคราะห์คำนวณหาปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากการบริโภคอาหารใน 1 วันด้วย นอกเหนือจากการตรวจหาระดับโซเดียมในปัสสาวะ หรือจากแบบบันทึกการบริโภคอาหารใน 1 วัน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการบริโภคเกลืออยู่ในระดับเสี่ยงหรือไม่ ซึ่งอาจจะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของตนเองได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยากร ศรีสง่ากุล.2549. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม รัตน์ชัย. 2542. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2548. การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 1: การทบทวนความรู้ เทคนิคการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูง. นนทบุรี : สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.
- งานข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. 2549. สถิติสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกจังหวัดสงขลา.
- จิรดี สิ้นไชย. 2547. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราภรณ์ เนียมบุญพร.2548. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลนกุล คำนึ่ง.2544. การรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐกานต์ ทศนาวิวัฒน์ และ ดวงกมล เลี้ยวกิตติกุล.2537. เกลือและความดันโลหิตสูง. ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร.2547. การบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ.2544. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ธนธรรณ์ เกื้อไว้. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิกันต์ เชื้ออนดิน. 2545. **สุขภาพจิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยนากุล. 2547. **ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐม นวลคำ. 2535. **ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลืออนามัยของประชาชนจังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทองพิลา. 2542. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. 2542. **โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด กับการปฏิบัติตัว.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. 2549. **ผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างของคณงานโรงงานผลิตสุกภัณฑ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บัณฑิต. 2542. **อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ธนิตา วงษ์จินดา และธนิดา อภิชนะกุล. 2550. **สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ.** อุดลำนเา
- ลือชัย ศรีเงินยวง, มัลลิกา มัติโก, ธนิตา วงษ์จินดา และ ธนิตา อภิชนะกุล. 2549. **พฤติกรรม การกินอยู่ และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคเกลือ ภาวะสุขภาพและความดันโลหิตสูง ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร.** อุดลำนเา

- วาสนา รวยสูงเนิน. 2549. พยาบาลกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน).
- วรลักษณ์ คงหนู. 2542. มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรัตน์ เหล่านากุล. 2546. เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลในไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาตา. 2548. Evidence – base Clinical Practice guideline ทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. 2543. โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: โรงพิมพ์ชานเมือง.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2546. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. 2542. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สว่างจิตต์ จันทร. 2544. ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมกฤษกร. 2548. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่. วารสารพยาบาล ปีที่ 54 (3): 144-153
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. 2542. เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพรรณ ชูชื่น. 2547. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิมล สัจจะมณี.2549. **การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ. 2548. **สถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2548.** นนทบุรี: สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวนีย์ ศรีดีระกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธรากุล, โพนม บัลดังโพธิ์ และ อุษษา เกานิบล. 2542. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์** ปีที่ 29: 49-58.

อรสา พันธุ์กัณฑ์. 2542. **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2550. **เอกสารคำสอนรายวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.**(อัดสำเนา).

อุมาภรณ์ สาธุสันติ. 2544.**การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์.**วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Alberto Avolio. 2003. Salt sensitivity and arterial structure and function. **Journal of Hypertension** 21:251-253

Chobanian,A.V., Bakris,H.R.,Cusman,W.C.,Green,L.A.,Izzo,J.L.,et al. 2003. The Seventh report of Joint National committee on prevent, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. **JAMA** 289: 2560-2572.

Cynthia Willey., Colleen Redding., Julie Stafford., Frances Garfield., Sandra Geletko, et.,all. 2000. **Stage of Change for Adherence with Medication Regimens for Chronic Disease : Development and validation of a Measure.** **Clinical Therapeutics** 22 (7): 858-871

- Daniel W. Jones. 2004. Dietary Sodium and Blood Pressure. **Journal of the American Heart Association** 43: 932-935
- Elaine Fontenot Molaison. 2002. **Stage of Change in Clinical Nutrition Practice.** *Nutrition Clinical Care*; 5 (5): 251-257
- Eva drevenhorn. Ann bengston., Jerilyn K. allen., Roger saljo., and Karin I. Kjellgren.2007.Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stage of change model. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 6: 46-53
- Faryle Nothwehr., Linda Snetselaar., Jingzhen Yang., and Haotong Wu. 2006. Stage of Change for Healthful Eating and Use of Behavioral Strategies. **J Am Diet Assoc.**106: 1035
- Feng J. He., Nirmala D. Markandu ., and Graham A. MacGregor. 2005. modest Salt Reduction lowers Blood Pressure in Isolated Systolic Hypertension and Combined Hypertension. **Journal of the American Heart Association** 44: 66-70.
- Feldman, R.L., Damron,D., Anliker, J., Ballesteros, M., Langenberg, P., DiClemente, C., and Havas, S.(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): 649-663.
- Francesco P. Cappuccino., Sally M Kerry., Frank b Micah., Jacob Plange-Rhule and John B. Eastwood. 2006. A community programme to reduce salt intake and blood pressure in Ghana. **BMC Public Health.** 6: 13 pp1470
- Francis J. Haddy. 2006. Role of dietary salt in hypertension. **Life sciences** 79: 1585-1592
- Gregor hasler., Aba Delsignore., Gabriella milos., Claus Buddeberg., and Ulrich Schnyder.2003. Application of Prochaska’ s transtheoretical model of change to patients with eating disorders. **Journal of Psychosomatic research.** 57: 67-72
- Guilhem du Cailar., Jean Ristein and Albert Mimran. 2002. Dietary sodium and Target organ damage in Essential Hypertension. **The American Journal of Hypertension.**Vol.15, No.3: 222-229

- Heikki Karappanen and Eero Mervaala. 2006. Sodium Intake and Hypertension. **Progress in Cardiovascular Diseases**. Vol. 49 No.2 pp 59-75
- Joint National Committee. 2005. **Seventh Report of the Joint National Committee on Hypertension defines a persistent evaluation of the High Blood Pressure**. Volume 17: 6
- Judy Gainey Seals. 2007. Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** 19: 63-71
- Junko Tamaki., Yuriko Kikuchi. Toru Takebayashi., Nagako Chiba., Taichiro Tanaka., et., all. 2003. Stage of Change for Salt Intake and Urinary Salt Excretion : baseline Results from the High-risk and Population Strategy for Occupational Health promotion (HIPOP-OHP) Study. **Hypertension Research** 27(3): 157-166
- Laura P. Svetkey. 2005. **Management of prehypertension**. American Heart Association; 45:156
- Margaret K. Hargreaves., David G. Schlundt., Maciej S. Buchowski., Robert E. Hardy., Susan R. Rossi., and Joseph S. Rossi. 1999. Stage of change and the intake of dietary fat in African-American women: Improving stage assignment using the Eating Styles Questionnaire. **Journal of The American Dietetic Association**; 99(11): 1392-1398
- Mary Finckenor and Carol Byrd-Bredbenner. 2000. Nutrition intervention group Program based on preaction-stage – oriented change processes of the Transtheoretical Model promotes long-term reduction in dietary fat intake. **J Am Diet Assoc**. 100(3); 335-342
- Michael H. Alderman. 2004. Dietary Sodium and Cardiovascular Health in Hypertensive Patients: The case against Universal Sodium Restriction. **J Am Soc Nephrol** 15:S47-S50
- Michel Ducher., Jean-Pierre Fauvel., Michel Maurin., Maurice Laville., Pascal Maire., et al. 2003. Sodium intake and blood pressure in healthy individuals. **Journal of Hypertension**. 21 (2): 289

- Micheal Vallis., Laurie Ruggiero., Geoffrey Greene., Helen Jones., Bernard Zinman., et .,al.2003. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes. **Diabetes Care** 26(5): 1468-1474
- Myron H. Weinberger. 2005. Salt Restriction in the Treatment of Isolated Systolic and Combined Hypertension. **Journal of American Heart Association**:46 ;31-32
- Prochaska , et .,al. 2002. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.** (3rd ed.). San Francisco: Jossey – Bass.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al.1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol.** 13:39-46.
- Redmer van Leeuwen., Shamila Boekhoorn., Johannes R. Vingerling., Jacqueline C.M. Witterman., Caroline C. W. Klaver., et., al. 2005. Dietary Intake of Antioxidants and Risk of Age-Related Macular Degeneration. **JAMA** 294 (24): 3101
- Umed A. Ajani., Sandra B. Dunbar., Earl S. Ford., All H. Mokdad., and George A. Mensah.2005. Sodium Intake among People with Normal and High Blood pressure.**Am J Prev Med** 29(5S1): 63-67.
- World Hypertension League. 2005. **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.** Jan 15-21;365(9455):217-23.
- Yuko Ohta., Takuya Tsuchihashi., Michio Ueno., Tomoko Kajioka., Uran Onaka., et., all. 2004. Relationship between the Awareness of Salt Restriction and the Actual salt Intake in Hypertensive Patients. **Hypertension Research** 27: 243-246

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

นายแพทย์วิสันต์ สิรินทรโสภณ	แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เลือดโรงพยาบาลมิตรภาพสามัคคี อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 001/2552

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 107.2/51 : ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรม
การบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัยหลัก : นายธีระพล ชัยสงคราม นิสิตระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 ธันวาคม 2551

วันหมดอายุ : 23 ธันวาคม 2552

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) เอกสารประชาสัมพันธ์

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปีก่อนใบรับรองหมดอายุ เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 6



เลขที่โครงการวิจัย 107. 2/51
วันที่รับรอง 24 S.ค. 2551
วันหมดอายุ 23 S.ค. 2552

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent From)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรม
บริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นายธีระพล ชัยสงคราม ที่อยู่ 2/17 หมู่ที่ 1 โรงพยาบาลสระบัวอ้อย ค. สระบัวอ้อย อ.สระบัวอ้อย จ.สงขลา 90120 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 089-7347879 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้ ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

สถานที่/วันที่

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถานที่/วันที่

(นายธีระพล ชัยสงคราม)

ผู้วิจัยหลัก

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน



เลขที่โครงการวิจัย 109.9/51

วันที่รับรอง 24 ส.ค. 2551

วันหมดอายุ 23 ส.ค. 2552

ปรีชา ปรังเฒ่า วันที่ 14 กรกฎาคม 2551

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant / Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ชื่อผู้วิจัย นายธีระพล ชัยสงคราม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสะบ้าย้อย อ.สะบ้าย้อย อ.สะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา 90210
- โทรศัพท์ที่ทำงาน 074 377100-1 ต่อ 103 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7347879
- E-mail: bbt_2519@hotmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ และระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดกับผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ณ. คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้เข้าร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลาจำนวน 60 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี มีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 180/110 มม.ปรอท ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยดูประวัติในเวชระเบียนเพื่อระดับความดันโลหิตและการได้รับยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ประชากรตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน ดังนี้

6.1 กลุ่มที่ 1 ประชากรตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ได้แก่ การชั่งประวัติและตรวจวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลพร้อมแจกแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือกับโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการบริโภคเกลือต่ำ ประชากรตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 8 สัปดาห์ โดยตรงกับวันมา



เลขที่โครงการวิจัย 10๗.๖/๕1
วันที่รับรอง 24 ส.ค. 2551
วันหมดอายุ 23 ส.ค. 2552

ตรวจตามแพทย์นัด การตอบแบบสอบถามจะทำที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสระบัวย่อย โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง

6.2 กลุ่มที่ 2 ประชากรตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ประชากรตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักถึงผลกระทบจากการบริโภคเค็ม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเลือกบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ และลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม กิจกรรมครั้งแรกใช้เวลาในช่วงเช้า 2 ชั่วโมง และช่วงบ่าย 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ ชักถามถึงอุปสรรคปัญหา และแนวทางแก้ไข ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ครั้งที่ 3 ครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้แรงเสริม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจ ถามถึงอุปสรรคปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และครั้งสุดท้ายเมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้แรงเสริมอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เป็นการประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง นอกจากนี้ประชากรตัวอย่างต้องตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง ครั้งแรกที่พบกัน และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 8 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยน้อยมาก เพียงแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องใช้เวลาอยู่ในการวิจัยทั้งสิ้นนาน 8 สัปดาห์ หากเกิดอันตรายที่อาจมีผลต่อร่างกายจิตใจ ผู้เข้าร่วมจะได้รับการดูแล รักษาทันที โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พร้อมอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือ กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในวันดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-7347879 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่ เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอ โดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

11. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการทดลอง ส่วนในวันที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยเลี้ยงอาหารกลางวันและอาหารว่างแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 109.9/51
วันที่รับรอง 24 S.ค. 2551
วันหมดอายุ 23 S.ค. 2552



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โดยใช้ประโยคที่ผู้วิจัยแต่งขึ้นตามคำจำกัดความของแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) โดยมีข้อคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบจำนวน 4 ข้อ เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจง : กรุณาเติมข้อมูลลง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. ในปัจจุบันท่านเติมน้ำปลา ซอสปรุงรส ขณะรับประทานอาหาร
() ใช่ () ไม่ใช่
2. ท่านเคยคิดจะควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็มภายใน 6 เดือนข้างหน้าหรือไม่
() เคย () ไม่เคย
3. ท่านวางแผนที่จะลดการรับประทานอาหารรสเค็มแล้วหรือยัง
() วางแผนไว้แล้ว
() ยังไม่ได้วางแผน
4. ท่านวางแผนที่จะลดการรับประทานอาหารรสเค็มเมื่อใด
.....

หมายเหตุ : - ถ้าข้อ 2 ตอบว่า “เคย” แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นตั้งใจ**

ตอบว่า “ไม่เคย” แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นก่อนตั้งใจ**

- ถ้าข้อ 3 ตอบว่า “วางแผนไว้แล้ว” แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นพร้อมปฏิบัติ**

ตอบว่า “ยังไม่ได้วางแผน” แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นตั้งใจ**

- ในข้อที่ 4 ถ้าคำตอบอยู่ในช่วง 30 วัน แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นพร้อมปฏิบัติ**

ถ้าคำตอบคือ เริ่มลดตั้งแต่วันนี้หรือเริ่มลดมาไม่เกิน 1 เดือน แสดงว่า

ผู้ป่วยอยู่ใน **ขั้นปฏิบัติ**

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. ขณะนี้ท่านอายุ ปี
2. เพศ () 1.ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรสของท่าน
 () 1.โสด () 2. คู่
 () 3. หม้าย () 4. หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ท่านนับถือศาสนา
 () 1. พุทธ () 2. คริสต์
 () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 () 1.ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
 () 3. มัธยมศึกษา () 4. ปวช., ปวส., อนุปริญญา
 () 5.ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพของท่าน
 () 1. เกษตรกร () 2. รับจ้าง
 () 3. ทำงานบ้าน () 4. รับราชการ , รัฐวิสาหกิจ
 () 5. ค้าขาย () 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ () 1. เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน
 () 2. ไม่มีรายได้
8. ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... ปี
9. ระดับความดันโลหิตขณะตอบแบบสอบถาม..... มิลลิเมตรปรอท

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคเกลือ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบมากที่สุดโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ ทุกวันหรือทุกครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ เลย

ข้อคำถาม	บ่อยครั้ง (1)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (3)	ไม่เคย (4)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านเติม เกลือ น้ำปลา หรือ ซีอิ๊วขาว ลงในอาหารที่กำลังจะกิน เช่น ข้าวผัด ก๋วยเตี๋ยว ข้าว ยำ ขนมจีน					
2. ท่านซื้อแกงหรือกับข้าวที่สำเร็จแล้วมารับประทาน					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
14. ท่านได้เคยอ่านฉลากอาหารที่ติดอยู่บนซองสินค้าจำพวก เกลือ ผงชูรส ผงปรุงรส					
15. ท่านอ่านฉลากอาหาร เพื่อตรวจสอบปริมาณส่วนประกอบของเกลือ ผงชูรส ผงปรุงรส					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุดโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถทำได้

ข้อคำถาม	มั่นใจมากที่สุด (5)	มั่นใจมาก (4)	มั่นใจปานกลาง (3)	มั่นใจเล็กน้อย (2)	ไม่มั่นใจเลย (1)	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถหลีกเลี่ยงไม่กินอาหารที่เค็มจัดจำพวก ข้าวย่ำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม						
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถจะไม่เติมซีอิ้ว น้ำปลา ลงในอาหารที่กำลังจะกิน						
.						
.						
.						
14. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถชิมอาหารทุกครั้งก่อนที่จะเติมเครื่องปรุงรสทุกชนิด						
15. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถอ่านฉลากอาหารเพื่อตรวจสอบปริมาณเกลือ ผงชูรส น้ำปลา เครื่องปรุงรส						

แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง

ผู้สอน นายธีระพล ชัยสงคราม รหัสสนិត 49775695 36

ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบัวอ้อย

เวลาการสอน 30-40 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้ผู้ได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงความหมายของโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>สวัสดีครับ ผมชื่อ นายธีระพล ชัยสงคราม นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้จะมาสอนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากท่านใดมีข้อสงสัยต้องการซักถามกรุณายกมือขึ้นถามได้</p> <p>บทนำ</p> <p>เป็นที่ทราบกันดีว่าโรคความดันโลหิตสูงถูกเรียกว่าเป็น “เพชฌฆาตเงียบ” ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มีอาการของโรคเลย หรือมีเพียงเล็กน้อย คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบเลยว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทำลายของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายแล้ว จึงจะปรากฏอาการสัญญาณที่เป็นอันตรายต่อชีวิต</p> <p>ความดันโลหิต เป็นแรงดันในหลอดเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปทั่วร่างกาย ความดันเลือดมี 2 ค่า ได้แก่ ค่าความดันตัวบนเป็นค่าความดันเลือดที่วัดได้ขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันตัวล่าง เป็นค่าที่วัดได้ขณะหัวใจคลายตัว</p> <p>ความดันโลหิตสูง คือ ความดันเลือดที่วัดได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>ชั้นนำ (5 นาที)</p> <p>-สร้างสัมพันธภาพโดยผู้สอนแนะนำตัวและให้บอกถึงวัตถุประสงค์ของการสอนให้ผู้ป่วยทราบพร้อมนำเข้าสู่บทเรียน</p> <p>-นำเข้าสู่บทเรียนโดยนำเสนอสถิติการตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ตั้งคำถามว่า “ ความดันโลหิตหมายถึงอะไร”</p> <p>- ตั้งคำถามว่า “ ใครมีค่าความดันโลหิตเท่าไรบ้าง”</p>	<p>-สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>-คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงประเภทของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>4.</p>	<p>ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. <p>สรุป</p> <p>จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันหรือควบคุมไม่ให้ระดับความดันมีค่าสูงกว่าที่กำหนดได้ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง และเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะสามารถที่จะทำไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทุพพลภาพ ตลอดจนอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับโรคหรือแผนการรักษาที่ได้รับโดยมีเป้าหมาย คือการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ลดการพึ่งพาผู้อื่นก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป</p>	<p>- บรรยายประกอบวีดิทัศน์ถึงชนิดของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- ชักถามถึงชนิดของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>กล่าวสรุป และอธิบายการใช้สมุดคู่มือ พร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>--สื่อวีดิทัศน์เรื่องประเภทของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- สมุดคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง</p> <p>ประเมินความสนใจของผู้ป่วย</p>

แผนการสอนเรื่องการเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เรื่อง	การรับประทานอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้สอน	นายธีระพล ชัยสงคราม รหัสสนិត 49775695 36
ผู้เรียน	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สถานที่	คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบัวอ้อย
เวลาการสอน	30-40 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องเมนูอาหารที่ควรเลือกบริโภค เพื่อให้ผู้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอน</p>	<p>สวัสดีครับ ผมชื่อนายธีระพล ชัยสงคราม นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้จะมาสอนความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากท่านใดมีข้อสงสัยต้องการซักถาม กรุณายกมือขึ้นถามได้</p> <p>เป็นที่ทราบกันดีว่าการบริโภคอาหารมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจึงควรระมัดระวังในการเลือกบริโภคอาหาร เพราะอาหารที่ท่านเข้าไปส่งผลต่อระดับความดันโลหิตอย่างแน่นอน</p> <p>ก่อนอื่นมาทำความรู้จักเรื่องเกลือและโซเดียมกันก่อนครับ</p> <p>เกลือ คือ สารปรุงแต่งอาหารที่ให้รสชาติเค็ม “เค็ม” ไม่ได้หมายถึงเกลือที่ใส่ในอาหารเท่านั้นแต่หมายถึง “โซเดียม” และ “คลอไรด์” ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือแกงที่ให้รสเค็ม ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนประกอบมาจากผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป และอาหารกระป๋อง ได้แก่ ปลากระป๋อง อาหารแช่แข็ง ขนมปัง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป</p>	<p>ชั้นนำ)5 นาที (</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพโดยผู้สอนแนะนำตัวและให้บอกถึงวัตถุประสงค์ของการสอนให้ผู้ป่วยทราบ - นำเข้าสู่บทเรียน โดยการเสนอข้อมูลสถิติการบริโภคเกลือของคนไทยว่ายังอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ - ตั้งคำถามว่า “ในที่นี้ใครยังรับประทานอาหารรสเค็มบ้าง หรือใครพยายามลดปริมาณการบริโภคลดเค็มอยู่บ้าง” 	<ul style="list-style-type: none"> - โทรทัศน์ - โน้ตบุ๊ก - ไมโครโฟน - สมุดคู่มือสำหรับการเลือกบริโภคอาหารเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - แผ่นพับเรื่อง “ลดเค็ม ลดความดัน”

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>ผู้เรียนบอกถึงปริมาณเกลือ หรือ โซเดียมที่ควรบริโภคต่อวันได้</p>	<p>น้ำอัดลม ฯลฯ ที่เหลือมาจากเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส ซอสปรุงรสต่างๆ</p> <p>“โซเดียม” คือ เกลือแร่ สารอาหาร (ชนิดหนึ่ง ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลของของเหลวในร่างกาย รักษาความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>ข้อควรรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ ประชาชนทั่วไปควรจำกัดปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันไม่ให้เกิน 2,400 มิลลิกรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชา ♣ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันไม่ให้เกิน 1,500 มิลลิกรัม หรือประมาณ 2/3 ช้อนชา ◆ เกลือ 1 ช้อนชา = โซเดียม 2,400 มิลลิกรัม ◆ เกลือ 2/3 ช้อนชา = โซเดียม 1,500 มิลลิกรัม ◆ เกลือ 1/2 ช้อนชา = โซเดียม 1,000 มิลลิกรัม ◆ เกลือ 3/4 ช้อนชา = โซเดียม 500 มิลลิกรัม <p>ดังนั้น สมาคมโรคหัวใจอเมริกา)AHA (จึงแนะนำให้กินเกลือ ไม่เกินวันละ 2400 มิลลิกรัม (คิดเป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ประมาณ 6กรัม / วัน หรือ 1 ช้อนชา)</p>	<p>- บรรยายประกอบวิดีโอทัศน์ เรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- ตั้งคำถามว่า “ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรบริโภคเกลือหรือโซเดียมปริมาณต่อวันไม่เกินเท่าไร”</p>	<p>- วิดิทัศน์หัวข้อเรื่อง การเลือกบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>ผู้เรียนบอกถึงอันตรายจากการบริโภคเกลือ หรือ อาหารที่มีรสเค็มได้</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p>อันตรายจากการบริโภคเกลือ หรืออาหารรสเค็ม</p> <p>เป็นที่ทราบกันดีว่าการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงเกินไปจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไตวาย เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> • • <p>สรุป</p> <p>การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริโภค ที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารเกลือต่ำ ย่อมส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย ซึ่งถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และลดภาวะอันตรายจากโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางการตัดสินใจและเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้</p>	<p>-บรรยายประกอบวีดิทัศน์ เรื่องอันตรายจากการบริโภคเกลือ หรืออาหารรสเค็ม</p> <p>- ตั้งคำถามว่า "อันตรายจากการยังบริโภคเกลือหรืออาหารรสเค็ม มีอะไรบ้าง"</p> <p>- กล่าวสรุป และอธิบายวิธีการใช้สมุดคู่มือสำหรับการเลือกบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- วีดิทัศน์หัวข้อเรื่อง การเลือกอันตรายจากการบริโภคเกลือ หรืออาหารรสเค็ม</p> <p>- สมุดคู่มือสำหรับการเลือกบริโภคอาหารเกลือต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>

คู่มือ
การดูแลตนเอง

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต



จัดทำโดย นายธีระพล ชัยสงคราม

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คำนำ

โรคความดันโลหิตสูง จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจึงถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ”

ดังนั้นการจัดทำคู่มือ “การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงลงได้ คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ธีระพล ชัยสงคราม
ผู้จัดทำ

ทำไมจึงเรียกว่า “ความดันโลหิตสูง”

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แรงดันที่เกิดขึ้นเมื่อหัวใจบีบตัว เรียกว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน และแรงดันขณะหัวใจคลายตัวเรียกว่า ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ถ้าความดันโลหิตมีค่ามากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท จึงจะถือว่าเป็น “ความดันโลหิตสูง”

ความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับ	ความดันโลหิตตัวบน () มิลลิเมตรปรอท(ความดันโลหิตตัวล่าง) มิลลิเมตรปรอท (
ปกติ	น้อยกว่า 120	และ น้อยกว่า 80
ปกติค่อนข้างสูง	120-139	หรือ 80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159	หรือ 90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	มากกว่าหรือเท่ากับ 160	หรือ มากกว่าหรือ เท่ากับ100

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงหรือ สาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย



● ภาวะอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย



● ขอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม



จะปฏิบัติตัวอย่างไรดีหนอ??

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือ



หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หรือลดการบริโภคเกลือหรือน้ำปลา

● ลดน้ำหนัก หรือ ไม่ควรปล่อยให้อ้วนเกินไป



■ หลีกเลี่ยงอาหารมัน เช่น ข้าวขาหมู ของทอด ฯลฯ

สรุป

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากจะได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว ในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะอันตรายจากโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางการตัดสินใจและเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้

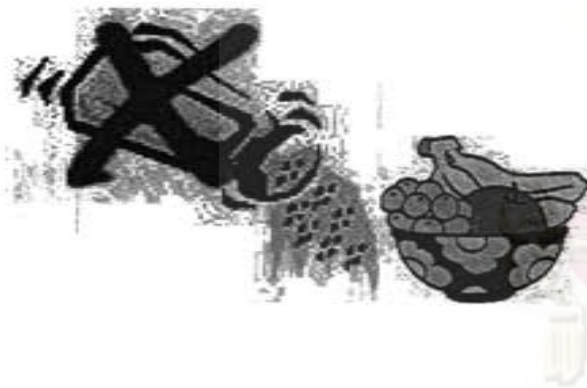
“ร่วมลดความดัน เพื่อชีวิตอันยืนยาว”



เกลือ และ โซเดียมคืออะไร ???

คู่มือ

การรับประทานอาหารเกลือต่ำ



เกลือ คือ สารปรุงแต่งอาหารที่ให้รสชาติเค็ม และโซเดียม ถือเป็น ส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือที่ให้รสชาติ เค็ม ที่อยู่ในรูปเครื่องปรุงอาหารอื่นๆ เช่น ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรสต่างๆ เป็นต้น

อาหารรสเค็มกับความดันโลหิตสูง

เป็นที่ทราบกันดีว่าการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารที่มีปริมาณ เกลือและโซเดียมสูงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไต วาย เนื่องจาก

- ◆ โซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม ทำให้เพิ่มปริมาณ เลือดและความต้านทานในหลอดเลือดแดงมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดัน โลหิตเพิ่มสูงขึ้นด้วย
- ◆ การกินเค็มนานๆ มีผลทำให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น ส่งผลให้เป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ◆ การกินเค็มนานๆ ยังส่งผลให้อัตราการกรองของเสียที่ไตมากขึ้น ไตทำงาน มากขึ้น ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

จัดทำโดย นายธีระพล ชัยสงคราม

นิติคปริญญโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ข้อควรรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม

• ประชาชนทั่วไปควรจำกัดปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันไม่ให้เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา

• สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันไม่ให้เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับปริมาณเกลือแกง 2/3 ช้อนชา



เกลือ 1 ช้อนชา = โซเดียม 2,400 มิลลิกรัม
 เกลือ 2/3 ช้อนชา = โซเดียม 1,500 มิลลิกรัม
 เกลือ 1/2 ช้อนชา = โซเดียม 1,000 มิลลิกรัม
 เกลือ 3/4 ช้อนชา = โซเดียม 500 มิลลิกรัม

ผงชูรส



• อาหารกระป๋องต่างๆ เช่นผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง ซึ่งอาหารเหล่านี้มีการเติมเกลือหรือสารกันบูดด้วย



แหล่งอาหารที่มีโซเดียม

• อาหารธรรมชาติ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว



ข้อแนะนำที่จะลดการบริโภคโซเดียม คือ

- ◆ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารรสเค็ม
- ◆ หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป และขนมขบเคี้ยวที่มีเครื่องปรุงรส ปริมาณมาก
- ◆ หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสทุกชนิด พยายามรับประทานอาหารตามรสชาติที่ได้ปรุงมาแล้ว
- ◆ เลือกบริโภคอาหารสดหรือ อาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด

◆ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ต้องมีเครื่องปรุง
น้ำจิ้ม

◆ ลด เลิกการใส่ผงชูรส

◆ ปรุงอาหารโดยใช้เครื่องเทศและสมุนไพรที่ให้รสชาติแต่มีปริมาณโซเดียม
ต่ำแทน เช่น หัวหอม กระเทียม ข่า ขิง

◆ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทะเลที่มีส่วนประกอบ
ของโซเดียม เช่น ปลาเค็ม กุ้งส้ม กะปิ

ข้อแนะนำในการเลือกซื้ออาหาร

◆ อ่านฉลากทุกครั้ง เพื่อศึกษาส่วนประกอบของอาหาร

◆ อ่านข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหาร เพื่อศึกษาจำนวนปริมาณโซเดียมใน
สินค้าที่ควรบริโภคในแต่ละวัน

◆

◆

ข้อแนะนำในการปรุงอาหาร

■ ล้างผักและเนื้อสัตว์ที่ใช้ประกอบอาหารให้สะอาดทุกครั้ง

ก่อนปรุงอาหาร

ข้อแนะนำในการจัดโต๊ะอาหาร

ข้อแนะนำในการรับประทานอาหาร

สรุป

การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าผู้ป่วยจะ
ได้รับการรักษาด้วยยาหรือ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมระดับ
ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม ถือเป็น
ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการบริโภค ที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร
โดยเฉพาะอาหารเกลือต่ำ ย่อมส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย ซึ่งถือเป็น
เป้าหมายที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และลดภาวะอันตรายจากโรค
ที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางการตัดสินใจและเพื่อ
เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้



ภาคผนวก ง
แสดงค่าคะแนนแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภค
เกลือของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (กลุ่มทดลอง)	ค่าคะแนนก่อนการ ทดลอง (Pre-test)	ค่าคะแนนหลังการ ทดลอง (Post-test)	การประเมิน
กลุ่มตัวอย่างคนที่			
1	59	64	+
2	62	70	+
3	66	69	+
4	62	68	+
5	61	62	+
6	59	67	+
7	65	69	+
8	50	62	+
9	48	63	+
10	61	62	+
11	63	64	+
12	66	71	+
13	60	64	+
14	55	67	+
15	59	63	+
16	49	64	+
17	48	70	+
18	62	69	+
19	61	68	+
20	59	62	+
21	65	66	+
22	50	69	+

ตารางที่ 13(ต่อ) แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ

ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (กลุ่มทดลอง)	ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)	ค่าคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)	การประเมิน
กลุ่มตัวอย่างคนที่			
23	48	62	+
24	61	62	+
25	63	63	=
26	64	66	+
27	58	69	+
28	55	64	+
29	59	67	+
30	49	63	+

หมายเหตุ

- + หมายถึง ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
- = หมายถึง ค่าคะแนนหลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่ต่างกัน

จากตาราง 13 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าสูงขึ้นก่อนการทดลองจำนวน 29 ราย คิดเป็น 96.67% ค่าคะแนนคงเดิมหลังการทดลองมีจำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.33 % และเมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์คะแนนที่ต้องเพิ่มมากกว่า 80% ของคะแนนรวมทั้งหมด (มากกว่า 60 คะแนน) พบว่า ค่าคะแนนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทุกรายมีค่าคะแนนมากกว่า 60 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 80% ของคะแนนรวมทั้งหมด

ตารางที่ 14 แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (กลุ่มควบคุม)	ค่าคะแนนก่อนการ ทดลอง (Pre-test)	ค่าคะแนนหลังการ ทดลอง (Post-test)	การประเมิน
กลุ่มตัวอย่างคนที่			
1	52	58	+
2	52	54	+
3	50	57	+
4	52	48	-
5	46	54	+
6	48	55	+
7	50	60	+
8	56	49	-
9	44	57	+
10	55	53	-
11	53	55	+
12	49	59	+
13	55	59	+
14	54	53	-
15	50	56	+
16	55	58	+
17	51	56	+
18	52	52	=
19	51	60	+
20	59	47	-
21	44	52	+
22	51	53	+

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือ (กลุ่มควบคุม)	ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)	ค่าคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)	การประเมิน
กลุ่มตัวอย่างคนที่			
23	50	55	+
24	54	59	+
25	53	57	+
26	51	54	+
27	49	50	+
28	48	48	=
29	56	56	=
30	57	62	+

หมายเหตุ

- + หมายถึง ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
- = หมายถึง ค่าคะแนนหลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่ต่างกัน
- หมายถึง ค่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดการบริโภคเกลือของกลุ่มควบคุม มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองจำนวน 22 ราย คิดเป็น 73.33% ส่วนค่าคะแนนมีค่าลดลงก่อนการทดลอง จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.67% และค่าคะแนนคงเดิมจำนวน 3 ราย คิดเป็น 10.00 % และเมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์คะแนนที่ต้องเพิ่มมากกว่า 80% ของคะแนนรวมทั้งหมด (มากกว่า 60 คะแนน) พบว่ามีแค่ 3 ราย ที่ค่าคะแนนหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่เพิ่มมากกว่า 60%



ภาคผนวก จ

ตารางแสดงการจับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงการจับคู่ (Match pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ และการได้รับยาควบคุมความดันโลหิต

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	การได้รับยาความดันโลหิต	เพศ	อายุ	การได้รับยาความดันโลหิต
1	หญิง	45	HCTZ	หญิง	45	HCTZ
2	หญิง	48	HCTZ	หญิง	48	HCTZ
3	หญิง	49	HCTZ	หญิง	49	HCTZ
4	หญิง	52	HCTZ	หญิง	52	HCTZ
5	หญิง	48	HCTZ	หญิง	48	HCTZ
6	หญิง	47	Amlodipine	หญิง	47	Amlodipine
7	ชาย	56	HCTZ	ชาย	55	HCTZ
8	ชาย	46	HCTZ	ชาย	46	HCTZ
9	หญิง	50	HCTZ	หญิง	50	HCTZ
10	หญิง	35	HCTZ	หญิง	36	HCTZ
11	หญิง	45	HCTZ	หญิง	47	HCTZ
12	หญิง	48	HCTZ	หญิง	49	HCTZ
13	หญิง	46	HCTZ	หญิง	48	HCTZ
14	หญิง	47	HCTZ	หญิง	48	HCTZ
15	หญิง	58	HCTZ/Amlodipine	หญิง	59	Amlodipine
16	หญิง	39	HCTZ	หญิง	40	HCTZ
17	หญิง	37	HCTZ	หญิง	36	HCTZ
18	หญิง	57	HCTZ	หญิง	55	HCTZ
19	ชาย	52	HCTZ	ชาย	51	HCTZ
20	ชาย	43	Propranolol	ชาย	41	HCTZ/Propranolol
21	ชาย	48	HCTZ	ชาย	50	HCTZ
22	หญิง	58	HCTZ	หญิง	58	HCTZ
23	หญิง	44	HCTZ	หญิง	42	HCTZ

ตารางที่ 11(ต่อ) แสดงการจับคู่ (Match pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ และการได้รับยาควบคุมความดันโลหิต

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	การได้รับยาความดันโลหิต	เพศ	อายุ	การได้รับยาความดันโลหิต
24	หญิง	40	HCTZ	หญิง	40	HCTZ
25	หญิง	50	HCTZ	หญิง	50	HCTZ
26	หญิง	45	HCTZ	หญิง	44	HCTZ
27	หญิง	44	HCTZ	หญิง	45	HCTZ
28	ชาย	55	HCTZ	ชาย	55	HCTZ
29	หญิง	57	HCTZ	ชาย	57	HCTZ
30	หญิง	45	HCTZ	ชาย	46	HCTZ

หมายเหตุ HCTZ = Hydrochlorothiazide กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics drug)
 Amlodipine กลุ่มยากันแอลฟา (Alpha blocker)
 Propanolol กลุ่มยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonist)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายธีระพล ชัยสงคราม เกิดเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2519 ที่จังหวัดสงขลา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลาเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2543 และเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 โดยปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ.2548 ขณะดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ได้ทำผลงานวิชาการเรื่อง “ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” ปี พ.ศ. 2549 ลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2551 ขณะดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 ได้ทำผลงานวิชาการเรื่อง “การพัฒนาบทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทางระบบประสาท” ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย