

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน



นางชนธรณ์ เก็บไว้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

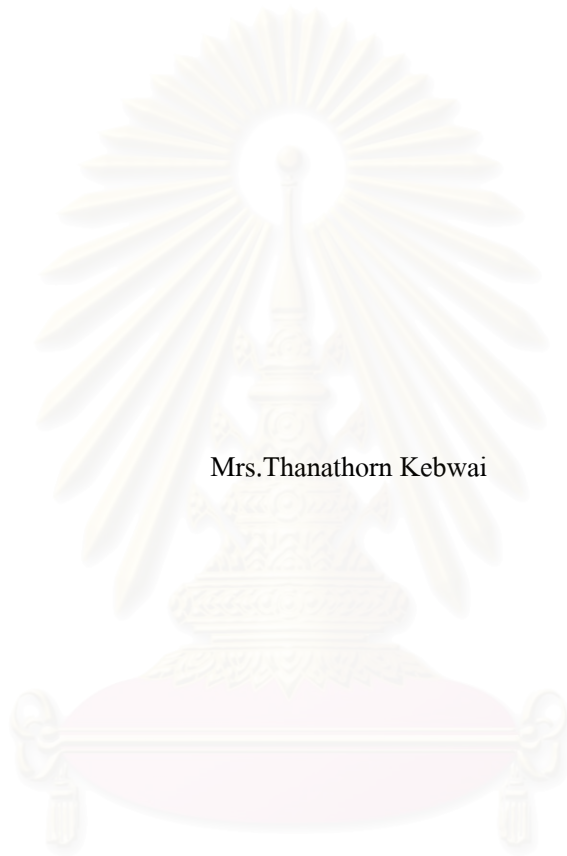
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-2682-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS
IN BODYWEIGHT CONTROL OF OVERWEIGHT
PATIENT WITH HYPERTENSION



Mrs.Thanathorn Kebwai

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

ISBN 974-14-2682-8

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ
ควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนัก
เกินมาตรฐาน

โดย

นางธนธรณ์ เก็บไว้

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา

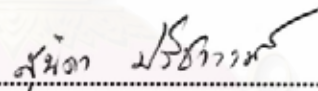
อาจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์

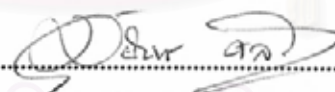
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สกลโกสม)

สถาบันวิจัยประชากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนธรณ์ เก็บไว้ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN BODYWEIGHT CONTROL OF OVERWEIGHT PATIENT WITH HYPERTENSION) อ. ที่ปรึกษา: อ. ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์, 148 หน้า. ISBN 974-14-2682-8.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน การศึกษานี้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ความรู้สึกรู้สึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว, อิทธิพลของครอบครัว, อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว และ แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .86, .88, .85, .94, .85 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.67$)
2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22, .81, .75, .26$ และ $.36$ ตามลำดับ)
3. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4677622836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HEALTH PROMOTING BEHAVIORS / BODYWEIGHT CONTROL /
OVERWEIGHT PATIENT WITH HYPERTENSION

THANATHORN KEBWAI: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH
PROMOTING BEHAVIORS IN BODYWEIGHT CONTROL OF OVERWEIGHT
PATIENT WITH HYPERTENSION. THESIS ADVISOR: SUNIDA PREECHAWONG,
Ph. D., 148 pp. ISBN 974-14-2682-8.

The purpose of this study was to examine the relationships among perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, body weight control activity-related affect, family influences, situational influences and health promoting behaviors in body weight control of hypertensive patients with overweight. Study sample consisted of 120 overweight hypertensive patients that received health service at the out patients department of community Hospital selected by multi-stage random sampling. The theoretical framework was based on Pender's Health Promotion Model. The instruments used in this study were self-reported questionnaires, including the Demographic questionnaire, the Perceived Benefits, the Perceived Barriers, the Perceived Self-Efficacy, the Bodyweight Control Activity-Related Effect, the Family influences, the Situational influences and the Health Promoting Behaviors in weight control. Cronbach's alpha coefficients of all measures, except Demographic Questionnaires, were .85, .86, .88, .85, .94, .85 and .79. Pearson product-moment correlation was used for statistical analysis.

The results were as follows:

1. Mean score of weight control behaviors of hypertensive patients with overweight was at the good level. ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.67$).
2. There were positive statistical correlations between perceived benefits, perceived self-efficacy, activity-related effect, family influences, situational influences and health promotion behaviors of hypertensive patients with overweight at the level of .05 ($r = .22, .81, .75, .26$ and $.36$ respectively).
3. There was a negative statistical correlations between perceived barriers and health promotion behaviors of hypertensive patients with overweight at the level of .01 ($r = -.68$).

Field of Study: Nursing Science Student's Signature: *Thanathorn Kebwai*
 Academic Year:2006..... Advisor's Signature: *Sunida Preechawong*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ ดร.สุจินดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปัญหา และข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ที่กรุณาให้เกียรติเป็น ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ยกย่องในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลกันตัง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักรวมมาตรฐานทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปะทิว หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาต่อ รวมทั้งได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย มารดา ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูอบรม สั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย รวมทั้ง สามีและบุตรอันเป็นที่รักยิ่ง ผู้เปรียบเสมือนพลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยสามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ จนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
โรคความดันโลหิตสูง.....	16
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง.....	16
ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง.....	17
ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง.....	19
การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง.....	21
ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	24
ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน	26
ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	26
การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	26
ปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	28
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน.....	30
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว.....	32
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร.....	32
โภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง.....	37
พฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย.....	40
การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2	
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender.....	45
ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว..	50
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	81
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	110
รายการอ้างอิง.....	113
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	127
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ง หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ปริมาณพลังงาน เมื่อออกกำลังกายเป็นเวลา 30, 45 และ 60 นาที.....	41
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ จำนวน 120 คน จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย	70
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด.....	81
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ ควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายข้อและโดยรวม.....	86
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายข้อและโดยรวม.....	87
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	88
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	88
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกรู้สึกดีที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม	89
9	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลของครอบครัวที่มี ผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	89

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลด้านสถานการณ์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	90
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึคนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 120 คน.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกมีผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1999-2000 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 65 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ของประชากรทั้งหมด (Fields et al., 2004) สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2002 มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 49,707 คน สำหรับประเทศไทยอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 นั้น พบว่าประชากรมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ 169.6, 216.6, 259.0, 287.5, และ 340.9 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ส่วนสาเหตุการตาย พบว่าอัตราตายของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ.2541-2545 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3.3-5.1 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในภาคใต้มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 เท่ากับ 218.4, 255.7 และ 271.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข, 2548) จากสถิติที่เพิ่มขึ้นและปัญหาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเพิ่มขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัวและทรัพยากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) พบประมาณร้อยละ 90-95 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงที่กล่าวถึงโดยทั่วไปหมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตด้วยบนมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee : JNC, 2003) โดยระดับความดันโลหิตตัวบนหรือความดันซิสโตลิกนั้น เป็นความดันที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว ระดับความดันโลหิตตัวบนนี้จะสูงขึ้นได้จากการที่หลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้หลอดเลือดมีผนังหนา ยึดหยุ่นได้น้อย ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิก คือค่าความดันต่ำสุดที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจมีการคลายตัวและมีความสำคัญในการช่วยบ่งบอกถึงความสามารถในการยืดขยายและหดตัวของหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดขนาดเล็ก ถ้ายืดขยายและหดตัวได้

ไม่ดี จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Fox, 1999) ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดำเนินชีวิตประจำวัน (Life style) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะความเครียด และการมีน้ำหนักตัวเกิน (เสวต นนทกานันท์, 2538)

การศึกษาของ Blamlage (2004) รายงานว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติเท่ากับร้อยละ 34.3 ส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบได้ถึงร้อยละ 60.6 และหากมีภาวะอ้วนในระดับ 1 จะพบโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 72.9 ถ้ามีภาวะอ้วนในระดับ 2 จะพบโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 77.1 และหากมีภาวะอ้วนในระดับ 3 จะพบโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 74.1 เมื่อเปรียบเทียบประชากรที่อ้วนกับกลุ่มอื่น ๆ พบว่าความอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 4.6 เท่า (Odd ratio 4.609, 95% CI = 3.644 - 5.851) มีการศึกษาผลกระทบจากภาวะอ้วนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก ร้อยละ 75 ของการศึกษาพบว่าภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูง ระดับของความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น หากน้ำหนักตัวเพิ่ม และจะลดลงหากน้ำหนักตัวลดลง พบว่าน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตคือ ทุก ๆ 5 กิโลกรัมของน้ำหนักตัวคือความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5 มิลลิเมตรปรอท (สิริวรรณ สุขนิคม, 2549) นอกจากนี้สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) ได้กำหนดว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแข็งหนาผิดปกติ (Atherosclerosis) (พรพิศา ชัยอำนวย, 2545: 1)

ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จะมีผลทำให้เนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น มีการเพิ่มการซึมผ่านและปริมาณของเลือดที่ไหลออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) สูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าในคนอ้วนมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน (Insulin resistance) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง (Hyperinsulinemia) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมน้ำและโซเดียม (Groer, 2001) ขนาดของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular mass) และปริมาณของเลือดที่ไหลออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีค่ามากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักปกติ รวมทั้งความต้านทานเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะน้อยกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวปกติ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดโรคหัวใจวาย (Palmieri, 2001) จากการศึกษาของ Myslinski (2002) พบว่าผนังหัวใจห้องล่างซ้ายที่หนาตัวจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมากจะส่งผลให้ขนาดของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายจะยิ่งหนาตัวขึ้น รวมทั้งทำให้แรงดันเลือดใน pulmonary artery เพิ่มขึ้น นอกจากนี้จาก

การศึกษาการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่ามี fibrinogen และ Factor VIII สูงขึ้นซึ่งทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้ง่ายกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักปกติ (Franz, 2002)

การควบคุมน้ำหนักตัวจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มเร็วมากเท่าไร ความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น การมีน้ำหนักตัวมากจะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ให้เพียงพอ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น พบว่าหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดน้ำหนักตัวลงตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมหรือประมาณ 10 ปอนด์ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ (JNC, 1997) การควบคุมน้ำหนักตัวขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความสมดุลของพลังงานที่ร่างกายรับเข้ามาจากการรับประทานอาหารกับพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ที่สำคัญได้แก่พลังงานพื้นฐานสำหรับดำรงชีวิต และพลังงานที่ร่างกายใช้ในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ (Wardlaw, 2000) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญสองประการ ที่เป็นตัวกำหนดน้ำหนักร่างกายและสามารถควบคุมได้คือ ส่วนประกอบหรือชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน และกิจกรรมทางกาย (Wing and Klem, 1997) ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อการควบคุมน้ำหนักเกินจึงขึ้นอยู่กับควบคุมน้ำหนักและป้องกันการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักและป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นในระยะยาว (Alexander et al., 2000) อีกทั้งเป็นวิธีที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ดี และปลอดภัย (สุชาดา มะโนทัย, 2541) เป้าหมายหลักของการลดน้ำหนักตัว ไม่ใช่การทำให้น้ำหนักลดให้ได้ในระยะเวลาอันสั้นแต่เป็นการรักษาระดับของน้ำหนักตัวที่ลดลงไปไม่ให้กลับเพิ่มขึ้นมาอีก (พรจิตา ชัยอำนวย, 2545: 67) ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการที่กระทำได้ค่อนข้างยาก ต้องมีผู้คอยให้กำลังใจ สนับสนุนอย่างใกล้ชิด และการที่จะทำได้สำเร็จได้ คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นในระยะยาวและต่อเนื่อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญสองประการคือ พฤติกรรมด้านการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย (National Institute of Health, 1998: 71-80) พฤติกรรมด้านการบริโภค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเนื่องจากการรับประทานอาหารให้พลังงานมากเกินไปความต้องการของร่างกาย จะทำให้มีการสะสมของพลังงานในรูปของไขมัน จนเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในเวลาต่อมา พฤติกรรมด้านการบริโภคที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหารจมนอ้มนเกินไปทุกครั้งที่ทำหุนัยควบคุมความอ้มน กำหนดระดับของสารเคมี ได้แก่ กลูโคส กรดไขมัน และกรดอะมิโนให้สูงกว่าเดิม เป็นผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงจะรู้สึกอ้มน จนกลายเป็นคนกินจุ และหากบ่อยครั้งก็จะทำหุนัยควบคุมดังกล่าวสูญเสียหน้าที่ในที่สุด (Mc Mation and Mc Mahon,

1986) พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้เนื่องจากพลังงานที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ พลังงานสำหรับการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำงาน เล่นกีฬา (Hesgka et al., 1994: 72) หากมีการใช้พลังงานส่วนนี้น้อย แม้จะรับประทานอาหารเท่าเดิมก็จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะพบไม่บ่อยในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นระดับกระเจง (Active live) และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอแต่จะพบได้ทั่วไปในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตแบบสบาย ๆ (Largely sedentary) (Centers for Disease Control and Prevention, 2006)

Bengtson และคณะ (2003) แนะนำว่าพยาบาลมีบทบาทในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้โดยวิธีไม่ใช้ยา (Nonpharmacological treatment) เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดความดันโลหิตโดยการ ลดน้ำหนัก ปรับพฤติกรรมบริโภค เช่น ลดปริมาณการบริโภคเกลือ งดสูบบุหรี่ เพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องและถูกต้องจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลงได้ การที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและถูกต้อง จำเป็นต้องรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียก่อน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความสัมพันธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006)

จากการศึกษาพบว่า หากสามารถทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว จะทำให้เกิดความชัดเจนในการกำหนดโปรแกรมหรือกิจกรรมทางการพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลงได้ (JNC, 2003) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวนั้น นอกจากเกิดจากปัจจัยด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายแล้ว อาจมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh & Parsons (2006)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh & Parsons (2006) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย และอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย และอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกายอยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ อยู่ในระดับใด
3. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย หรือไม่อย่างไร

แนวคิดและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) เป็นแนวทางในการศึกษา แบบจำลองดังกล่าว อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยหลัก 3 ด้านคือ ประสิทธิภาพและลักษณะเฉพาะของบุคคล ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) นั้น ประกอบด้วย 6 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกาย การพัฒนาจิตวิญญาณ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และโภชนาการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว คือ กิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมด้านบริโภค โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมมักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือเสริมแรงบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดง อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกก็ได้ ความสำคัญของแรงจูงใจในการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะเป็นตัวสนับสนุนหลัก การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยทางตรงและโดยอ้อม (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) จากการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) และทับทิม ปัตตะพงษ์ (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร และวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในการควบคุมน้ำหนักตัว อุปสรรคเกิดจากความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือเกิดขึ้นจริงก็ได้ อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ ความยากลำบาก ความไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ หรือใช้เวลาในการปฏิบัติมากเกินไป บ่อยครั้งอุปสรรคทำให้การปฏิบัติต้องหยุดไป หรือก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ไม่ปฏิบัติเป็นอย่างมาก (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลาง ยิ่งการรับรู้อุปสรรคของวัยรุ่นมีระดับสูงยิ่งจะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางได้ (ทับทิม ปัตตะพงษ์, 2545) นอกจากนี้การศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบใน

ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.41$)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด การรับรู้ความสามารถและทักษะของตนเอง เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่เห็นว่ามีคุณค่าและมีเป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลาง ยิ่งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะยิ่งมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางได้ (ทับทิม ปัตตะพงค์, 2545) ในทำนองเดียวกันพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .50$) (ทาริกา คำสม, 2547) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว จึงน่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

4. ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว Pender และคณะ (2006) กล่าวว่า “ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ คือภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง” และ จากการศึกษาของ สดุติ ภูห่องไสย (2541) พบว่าความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ McAuley & Coumeya (1992) พบว่าการตอบสนองต่อผลกระทบด้านบวกในระหว่างการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายความสามารถในการออกกำลังกายในภายหลัง ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว จึงน่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

5. อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว คือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผล

ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคมต้นแบบ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกาย (Lamsa-Ard, 2003) พฤติกรรมด้านการบริโภคพบว่าสภาพในครอบครัวก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันจะมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็จะกินแนวโน้มที่จะชอบอาหารไขมันด้วย (สุกัลักษณ์ บุญความดี, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้เตรียมอาหารในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่คือมารดา และเป็นผู้ที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของเด็กนักเรียนชั้นประถม (Puppavanich, 1996) ดังนั้น อิทธิพลของครอบครัวจึงน่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

6. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
พบว่าสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และน่าสนใจเป็นสิ่งที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น สนามกีฬา และความสะดวกในการใช้สถานที่เล่นกีฬา (สรลรัตน์ พลอินทร์, 2542) และอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริโภค เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและค่านิยมของสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้คนไทยในเมืองมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น ความสะดวกสบายในการเลือกซื้ออาหาร ซึ่งปัจจุบันอาหารมีรูปแบบให้เลือกหลากหลาย หาซื้อได้ง่ายและสะดวก แตกต่างจากสมัยก่อนที่มีแต่วัตถุดิบที่ต้องนำมาปรุงด้วยตนเอง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543: 139) ดังนั้นอิทธิพลด้านสถานการณ์จึงน่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

สมมุติฐานการวิจัย

จากแนวคิดดังกล่าวจึงกำหนดสมมุติฐานงานวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

3. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

4. ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

5. อิทธิพลของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

6. อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลมาบอำมฤต (จังหวัดชุมพร) โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลกันตัง (จังหวัดตรัง)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัว
4. ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
5. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
6. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
7. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 20 ปี ถึง 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชน และมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23

2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

2.1 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีรูปร่างที่ได้สัดส่วนสวยงาม สามารถป้องกัน โรคเรื้อรังที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความกระฉับกระเฉง และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

2.3 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2.4 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม ได้แก่ การกล้าออกสังคม การพบเพื่อนใหม่ และเป็นที่สนใจของผู้อื่น

การรับรู้ประโยชน์ดังกล่าว ประเมิน โดยการใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996)

3. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่มาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา ได้แก่ การเตรียมอาหารทำให้สูญเสียเวลา การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายทำให้สูญเสียเวลาในการหารายได้ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายทำให้สูญเสียเวลาในการพักผ่อน การมีเวลาว่างไม่ตรงกับเวลาของสถานที่ออกกำลังกาย

3.2 การรับรู้อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นในการปรุงอาหารเองมากกว่าการซื้ออาหารสำเร็จรูปและเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกาย

3.3 การรับรู้อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ อาการผิดปกติด้านร่างกายจากการออกกำลังกาย

3.4 การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก ได้แก่ การเดินทางไปกลับจากที่ทำงานทำให้อ่อนเพลียจนไม่สามารถออกกำลังกาย การไม่มีสิ่งจูงใจหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการควบคุมน้ำหนัก ความรู้สึกอาย ขัดเงินในการสวมชุดกีฬา

3.5 การรับรู้อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร ได้แก่ รสชาติและสีของอาหาร ควบคุมน้ำหนักไม่น่ารับประทาน ความชอบรับประทานอาหารประเภทไขมัน การรับประทานอาหารเมื่อต้องไปงานสังสรรค์

การรับรู้อุปสรรคดังกล่าว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996)

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย 2 ด้านคือ

4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภค ได้แก่ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคที่เหมาะสม และสามารถหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม

4.2 กิจกรรมทางกาย ได้แก่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมได้ คือ การออกกำลังกาย งดเว้นการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังกล่าว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996)

5. ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่เคยเกิดขึ้นก่อนมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว และมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว และ

ภายหลังมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินจากแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ที่ผู้วิจัยตัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมออกกำลังกายของ สุภา อินทร (2546) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002)

6. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ ครอบครัวได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

6.1 บรรทัดฐานของสังคม (Norms) ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัว มีความคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว สมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อในประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้รับความชื่นชมจากสมาชิกในครอบครัวในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

6.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัว แนะนำวิธีในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และการจัดหาอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

6.3 การเป็นแบบอย่าง (Modeling) ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวทำตัวเป็นแบบอย่างในการควบคุมน้ำหนักแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยมีการเลียนแบบพฤติกรรมในการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัว และการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้เรียนรู้วิธีการในการควบคุมน้ำหนักตัวจากสมาชิกในครอบครัว

อิทธิพลของครอบครัวดังกล่าว ประเมินจากแบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัว ที่ผู้วิจัยตัดแปลงจากแบบสอบถาม

อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (1996)

7. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ต่อสถานการณ์ที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

7.1 ทางเลือก หมายถึง โอกาสหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะสนับสนุนหรือขัดขวาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ทาง โทรทัศน์ วิทยุ หรือหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การอยู่ในสถานการณ์จำเป็น การได้รับคำแนะนำในการควบคุมน้ำหนักตัว

7.2 คุณลักษณะที่ต้องการ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐานต้องการได้รับในการสนับสนุนการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ ควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การมีกลุ่มคนที่เข้าร่วมกิจกรรมควบคุมน้ำหนักตัว การมีผู้นำในการทำ กิจกรรมควบคุมน้ำหนักตัว การได้รับคำชมเชยในการควบคุมน้ำหนักตัว

7.3 สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวทั้งสิ่งที่มีชีวิตและ ไม่มีชีวิตที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ สถานการณ์ที่เอื้ออำนวย การมีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก การมีส่วนร่วมจากบุคคลรอบข้าง

อิทธิพลด้านสถานการณ์ดังกล่าว ประเมินจากแบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม อิทธิพลด้านสถานการณ์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (1996)

8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

8.1 พฤติกรรมด้านการบริโภค หมายถึง ความถี่และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ในด้านแบบแผนการบริโภค อาหารที่บุคคลปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร การเตรียม รวมทั้งมีการคำนึงถึง วิธีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

8.2 กิจกรรมทางกาย หมายถึง ความถี่และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ในด้านการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ครอบคลุมถึงการทำงาน การพักผ่อน ได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้วางแผนหารูปแบบ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เกี่ยวกับการปรับปรุงหรือสร้างโปรแกรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากน้ำหนักเกินมาตรฐาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ โดยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ประเภทของความดันโลหิตสูง
 - 1.3 ผลกระทบของความดันโลหิตสูง
 - 1.4 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง
2. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 2.1 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 2.2 การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 2.3 ปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
 - 4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร
 - 4.2 โภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง
 - 4.3 พฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย
 - 4.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender
6. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
7. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงขับเคลื่อนที่ทำให้เลือดไหลเวียนไปในกระแสโลหิตได้ ซึ่งเกิดจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวทำให้เลือดไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่เป็นระยะ ๆ ความดันเลือดแดงที่สูงขึ้นในขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวเรียกว่า ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) เป็นความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดงในขณะที่หัวใจบีบตัว แล้วดันเลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Aorta) เป็นค่าความดันโลหิตที่บอกถึงความสามารถในการยืดขยายของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) เป็นความดันต่ำสุดในหลอดเลือดแดงในขณะที่หัวใจคลายตัว ซึ่งแสดงถึงภาวะที่มีปริมาณเลือดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจพัก ความดันไดแอสโตลิก จะบอกถึงความสามารถของหลอดเลือดในการยืดขยายและหดตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดขนาดเล็ก ถ้ายืดขยายตัวและหดตัวได้ไม่ดี ความดันไดแอสโตลิกจะสูงขึ้น (Fox, 1999)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การมีความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ในบุคคลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป คณะผู้เชี่ยวชาญของ Joint National Committee (JNC, 2003) ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงและการประเมินความรุนแรงของโรค ดังนี้

- 1) ความดันโลหิตระดับปกติ (Optimal) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และ /หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
- 2) ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Prehypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท
- 3) ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Stage 1 hypertension) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตรปรอท
- 4) ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (Stage 2 hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ส่วนความดันโลหิตสูงชนิดที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงค่าเดียว (Isolated hypertension) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ประเภทของความดันโลหิตสูง

การจำแนกภาวะความดันโลหิตสูง มีหลายประเภท ที่นิยามกัน ได้แก่

1.2.1 การจำแนกความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย

(JNC, 2003)

ระยะที่ 1 ตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ

ระยะที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง
ดังต่อไปนี้

- หัวใจห้องล่างซ้ายโต
- หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือบางส่วน
- มีโปรตีนในปัสสาวะและหรือความเข้มข้นของครีอะตินินในเลือดสูงขึ้นเล็กน้อย (1.2-2.0 mg/dl)
- ตรวจอัลตราซาวด์หรือรังสีพบ คราบไขมันในเลือดชัดเจน

ระยะที่ 3 ตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย
ประกอบด้วย

- หัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจวาย
- สมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ภาวะสมองบวม
- ตา เลือดออกในจอตา และอาจมีหรือไม่มีประสาทตามบวม
- ไต ความเข้มข้นของครีอะตินินในเลือดสูงมากกว่า 2.0 mg/dl
ไตวาย

1.2.2 การจำแนกความดันโลหิตตามระดับความดัน ตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC, 2003)

ระดับ	Systolic (มม.ปรอท)	Diastolic BP (มม.ปรอท)
Grade 1 HT (mild)	140-159	90-99
Grade 2 (moderate)	160-179	100-109
Grade 3 (Severe)	>180	>110
Isolated systolic HT	>140	<90

1.2.3 การจำแนกความดันโลหิตตามสาเหตุ (Hnassen, 1998; Kaplan, 1998)

1) **ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension or essential hypertension)** เป็นภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งไม่ทราบสาเหตุการเกิดชัดเจนพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งเสริมหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ เพศ อายุ ภาวะอ้วน เกลือโซเดียม ภาวะเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

2) **ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุเฉพาะ (Secondary hypertension)** ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ไต ระบบต่อมไร้ท่อ ในผู้ที่เบาหวาน โรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดจากการรับประทานยาคุมกำเนิด หรือยาประเภทสเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยแก้ไขที่สาเหตุ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 10 (Sarafino, 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พยาธิสภาพของภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจะค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นในระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการ ซึ่งมีผลทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ช้า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของไต และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Mansfield & Daley, 2000)

1.3 ผลกระทบของความดันโลหิตสูง

1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อพังผืด เข้าไปแทนที่เนื้อเยื่อยืดหยุ่นในหลอดเลือดแดง กระบวนการนี้นำไปสู่การลดการซึมผ่านของเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะในอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ หัวใจ ไตและสมอง ทำให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อมสภาพลง ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญ (Christensen & Kockrow, 1995) ผลของความดันโลหิตสูงต่อร่างกายมีดังนี้

1) **หลอดเลือดแดง** ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัว (Atherosclerosis) และเร่งให้มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น (จันทนา รัตนพิริชัย, 2542) เป็นผลก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอหรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตกได้ง่าย (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

2) **หัวใจ** เมื่อมีความดันโลหิตสูงขึ้น แรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลายก็จะสูงขึ้น จากหลอดเลือดมีการหดตัว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น ผลคือหัวใจมีการยืดขยายใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นผลทำให้ผนังหัวใจซีกซ้ายหนาขึ้น (Monahan & Nieghbors, 1998) ถือว่าภาวะนี้เป็นอันตรายสูงเพราะจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้มากกว่าปกติ (พิงใจ งามอุโฆษ, 2541)

3) **สมอง** การมีภาวะความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาขึ้น ภายในหลอดเลือดขรุขระและตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง ในคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงพบว่าจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้จากทั้งภาวะหลอดเลือดสมองแตก และภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน แต่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันได้มากกว่าภาวะหลอดเลือดสมองแตก (พิงใจ งามอุโฆษ, 2541) ถ้าความดันเลือดแดงเฉลี่ยสูงเกินระดับ 150 มิลลิเมตรปรอท จะมีการเพิ่มการไหลเวียนเลือดมากจนเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อสมองได้ ถ้าความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นแบบเฉียบพลันและรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง (Hypertensive encephalopathy) ตามมา (พิกุล บุญช่วง, 2539)

4) **ไต** การเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้มีความผิดปกติทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของไต โดยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตจะหนาและแข็งขึ้นทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มหลอดเลือดฝอย (arterioles) ซึ่งเป็นผลทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ และเกิดภาวะไตแข็งตามมา (nephrosclerosis) ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพและอัตราการกรองที่ไตลดลง ถ้าเป็นมากจะทำให้เกิดภาวะไตวาย และมีการคั่งของของเสียต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้บุคคลมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ซีด บวม เบื่ออาหาร โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูง (uremia) จะทำให้มีอาการหมดสติและอาจถึงแก่เสียชีวิตในที่สุด หรือทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากมีการคั่งของเกลือและน้ำ และการหลั่งของสารเรนินผิดปกติ (Kaplan, 1998)

5) **ตา** จะมีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) ของตาเกิดจากภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกออกที่จอรับภาพทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยจนตาบอดได้ ซึ่งสามารถใช้เครื่องส่องตา (ophthalmoscope) ตรวจสอบความผิดปกติภายในลูกตา (สุภาวดี คำนธำรงกุล, 2543)

1.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง อาการที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ และความรู้สึกเหนื่อยล้า อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งกายและใจ ทำให้บุคคลเครียดเพิ่มมากขึ้น (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996) ทั้งยังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต มีการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อาการข้างเคียงของยาบางชนิดทำให้เกิดอาการ เช่น ซิฟจรเดินช้าลง ความดันโลหิตต่ำมากในท่ายืนหรือเปลี่ยนท่า น้ำตาลในเลือดต่ำ ใจสั่น ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง สมรรถภาพทางเพศลดลง เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลวิตกกังวล กลัว ถ้าไม่มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือ มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาไม่ถูกต้อง อาจทำให้หยุดยา ส่งผลให้ความดันโลหิตรุนแรงขึ้น บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามถึงภาพลักษณ์และคุณค่าในตนเอง (White, Richter & Fry, 1992)

1.3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

การเจ็บป่วยเรื้อรังในโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกครอบครัวนี้ทำให้มีการลดบทบาทในครอบครัว เป็นผลมาจากความสามารถในการทำงานและโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพน้อยลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เพราะต้องเป็นการรักษาที่ต่อเนื่อง (Bolander, 2002) การรักษาด้วยการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของ

ประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543; อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) จากการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายรายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก และอยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญและครอบครัว พ.ศ. 2534-2535 จากกลุ่มตัวอย่าง 6 กลุ่ม พบว่า ค่ารักษายาบาลภาวะความดันโลหิตสูงต่อราย โดยเฉลี่ย 782.37 บาทต่อครั้ง ส่วนค่ารักษายาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 โดยเฉลี่ยรายละ 1670.09 บาทต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) จึงเห็นว่าการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นหนทางสำคัญที่จะป้องกันผลกระทบในทุก ๆ ด้านที่กล่าวมาแล้ว

1.4 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือการควบคุมด้วยยา (Pharmacologic treatment) และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) (Kaplan, 1998; LeMone and Burke, 1996; Porth, 1998)

1.4.1 การควบคุมด้วยยา หลักการใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต คือลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total peripheral resistance) เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก (Baroreceptor reflex) เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่าง ๆ ชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2544; Fetzer, 2001)

1) **กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)** เช่น furosemide, spironolactone, hydrochlorothiazide จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยลดการทำหน้าที่ของไตในการดูดซึมกลับเกลือโซเดียมและน้ำ ดังนั้น จึงมีผลทำให้ปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง มีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างเร็ว แต่ไม่จับพลาสมา นิยมใช้ในขนาดน้อยที่สุดที่จะได้ผล

2) **กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blockers)** เช่น atenolol, betaxolol, propranolol เป็นต้น จะออกฤทธิ์โดยไปรวมตัวกับ beta-adrenergic receptors ที่มีอยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดงเพื่อที่จะหยุดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (Cardiac output) มีการออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตทันที แต่กว่าจะได้ผลเต็มที่อาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์

3) **กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators)** เช่น hydralazine, minoxidil เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และหลอดเลือดขยายตัว จึงลดแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือด มียาบางชนิดใน

กลุ่มนี้ที่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้ มีประสิทธิภาพสูง แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะอาจเกิดภาวะช็อคได้

4) **กลุ่มที่ 4 ยาปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blockers)** เช่น verapamil, mibefradil เป็นต้น จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อ ที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือดลดลง มีการออกฤทธิ์ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง

5) **กลุ่มที่ 5 ยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์ angiotensin (Angiotensin Converting Enzyme : ACE inhibitors)** เช่น captopril, enalapril, lisinopril เป็นต้น จะลดความดันโลหิตยับยั้งเอนไซม์ ACE ในการเปลี่ยน angiotensin I ให้เป็น angiotensin II ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การลดลงของ angiotensin II ยังทำให้การสร้างฮอร์โมน aldosterone ลดลง ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียมทำให้ความดันลดลงอีกทางหนึ่ง กลุ่มนี้มีทั้งออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้นต้องให้อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้งและออกฤทธิ์ระยะยาวสามารถใช้ได้เพียงวันละ 1 ครั้ง

1.4.2 **การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต** เพื่อลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงได้แก่

1) **การควบคุมอาหาร** หลักการควบคุมอาหารในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ ต้องจำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสสูตรชนิดต่าง ๆ อาหารหมักดอง และผงชูรส เป็นต้น ในการจำกัดเกลือพบว่าถ้าลดปริมาณของโซเดียมในอาหารจาก 3-5 กรัม/วัน ให้เหลือ เพียง 1-2 กรัม/วัน อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และควรจำกัดอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก พบว่าถ้าลดน้ำหนักได้ 15-30 ปอนด์ จะสามารถลดความดันโลหิตลงได้ (จันทนา วรรณฤทธิชัย, 2542)

2) **การออกกำลังกาย** การออกกำลังกายแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดไอโซโทนิก (Isotonic exercise) คือ การออกกำลังกายที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อแต่ความตึงตัวคงที่ เช่น การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ ๆ การเดิน เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และชนิดไอโซเมตริก (Isometric exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่น การยกของหนัก การแบกหาม การใช้แรงกดบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้ไม่มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตแต่กลับส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิกอย่างสม่ำเสมอ สามารถที่จะช่วย

ส่งเสริมการลดน้ำหนัก การทำหน้าทีของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดภาวะเสี่ยงสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ และสาเหตุของการตายอื่น ๆ ระดับความดันโลหิตสามารถลดลงเมื่อมีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ตัวอย่างเช่น การเดินเร็วในเวลา 30-45 นาทีในทุกวัน ผู้คนจำนวนมากสามารถที่จะลดระดับความดันโลหิตจากการออกกำลังกายโดยไม่ต้องใช้ปริมาณยาที่เพิ่มขึ้น (JNC, 2003)

3) การจำกัดการดื่มสุราและการเลิกสูบบุหรี่ การจำกัดปริมาณในการดื่มสุราให้น้อยลงกว่า 1 ออนซ์ต่อวันในผู้ชาย และน้อยกว่า 0.5 ออนซ์ต่อวันในผู้หญิง จะทำให้ความดันโลหิตลดลงกว่าการดื่มในปริมาณเท่าเดิม การเลิกดื่มสุราในช่วงแรกระดับความดันโลหิตจะยังคงสูงเท่าเดิมต่อเนื่องอีก 2-3 วัน หลังจากนั้นระดับความดันโลหิตจึงลดลง โดยความดันซิสโตลิกจะลดลง 4-8 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกจะลดลงเล็กน้อย (Kotchen & Kotchen, 1999) ส่วนเรื่องการสูบบุหรี่ แม้จะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในระยะยาวแต่การสูบบุหรี่เป็นตัวเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ มีการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูบบุหรี่กับขาดความดันโลหิตชนิด propranolol พบว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ปริมาณยา propranolol จำนวนที่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้เท่ากัน (Porth, 1998)

4) การจัดการกับความเครียด โดยการหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดจากสาเหตุในการดำเนินชีวิตประจำวัน การนั่งสมาธิหรือการทำจิตใจให้สงบ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) ด้วยวิธีที่เหมาะสมจะช่วยลดปัจจัยเสริมที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะการผ่อนคลายจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อประสาทอัตโนมัติ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโดยไปลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ลดปริมาณการไหลออกซิเจนของร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง ลดความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก และเพิ่มคลื่นแอลฟาในสมอง (Pender, 1996) ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนั้นจำเป็นที่พยาบาลต้องทราบถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและรักษาไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า

1.5 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1) **กรรมพันธุ์** บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มว่าจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่ระดับความดันโลหิตปกติ และบุตรที่มารดา มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าบุตรที่บิดามีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลระหว่างการตั้งครรภ์ (Kotchen & Kotchen, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ถึง 30-60 เปอร์เซ็นต์ (Harrap, 1996 cited in Groer, 2001)

2) **อายุ** พบว่าระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ โดยในเด็กแรกเกิดมีความดันโลหิตเฉลี่ยประมาณ 70/50 มิลลิเมตรปรอท และเมื่ออายุครบ 1 ปี ความดันซิสโตลิกจะขึ้นสูงสุดโดยเฉลี่ย 94 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิกจะสูงเฉลี่ย 52 มิลลิเมตรปรอทและจะคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ 2-3 ปี ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ความดันไดแอสโตลิกจะเพิ่มเฉลี่ยเพียง 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Swales, 1995) ในวัยผู้ใหญ่ค่าความดันซิสโตลิกปกติน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท (JNC, 2003) ในวัยสูงอายุ ความดันไดแอสโตลิกจะลดลงเล็กน้อย ส่วนระดับความดันซิสโตลิกจะขึ้นสูงนั้น มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด (Fetzer, 2001)

3) **เพศ** ในช่วงวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 18 ปี เพศชายจะมีความดันซิสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1995) และในระดับอายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิงจะมีอัตราการมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายมากกว่าร้อยละ 60 (Hanzen, 1998) เนื่องจากเพศหญิงในวัยก่อนหมดประจำเดือนมีแนวโน้มว่าการทำงานของ rennin ในกระแสโลหิตต่ำ และ rennin จะมีการทำงานมากขึ้นภายหลังภาวะการหมดประจำเดือนในเพศหญิง (Olson and Warren, 2000)

4) **เกลือโซเดียม** การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยโซเดียมส่งเสริมให้มีการคั่งของปริมาณน้ำ ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดและปริมาณเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที นอกจากนี้ยังมีผลต่อความตึงตัวของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณของอินซูลินในกระแสเลือดและเพิ่มแคธิโคลามีนในพลาสมา (Groer, 2001) การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณ 15-20 กรัมต่อวัน มีผลทำให้ลดประสิทธิภาพของยาขับปัสสาวะที่ช่วยลดความดันโลหิตลงได้อย่างสิ้นเชิง การจำกัดเกลือโซเดียมแบบเข้มงวดจะมีการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 10-20 มิลลิโมลต่อวัน (mmol/day) ส่วนการจำกัดเกลือโซเดียมแบบปานกลางคือการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 100-120 มิลลิโมลต่อวัน (Kaplan, 1998)

5) **การสูบบุหรี่** มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ จากผลของนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ทำให้ร่างกายมีการหลั่งแคทีโคลามีน ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Black, Bakris & Elliott, 2001)

6) **การดื่มสุรา** ที่มีความเข้มข้นในปริมาณที่มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง และการดื่มสุรานั้นจะมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทันที เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งของแคทีโคลามีนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น เลือดที่ออกจากหัวใจมีแรงดันสูง ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้นตามมา (Kaplan, 1998)

7) **ภาวะเครียด** จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน (Dickens, 1988) โดยจากการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง พบว่า 4 ใน 5 ราย สามารถฟื้นฟูและรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติโดยไม่ต้องใช้ยา แต่ใช้การฝึกอีมจีไบโอฟีดแบคและฝึกทางสรีรจิตวิทยา (Psychophysiology) (Elmer & Green, 1980 cited in, Dickens, 1988) เมื่อร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งฮอโมนนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารเรนินและส่งผลให้หลอดเลือดหดตัวและต่อมหมวกไตสร้างสารอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการดูดซึมโซเดียมกลับเข้าสู่กระแสโลหิต ผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากอุบัติการณ์ทางระบาดวิทยา ทำให้มีหลักฐานแน่ชัดมากยิ่งขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและระดับความดันโลหิต ความเครียดทางด้านจิตใจ จึงถูกพิจารณาว่าเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Linden, Lenz, & Con, 2001)

8) **ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือภาวะอ้วน** จากการศึกษาพบว่าในช่วงวัยรุ่นมีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตที่ต่อเนื่องโดยขึ้นอยู่กับขนาดของร่างกายที่แตกต่างกัน (Fetzer, 2001) ปัจจัยด้านน้ำหนักและส่วนสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต (Kotchen & Kotchen, 1999) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วย ถ้ามีการลดน้ำหนักตัวลงตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมหรือประมาณ 10 ปอนด์ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ (JNC, 2003) โดยกลไกของการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องในเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้มีการเพิ่มการซึมผ่านและปริมาณของเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาทีที่สูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าในคนอ้วนมีมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน (Insulin resistance) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง (Hyperinsulinemia) มีผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้นและเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียม (Groer, 2001)

2. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2.1 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

เมื่อกล่าวถึงภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Overweight) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลายดังนี้

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีระดับไขมันในร่างกายมากกว่าปกติ โดยในเพศชาย คือมีมากกว่าร้อยละ 25 ในเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 30 (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases of the National Institutes of Health, 2004)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (เกณฑ์กำหนดสำหรับชาวเอเชีย) (WHO, 2000)

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 (เกณฑ์กำหนดสำหรับชาวเอเชีย) (WHO, 2000)

สรุปความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 23

2.2 การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธี แต่ละวิธีมีรายละเอียดแตกต่างกันดังนี้ (พรจิตา ชัยอำนวนย, 2545)

2.2.1 การคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินภาวะ การสะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป เพราะดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักที่มากเกินไปไม่สมดุลกับส่วนสูงซึ่งส่วนที่เกินมานั้นก็คือ ไขมันที่พอกอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนั่นเอง และข้อมูลที่ต้องนำมาใช้ในการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (Stensland & Margolis cited in Maban & Escott-Stump, 1996)

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง X ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้คนเอเชียใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มากกว่า 23 เพราะมีการศึกษาพบว่าเมื่อค่า BMI มากกว่า 23 จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และระดับอัลบูมินในปัสสาวะจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ทาริกา คำสม, 2547)

เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับผู้ใหญ่ชาวเอเชีย (WHO, 2000)

ภาวะ	ดัชนีมวลกาย	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	<18.5	ต่ำ (แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ)
ปกติ	18.5-22.9	อยู่ในระดับปกติ
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	≥23	
- มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน	23-24.9	เพิ่มขึ้น
- โรคอ้วนระดับ I	25-29.9	รุนแรง
- โรคอ้วนระดับ II	>30	ปานกลาง

2.2.2 อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (Waist-over-Hip circumference Ratio: WHR) โดยคำนวณได้จากการเปรียบเทียบอัตราส่วนของความยาวรอบเอวกับความยาวรอบสะโพกส่วนที่หนุ่ที่สุดของสะโพก

$$WHR = \frac{\text{เส้นรอบวงเอว}}{\text{เส้นรอบวงสะโพก}}$$

เส้นรอบเอวเป็นดัชนีคาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบสะโพกให้ข้อมูลด้านมวลกล้ามเนื้อและโครงสร้างของกระดูกบริเวณสะโพก (Report of WHO Consultation, 1998) สำหรับอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกที่ใช้ในคนไทยในเพศชายไม่ควรเกิน 1.0 และเพศหญิงไม่ควรเกิน 0.8

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) แนะนำว่าค่าเส้นรอบเอวที่เหมาะสมของชาวเอเชีย คือ เพศชาย 36 นิ้ว และเพศหญิง 32 นิ้ว ถ้าค่าเส้นรอบเอวเกินจากค่าที่เหมาะสม

จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น ดังนี้คือ โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 30 เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 15 เท่า โรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 11 เท่า โรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้น 2 เท่า

2.2.3 การวัดรอบอกและรอบท้อง สามารถบอกภาวะไขมันเกินในเพศชายได้ โดยวัดรอบอกระดับราวนมควรมีขนาดกว้างกว่ารอบท้องที่วัดได้ตรงระดับสะดือประมาณ 2-3 นิ้ว หรือ 2.5-4 เซนติเมตร เป็นวิธีการประเมินที่ทำได้ง่าย ไม่สัมพันธ์กับส่วนสูง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับค่าดัชนีมวลกาย และเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด (Grodner, Anderson, DeYoung, 2000)

2.2.4 การวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน (Subcutaneous fat of skin fold thickness) เป็นวิธีการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งตัวที่แน่นอนโดยการวัดปริมาณไขมันในร่างกายว่ามีมากน้อยเพียงใด วัดโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า สกิน แคลลิเปอร์ (skin caliper) สามารถวัดได้หลายตำแหน่งแต่จะนิยมวัดบริเวณ หัวไหล่ ได้สะบัก แขนท่อนบน สะโพก เนื่องจากไขมันจะกระจายอยู่ตามใต้ผิวหนังของร่างกายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 หลังจากนั้นนำค่าที่ได้มาคำนวณหาปริมาณไขมันในร่างกายคิดเป็นร้อยละของน้ำหนักตัวต่อไป การวัดอาจคลาดเคลื่อนได้หากดึงไขมันน้อยเกินไป หรือดึงเอาส่วนของกล้ามเนื้อติดเข้ามาด้วย นอกจากนี้ไม่ควรวัดในขณะที่ออกกำลังกาย ทั้งนี้ เพราะผิวหนังอาจจะบวมขึ้นเล็กน้อย จะทำให้ดูอ้วนกว่าความเป็นจริง (Cataldo, DeBrugne, & Whitney, 1999) แต่วิธีนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากจึงไม่ค่อยมีการนำมาใช้

สำหรับวิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การคำนวณจากดัชนีมวลกายเนื่องจาก ไม่ยุ่งยาก สามารถประเมินได้สะดวกและแม่นยำ

2.3 ปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ สังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ปัญหาด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า คนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 จะมีอัตราการตายสูงกว่าคนไม่อ้วนถึงร้อยละ 30 และจะสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ตามดัชนีมวลกาย นอกจากนี้ความอ้วนก็จะทำให้อัตราการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บอื่น ๆ สูงขึ้น ซึ่งโรคเหล่านี้ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของระดับไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ โรคข้อเสื่อม โรคถุงน้ำดี โรคมะเร็งบางชนิดทั้งที่ฟิงฮอร์โมน เช่น มะเร็งของเยื่อบุมดลูก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งถุงน้ำดี นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือน้ำหนักเกิน ได้แก่ โรคผิวหนัง เกิดเชื้อราบริเวณใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ

เส้นเลือดขอด การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ปกติ เช่น มีอาการท้องผูก ในเพศหญิงการกลืนปัสสาวะอาจไม่ดีเหมือนคนปกติ การดมยาสลบ การผ่าตัดช่องท้อง และการคลอดบุตรมีปัญหาแผลผ่าตัดอาจจะหายช้ากว่าปกติ (พรจิตา ชัยอำนาจ, 2545)

2.3.2 ปัญหาด้านจิตใจ บุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมักจะมีภาวะความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ต่ำลงกว่าคนที่น้ำหนักปกติ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย อับอาย และมักจะถูกล้อเลียน จนบางครั้งต้องแยกตัวออกจากสังคม (Cataldo, DeBrugne & Whitney, 1999) การที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ยังก่อให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด จนเกิดเป็นความเครียดหรือวิตกกังวลได้ (Grodner, Anderson & DeYoung, 2000) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะรู้สึกที่ตนเองมีปมด้อย อับอาย เมื่อถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ถูกคนอื่นมองแบบตลกขบขัน ทำงานได้ช้า ไม่คล่องแคล่ว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของโรคจิตและโรคประสาทได้ง่าย อีกทั้งในปัจจุบันสังคมเน้นเรื่องของการมีรูปร่างที่ผอมบางว่าดูดีโดยเฉพาะในผู้หญิง เป็นผลให้ผู้ที่น้ำหนักเกินมาตรฐานมองภาพลักษณ์ของตนเองไปในทางลบ มีมโนคติต่อตนเอง (Self-concept) ไม่ดี นอกจากนี้ความเครียดจากสภาวะสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น การถูกประเมินจากผู้อื่นว่าเป็นผู้อ่อนแอ ทำงานได้ช้า มีโอกาสหางานน้อยเนื่องจากความเจ็บป่วย อาจถูกปิดกั้นจากงานอาชีพหรือกิจกรรมที่ต้องการความคล่องแคล่ว สวยงาม หาซื้อเสื้อผ้ายาก ต้องจัดเตรียมข้าวของเครื่องใช้เป็นพิเศษแตกต่างจากคนน้ำหนักปกติ (Sabal & Maurer, 1999)

2.3.3 ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย จากการศึกษาของ US Surgeon General พบว่าการตายของประชากรกว่า 300,000 รายต่อปี มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยค่ารักษาพยาบาลในส่วนนี้คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐในปี 2000 เป็น 2.8 ล้านล้านเหรียญสหรัฐในปี 2011 โดยคิดเป็นค่ารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณร้อยละ 61 และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนประมาณ 117 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Byrne, 2003) สำหรับในประเทศไทย รายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานยังไม่ปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษร แต่จากการศึกษาของ รุจา สัมมะสุต (2544) พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนมากมีค่าใช้จ่ายสูงในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เนื่องจากเคยชินกับการบริโภคอาหารจำนวนมาก ที่อยู่อาศัยต้องปลอดโปร่งเนื่องจากมีอาการร้อนได้ง่ายกว่าคนที่น้ำหนักตัวปกติ และต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อย นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานยังเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพบางอย่าง เช่น นักกีฬา นักเดินร่า ผู้แสดงแบบเสื้อ หรืออาชีพที่ต้องใช้ความคล่องแคล่วว่องไว ส่วนในด้านของรายได้ พบว่าในการพิจารณารายได้ การเพิ่มขึ้นเงินเดือนหรือการสนับสนุนให้เจริญก้าวหน้าในหน้าที่การ

งานนั้น ผู้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมักได้รับการพิจารณาน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ เนื่องจากขาดความคล่องตัวในการทำงาน นอกจากนี้รูปลักษณ์ของภรรยาที่อ้วนเกินไป ก็อาจทำให้สามีเบื่อหน่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของการหย่าร้างอันก่อให้เกิดปัญหาสังคมได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะยิ่งทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความอ้วนกับการเกิดความดันโลหิตสูงพบว่า มีผู้ทำการศึกษาในประชากรหลายกลุ่มด้วยกัน ทั้งที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ พบว่าประมาณร้อยละ 46 ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง และในทางกลับกันความชุกของภาวะอ้วนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะมากกว่าประชากรที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกประมาณร้อยละ 70 อาจมีสาเหตุจากความอ้วน (Havlik, Fabritz & Feinleib, 1983) ผลของน้ำหนักตัวหรือความอ้วนที่มีต่อความดันโลหิตมีแตกต่างกันไปตามเพศ เชื้อชาติ และอายุ โดยที่น้ำหนักตัวจะมีผลต่อความดันโลหิตในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกัน (The National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) พบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสที่ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วนถึง 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนน้อยกว่านี้ ในขณะที่การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง ในด้านเชื้อชาติพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาความชุกของความดันโลหิตสูงในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำ แต่การมีน้ำหนักตัวเกินจะมีผลต่อคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำ ซึ่งอาจเป็นข้ออธิบายถึงการที่มีผู้ป่วยผิวดำที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่มีน้ำหนักตัวปกติ

กลไกของความดันโลหิตที่สัมพันธ์กับความอ้วนยังไม่ชัดเจน แต่มีกลไกหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ การเพิ่มโซเดียม การเพิ่มการดูดซึมโซเดียมเนื่องจากการเพิ่มระดับอินซูลินเอสโตรเจน สัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดระหว่างมวลของร่างกายกับขนาดของไต ความไม่ได้สัดส่วนของปริมาณเลือดกับความสามารถของหลอดเลือด และมีการเพิ่มปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเดติก ซึ่งเกิดจากการเพิ่มพลังงานในการบริโภค (Maxwell & Waks, 1987: 29-39.) คนอ้วนจะมีการคั่งของโซเดียมอยู่ในร่างกายมาก ทั้งนี้ มีการเกี่ยวข้องกับมีข้อบกพร่องในการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และ

นอกจากนี้คนอ้วนจะบริโภคเกลือมากกว่าคนกลุ่มอื่น บริโภคโปแตสเซียมต่ำไขมันสูง และบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงมากกว่าคนผอม(Wittemen, Willett & Stampfer, 1989: 1320-1327) มีการศึกษาพบว่าคนอ้วนมีการบริโภคเกลือในปริมาณสูงเกินไป (Messerli, Christie & DeCarvalho, 1981) ข้อสรุปในปัจจุบันมีความเห็นว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มหนึ่งที่มี sensitive ต่อปริมาณเกลือที่บริโภค และเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความอ้วนมักเป็นพวกที่ sensitive ต่อเกลือ โดยเชื่อว่าในคนอ้วนจะมีการดูดซึมเกลือโซเดียมกลับที่ไตมากขึ้น จากกลไกทางระบบต่อมไร้ท่อและประสาทอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายมีโอกาสดูดความดันโลหิตสูงจากเกลือมากขึ้น (Kawasaki, Delea, Bartter & Smith, 1978) ความอ้วนมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการใช้ออกซิเจน cardiac output เพิ่มขึ้นและมีปริมาณโลหิตในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากมีเนื้อเยื่อของร่างกายที่ต้องมีการเมตาบอลิซึมมากขึ้น และยังมีผลต่อแรงต้านทางของหลอดเลือดให้สูงขึ้นด้วย ความอ้วนมีผลต่อขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิด cardiac hypertrophy ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มี ความดันโลหิตสูง (Macmahon, Wilcken & Macdonald, 1986) ขนาดหัวใจที่โตขึ้นจะมีลักษณะ eccentric คือมีความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นและมีขนาดของหัวใจใหญ่ขึ้นด้วย แต่ในคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิด concentric hypertrophy คือ หัวใจที่มีขนาดใหญ่โตขึ้นจะเป็นในส่วนผนังกล้ามเนื้อเท่านั้น แต่ความจุจะลดลง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จะมีเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น มีการเพิ่มการซึมผ่านและปริมาณของเลือดที่ไหลออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) สูงขึ้น ขนาดของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular mass) และปริมาณของเลือดที่ไหลออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีค่ามากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักปกติ รวมทั้งความต้านทานเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จะน้อยกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวปกติ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดโรคหัวใจวาย (Palmieri, 2001) จากการศึกษาของ Myslinski (2002) พบว่าผนังหัวใจห้องล่างซ้ายที่หนาตัวจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมากจะส่งผลให้ขนาดของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายจะยิ่งหนาตัวขึ้น รวมทั้งทำให้แรงดันเลือดใน pulmonary artery เพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่ามี fibrinogen และ Factor VIII สูงขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้ง่ายกว่าปกติส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักปกติ (Franz, 2002)

นอกจากนี้พบว่าในคนอ้วนมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน (Insulin resistance) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง (Hyperinsulinemia) กระตุ้นการทำงาน

ของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียม (Groer, 2001) การเกิด hyperinsulinemia ในคนอ้วนอาจมีผลมาจากการที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการต้านทานต่อฤทธิ์ของ insulin ทำให้มีการสร้างเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเกิดจากการบริโภคอาหารที่มากขึ้นของคนอ้วนอีกด้วย การที่เนื้อเยื่อของร่างกายตอบสนองต่อ insulin ลดลงอาจมาจากการที่จำนวน insulin receptors ลดลงหรือการสร้าง secondary messenger ภายหลังที่ insulin จับกับ receptors มีความบกพร่องเกิดขึ้น (DeFronzo, 1981: 93-104.) ในกรณีที่ตั้งแต่อ่อนยังสามารถหลั่ง insulin เพิ่มขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นก็อาจเกิดภาวะเบาหวานขึ้น ความอ้วนทำให้เกิด hyperinsulinemia เมื่อมีการหลั่ง insulin เพิ่มขึ้น จะเกิด down regulation ของ insulin receptors ทำให้ความไวต่อการตอบสนองยิ่งลดลง และทำให้มีการหลั่ง insulin เพิ่มขึ้นอีกจนกระทั่งตั้งแต่อ่อนทำงานผิดปกติในที่สุด การกระจายของเนื้อเยื่อไขมันที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิด hyperinsulinemia ในคนที่มีส่วนขนาด waist/hip สูง มีโอกาสเกิด Type II Diabetes mellitus (ร่างกายตอบสนองต่อ insulin ลดน้อยลง) สูงขึ้น ในคนอ้วนทั่วไปจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 3 เท่าในขณะที่คนอ้วนที่มีสัดส่วนขนาด waist/hip สูงจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 10 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นสามารถทำได้โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวที่ถูกต้อง

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทสุดท้ายที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) เพื่อให้บุคคลได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปใช้กับการดำเนินชีวิต การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวที่ถูกต้องจะช่วยให้ลดภาวะการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย

4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition)

หมายถึงการดูแลเรื่องปริมาณอาหารและเกณฑ์การรับประทานอาหารต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสมให้ได้สารอาหาร โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ครบทั้ง 5 หมู่

โดยใช้หลักคุณค่าและปริมาณของอาหารที่รับประทานเป็นสำคัญ ทั้งนี้การควบคุมอาหารผู้ปฏิบัติจะต้องรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมหรือพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน (รวิชา หงส์โรจนภักย์, 2545) สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (Recommended Daily Dietary Allowance for Health Thai) โดยกำหนดพลังงานที่ต้องการในหนึ่งวันของผู้ใหญ่วัย 40-59 ปี คือ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน นักวิชาการทางด้านโภชนาการได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาสาเหตุของปัญหาโภชนาการในปัจจุบันเกิดจากพฤติกรรมโภชนาการเป็นส่วนใหญ่ได้พัฒนาพฤติกรรมทางโภชนาการของคนไทยโดยการกำหนดข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (Food Based Dietary Guidelines For Thai: FBDG) หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อให้คนไทยยึดเป็นแนวทางในการรับประทานอาหารเช้าให้ถูกต้องโภชนาการ (รวิชา หงส์โรจนภักย์, 2545)

4.1.1 ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

1) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเองคือการรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ ถ้ารับประทานอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือรับประทานอาหารเช้าบางชนิดทุกวันอาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป และควรชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง ถ้าน้ำหนักตัวมากเกินไปควรลดการรับประทานอาหารลง โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันและน้ำตาล

2) กินข้าวเป็นอาหารหลักและกินธัญพืชเป็นประจำ สำหรับอาหารที่ทำจากแป้งเช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปัง ก็อาจรับประทานเป็นบางมื้อ อาหารธัญพืชส่วนใหญ่จะให้แป้งซึ่งจะถูกย่อยไปใช้เป็นพลังงานวันต่อวัน แต่ถ้าได้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการก็จะถูกเปลี่ยนไปเป็นไขมันได้

3) กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ให้เส้นใยอาหารซึ่งมีไขมันและแคลอรีต่ำ หากรับประทานให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ทำให้เกิดโรคอ้วนและช่วยให้ลำไส้ขับถ่ายโคเลสเตอรอลและสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมสารเหล่านั้น

4) กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหารที่แนะนำที่เป็นแหล่งโปรตีนที่ดีซึ่งมีจุดเน้นคือ ปลา หากรับประทานปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในโลหิต เนื้อสัตว์นั้นเลือกเฉพาะที่มีมันน้อย ๆ สำหรับผู้ใหญ่ควรรับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง อาหารประเภทถั่วต่าง ๆ และงาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก

5) **ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย** โดยผู้ใหญ่ควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว จะทำให้กระดูกแข็งแรงและชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก

6) **กินอาหารที่มีไขมันพอควร** ไขมันจากพืชและสัตว์เป็นแหล่งพลังงานสูงถ้าได้เกินกว่าที่ร่างกายต้องการจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและทำให้อ้วน จึงแนะนำให้จำกัดพลังงานที่ได้จากไขมันในอาหารแต่ละวันอย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด รวมทั้งวิธีประกอบอาหารมีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาหารทอด ผัดและอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบถือว่าเป็นอาหารที่มีไขมันสูง จึงควรรับประทานแต่พอควรแต่ไม่ควรงดอย่างเด็ดขาดเพื่อไม่ให้ขาดไขมัน รวมทั้งของรับประทานเล่น เช่น มันฝรั่งทอดกรอบจะมีไขมันสูงจึงควรประกอบอาหารโดยใช้วิธีต้ม นึ่ง ปิ้งย่าง จะมีไขมันน้อยกว่า

7) **หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานและเค็มจัด** อาหารที่รับประทานประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นกับข้าวหรือขนมก็ใส่น้ำตาลเพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหารอยู่แล้วและยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารฟุ่มเฟือยอื่น ๆ ที่ไม่ให้ประโยชน์อะไรแก่ร่างกายด้วย คือน้ำอัดลม น้ำหวานน้ำเชื่อม ตลอดจนการใช้น้ำตาลเติมในน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากพลังงานที่ได้จากอาหารในแต่ละมื้อ ดังนั้น ควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวันอย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด และไม่ควรรับประทานน้ำตาลเกินวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้จากน้ำตาลส่วนเกินจะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนได้ อาหารรสเค็มจัดจะมีเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงสูงถ้ารับประทานมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้

8) **กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน** การซื้อหาอาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมรับประทาน หรืออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียมส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักมีการปนเปื้อนและไม่สะอาด หลักในการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่สด สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพ

9) **งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** แอลกอฮอล์เป็นสารที่อาจทำให้เสพติดได้ถ้าดื่มมากจะทำให้การทำงานของสมองและระบบประสาทช้าลง ในรายที่ดื่มโดยไม่รับประทานอาหารจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร ในทางตรงข้ามในรายที่ดื่มพร้อมกินกับแกล้มที่มีไขมันและโปรตีนสูงจะมีโอกาสเกิดโรคอ้วนซึ่งจะมีโรคอื่น ๆ ตามมา

4.1.2 แบบจำลองแนะนำการกินอาหารของคนไทย

ได้มีการจัดทำแบบจำลองแนะนำการกินอาหารของคนไทย (Thai Food Guide Model) ขึ้น โดยใช้หน่วยวัดแบบครัวเรือนที่เข้าใจง่าย มีการกำหนดกลุ่มอาหารเป็น 6 กลุ่ม เพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่าจะต้องรับประทานอาหารในปริมาณและสัดส่วนเท่าใดจึงจะเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในหนึ่งวัน (สง่า คามาพงษ์, 2543; ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2543)

- 1) กลุ่มข้าวและแป้ง วันละ 8-12 ทัพพี
- 2) กลุ่มผัก วันละ 4-6 ทัพพี
- 3) กลุ่มผลไม้ วันละ 3-5 ส่วน (1 ส่วนมีพลังงานประมาณ 50 กิโล แคลอรี มีน้ำหนักหรือปริมาตรเป็นผล ขึ้น ที่ลงตัวตามผลไม้ นั้น ๆ เช่น ถ้วยน้ำว่า 1 ส่วน = 1 ผลเล็ก เงาะ 1 ส่วน = 4 ผลใหญ่ ชมพู 1 ส่วน = 2 ผลใหญ่ ส้มเขียวหวาน 1 ส่วน = 2 ผลกลาง ฝรั่ง 1 ส่วน = ครึ่งผลกลาง สับปะรด 1 ส่วน = 6 ชิ้นพอคำ)
- 4) กลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว ไข่สัปดาห์ละ 2 ฟอง
- 5) กลุ่มนม วันละ 1-2 แก้ว ควรดื่มนมพร่องมันเนยจะทำให้ไม่ต้องกังวลเรื่องการได้ไขมันเกินความต้องการ
- 6) กลุ่มน้ำมันวันละ 5-9 ช้อนกาแฟ น้ำตาลวันละ 4-8 ช้อนกาแฟเกลือวันละ น้อย ๆ

4.1.3 ข้อปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมน้ำหนัก และการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ได้มีข้อเสนอแนะข้อปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมน้ำหนัก และการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้น (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2541)

- 1) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร เพื่อลดโคเลสเตอรอล ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า หรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) หรือมีไขมัน ในเลือดสูงกว่า 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยลดความถี่ของการรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ เพราะอาหารเหล่านี้เป็น แหล่งการสร้างโคเลสเตอรอล งคการใช้ไขมันจากสัตว์และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมัน พืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น งคการ รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่า วันละ 300 มิลลิกรัม ควรรับประทานปลาทะเลเพิ่มขึ้น เนื่องจากไขมันในปลาทะเลจะมี โคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูง รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เพื่อช่วยดูดซับไขมันและน้ำดี ในลำไส้ทำให้การสะสมของไขมันในร่างกายลดลง อาหารที่มีเส้นใยสูงได้แก่ ผัก ผลไม้ และข้าวที่ ไม่ขัดสี เป็นต้น รับประทานอาหารที่ให้สารไฟโตเอสโตรเจน (phytoestrogen) ได้แก่ ข้าวฟ่าง ผักแว่น ข้าวไม่ขัดสี ถั่วเหลือง และเต้าหู้ ซึ่งจะช่วยเก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือดไว้ได้นาน

2) ควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพื่อช่วยป้องกันโรคหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด

3) การรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ โดยการเพิ่มอาหารพวกผักและผลไม้มากขึ้น แทนที่อาหารไขมันและขนมหวาน

4.1.4 วิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหาร

นอกจากการรับประทานอาหารให้เหมาะสมต่อความต้องการพลังงานในแต่ละวันแล้วการควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารยังต้องคำนึงถึงวิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหารอีกด้วย (รวิชา หงส์โรจนภักย์, 2545)

1) รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอย่าลืมรับประทานอาหารมื้อเช้า เพราะร่างกายต้องการสารอาหารต่าง ๆ หลังจากที่ย่างวันไม่ได้รับประทานอาหารมา 10 ชั่วโมงจากการนอน

2) รับประทานอาหารเวลารู้สึกหิวเท่านั้น หากไม่รู้สึกหิวอย่าเพิ่งรับประทานอาหารเพราะอาหารที่รับประทานเข้าไปอาจเป็นส่วนเกิน

3) ไม่ว่าจะรับประทานอาหารอะไร ควรนั่งรับประทานอาหารให้เป็นที่อย่ารับประทานอาหารขณะยืน

4) รับประทานอาหารอย่างช้า ๆ เวลารับประทานอาหารมื้อหลักควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที และ 10 นาทีสำหรับอาหารว่าง เนื่องจากเมื่อรับประทานอาหารสมองจะต้องรับรู้ว่าจะรับประทานอาหารอะไรเข้าไป ดังนั้นควรรับประทานอาหารช้า ๆ เพื่อสมองจะได้มีเวลาสั่งงานได้ถูกต้อง

5) ไม่ควรรับประทานอาหารร่วมกับการทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น อ่านหนังสือหรือดูทีวี เพราะจะทำให้รู้สึกเพลิดเพลินและรับประทานอาหารได้มากขึ้น

6) ใช้จานหรือชามใบเล็กใส่อาหาร วิธีนี้จะช่วยลดปริมาณอาหารที่เกินความต้องการได้เพราะมีความรู้สึกว่าการกินจานแล้ว

7) อย่าวางอาหารไว้ที่ตู้เย็นหรือตู้เก็บอาหารเพื่อให้หยิบได้สะดวก ควรเก็บอาหารไว้ในตู้เย็นหรือตู้เก็บอาหารเพื่อให้หยิบได้ยาก

8) ไม่รับประทานอาหารจนอึดเกินไป พยายามตัดอาหารมาให้พอดี ถ้าจำเป็นต้องเหลืออาหารไว้ในจานอย่าเสียดายอาหารที่เหลือ โดยการฝืนรับประทานอาหารให้หมดจาน

9) หยุดรับประทานอาหารทันที เมื่อมีความรู้สึกว่าจะรับประทานอาหารได้อีกเล็กน้อยแต่มีความจำเป็นต้องนั่งโต๊ะอาหารต่อไป ให้ดื่มน้ำแทนและดื่มน้ำชา ๆ ครั้งละน้อย ๆ

จะเห็นได้ว่าในการควบคุมอาหารสำหรับต้องคำนึงถึงทั้งปริมาณและสัดส่วนของอาหารที่เหมาะสม พลังงานที่ได้รับจากอาหาร และแบบแผนการรับประทานอาหาร รวมทั้งวิถีปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจึงจะช่วยให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและปริมาณเพียงพอกับความต้องการพลังงาน แต่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการควบคุมอาหารจะมีลักษณะเฉพาะยิ่งขึ้น ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความนิยมได้แก่ DASH diet

4.2 โภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

โภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง หรือที่เรียกว่า DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension) เป็นการศึกษาวิจัยของสถาบันสุขภาพชั้นนำของประเทศสหรัฐอเมริกา 4 แห่ง อาหารควบคุมความดันโลหิตแบบ DASH ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และ LDL (low-density lipoprotein) หรือโคเลสเตอรอลชนิดเลวลดลง รวมทั้งระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือด ซึ่งเป็นสารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดลดลง (อรุณี หลูปรีชาเศรษฐ, 2549)

โปรแกรมควบคุมอาหารแบบ DASH diet กำหนดให้ได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยมีหลักการคือ รับประทานผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อแดง นม เนย ไข่ของหวานและน้ำตาล ลดปริมาณไขมันอิ่มตัวลง โดยการควบคุมน้ำหนัก เพื่อลดความดันโลหิตใช้วิธีการคำนวณปริมาณพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน ซึ่งความต้องการพลังงานจะแตกต่างกันตามอายุ เพศ และกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน หน่วยของพลังงานคือ กิโลแคลอรี ความต้องการพลังงานตามเพศและวัย

วัยเด็ก	1-8 ปี	ต้องการพลังงานประมาณ 1,800 กิโลแคลอรี/วัน
วัยรุ่นผู้หญิง	7-10 ปี	ต้องการพลังงานประมาณ 2,400 กิโลแคลอรี/วัน
วัยรุ่นผู้ชาย	9-12 ปี	ต้องการพลังงานประมาณ 2,900 กิโลแคลอรี/วัน
ผู้ใหญ่ผู้หญิง		ต้องการพลังงานประมาณ 35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก.
ผู้ใหญ่ผู้ชาย		ต้องการพลังงานมากกว่าผู้หญิง 500 กิโลแคลอรี/วัน
ผู้สูงอายุ		ต้องการพลังงานประมาณ 25-30 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก.

เมื่อทราบว่าร่างกายต้องการพลังงานวันละเท่าไร วิธีที่จะลดน้ำหนักคือ การลดจำนวนปริมาณของพลังงานลง 500 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งจะสามารถลดน้ำหนักได้ 2 กก. ใน 1 เดือน โดยใช้ตารางเมนูอาหารสำหรับ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวันเป็นหลัก (อรุณี หลูปริชาเศรษฐ, 2549) ตัวอย่างการกำหนดอาหาร DASH diet (2,000 กิโลแคลอรี/วัน)

อาหารเช้า	อาหารกลางวัน	อาหารเย็น	อาหารว่าง
ธัญพืช 2 ส่วน	เนื้อ 1 ส่วน	เนื้อ 1 ส่วน	ผลไม้ 1 ส่วน
ผลิตภัณฑ์จากนม 1 ส่วน	ผลิตภัณฑ์จากนม 1 ส่วน	ธัญพืช 3 ส่วน	เมล็ดธัญพืช 1 ส่วน
ผลไม้ 2 ส่วน	เมล็ดธัญพืช 1 ส่วน	ผัก 2 ส่วน	ถั่ว 1 ส่วน
เมล็ดธัญพืช 1 ส่วน	ไขมัน 1 ส่วน	ผัก 1 ส่วน	
ไขมัน 1 ส่วน	ผัก 1 ส่วน	ไขมัน 1- ½ ส่วน	
	ผลไม้ 2 ส่วน	ผลไม้ 1 ส่วน	

เพื่อความสะดวกในการควบคุมน้ำหนักให้มากยิ่งขึ้น สามารถใช้วิธีเปรียบเทียบมื้ออาหารตามความต้องการพลังงานที่ใช้ดังนี้

กลุ่มอาหาร	พลังงาน	พลังงาน	พลังงาน
	2,000 กิโลแคลอรี	1,800 กิโลแคลอรี	1,500 กิโลแคลอรี
เมล็ดธัญพืช	8 ส่วน	8 ส่วน	5.5 ส่วน
ผัก	4 ส่วน	4 ส่วน	4 ส่วน
ผลไม้	5 ส่วน	4 ส่วน	4 ส่วน
ผลิตภัณฑ์จากนม	3 ส่วน	3 ส่วน	3 ส่วน
เนื้อและปลา	2 ส่วน	1 ¾ ส่วน	1 ¾ ส่วน
ไขมันและน้ำมัน	2 ½ ส่วน	2 ½ ส่วน	1 ½ ส่วน
ถั่วและธัญพืช	1 ส่วน	1 ส่วน	¾ ส่วน
ของหวาน	5 ส่วน/สัปดาห์		

ในการควบคุมอาหารแบบ DASH diet มีการกำหนดชนิดอาหารและปริมาณของอาหาร 1 ส่วนไว้ดังนี้

ชนิดอาหาร	ปริมาณอาหาร 1 ส่วน
เมล็ดธัญพืช และผลิตภัณฑ์จากธัญพืช	ข้าวสาลี ½ ถ้วย, พาสต้า ½ ถ้วย, ธัญพืชอื่น ๆ ½ ถ้วย, ขนมปังแผ่น 1 ชิ้น, ซีเรียล ½ ถ้วย
ผัก	ผักดิบ 1 ถ้วย, ผักสุก ½ ถ้วย, น้ำผัก 6 ออนซ์
ผลไม้	น้ำผลไม้ 6 ออนซ์, ผลไม้ขนาดย่อม 1 ผล, ผลไม้แห้ง ½ ถ้วย, ผลไม้สด ½ ถ้วย, ผลไม้แช่แข็ง ½ ถ้วย, ผลไม้กระป๋อง ½ ถ้วย
ผลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำ หรือปราศจากไขมัน	นม 1 เปรอร์เซ็นต์ 1 ถ้วย, โยเกิร์ตไขมัน 1 ถ้วย, ชีสชนิดไร้มัน 1.5 ออนซ์
เนื้อสัตว์ หมู ไก่ ปลา	เนื้อหมู ปลา ไก่ ประุงสุก ไม่ติดมัน ประมาณ 1 ชีด
อาหารจำพวกไขมัน	ไขมัน มากาเริน มายองเนสไม่เกิน 1 ช้อนโต๊ะ, น้ำสลัดไขมันต่ำ 2 ช้อนโต๊ะ
ถั่วทุกชนิดและเมล็ดพืช ของหวาน	ถั่ว ½ ถ้วย, เมล็ดพืช 2 ช้อนโต๊ะ, ถั่วฝักยาวสุก ½ ถ้วย, เต้าหู้ 1 กรัม น้ำตาล 1 ช้อนชา, เฮลตี้หรือแยม 1 ช้อนชา, เฮลตี้ถั่ว ½ ออนซ์, น้ำมะนาว 8 ออนซ์

เคล็ดลับในการควบคุมอาหารแบบ DASH diet ให้ประสบความสำเร็จ คือ ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการกินอาหารโดยทันที แต่ค่อย ๆ ลดอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ลง และเพิ่มอาหาร จำพวกผักผลไม้ให้มากขึ้น ควรเริ่มกินผักผลไม้ ด้วยการรับประทานผักผลไม้ 2 ส่วนในแต่ละมื้อ และรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง ถ้าดีมีนมแล้วมีอาการไม่สบายท้อง ให้เปลี่ยนมารับประทานนมอัดเม็ดหรือนมที่ไม่มีแล็กโทส คุณอาจแสดงคุณค่าสารอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารทุกชนิด เพื่อดูปริมาณไขมันทั้งหมด ไขมันอิ่มตัวต่ำ คอเลสเตอรอล และเกลือ ลดอาหารจำพวกไขมันลง เพื่อที่คุณจะสามารถรับประทานผักได้มากขึ้นอีกเท่าตัว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โซดา และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล รับประทานเมล็ดธัญพืช เช่น พาสต้า ข้าว ถั่ว ผัก เป็นหลักแทนเนื้อ ปลา ไก่ ลดปริมาณโซเดียมในร่างกาย ด้วยการลดอาหารที่มีรสเค็ม

การลดปริมาณโซเดียมในร่างกาย ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ไม่ว่าคุณจะควบคุมอาหารในรูปแบบใด ควรที่จะจำกัดปริมาณเกลือที่ร่างกายจะได้รับต่อวัน โดยเลือกซื้ออาหารที่ระบุข้างฉลากว่า “reduced sodium” หรือ “No- Salt added” ควรใช้สมุนไพร เครื่องเทศ ไขมันในปริมาณเล็กน้อย เปลี่ยนมาใช้ น้ำมะนาว น้ำส้ม เพื่อเพิ่มรสชาติอาหารแทนเกลือ หลีกเลี่ยงเครื่องปรุงรสอาหารที่มีเกลือในปริมาณสูง เช่น ซอสปรุงรสต่าง ๆ เพื่อลดแรงกระตุ้นความ

อยากรับประทานเค็มจึงไม่นำขวดเกลือวางไว้บนโต๊ะอาหาร ลดการบริโภคอาหารประเภทของเค็ม อาหารแช่แข็ง มัสดาร์ต ซอสซัน รับประทานผลไม้ที่ไม่ผ่านกระบวนการหมักดอง รับประทานผัก ผลไม้เป็นอาหารว่างแทนอาหารขบเคี้ยวซึ่งมักมีเกลือรวมอยู่ด้วย นอกจากนี้ยังต้องระมัดระวัง อาหารรสเค็ม เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านอีกด้วย

การควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนอกจากการมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องแล้ว จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมร่วมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมน้ำหนักมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

4.3 พฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย

การกำหนดความต้องการพลังงานของร่างกายนั้นพิจารณาจากปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายต้องใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการใช้พลังงาน (Energy expenditure) ในชีวิตประจำวัน เป็นการเผาผลาญพลังงานที่ได้จากสารอาหาร และยังช่วยเผาผลาญไขมันที่สะสมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การใช้พลังงานในชีวิตประจำวันประกอบด้วย (วิชัย ต้นไพจิตร, ปรียา ลิพกุล, และรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา, 2544)

4.3.1 พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐาน (Basal metabolic rate) เพื่อการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย หรือเป็นการใช้พลังงานของร่างกายในการดำรงชีวิต ได้แก่ การหายใจ การเต้นของหัวใจ การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การนอนพักเฉย ๆ บนเตียง ภาวะอดอาหาร ซึ่งพลังงานที่ใช้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ กรรมพันธุ์ ขนาดของรูปร่าง น้ำหนัก ปริมาณไขมันในร่างกาย ปริมาณอาหารที่บริโภคเข้าไป อายุ และเพศ ซึ่งพบว่าเพศหญิงจะใช้พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐานน้อยกว่าเพศชายประมาณ 100 กิโลแคลอรีต่อวัน อาจเป็นผลมาจากระดับฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน และอัตราส่วนของกล้ามเนื้อต่อไขมันในเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง โดยปกติในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าพลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐานประมาณร้อยละ 60-70 (Ravussin & Swinburn, 1996) พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐานนี้ภายหลังอายุ 20 ปี จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและในเพศหญิงจะมีการใช้พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐานน้อยกว่าเพศชาย

4.3.2 พลังงานที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารภายในร่างกาย (Specific metabolic action of food or thermic effect of food) เป็นพลังงานที่ใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร ภายหลังการบริโภคไม่ว่าจะเป็นการบริโภคทางปากหรือทางหลอดเลือด โดยจะมีความร้อนเพิ่มขึ้นมากภายหลังการบริโภคอาหาร และเพิ่มสูงสุดภายหลังการบริโภคอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร สารอาหารที่เป็นองค์ประกอบของอาหารที่บริโภค และสภาพการเผาผลาญภายในร่างกายของแต่ละบุคคล นอกจากนี้พลังงานส่วนนี้ยังรวมไปถึงการสัมผัสกับสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาว ภาวะกลัว เครียด หรือแม้แต่ผลของการบริโภคยา หรือฮอร์โมนที่มีผล

กระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยปกติในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าพลังงานที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารภายในร่างกาย ประมาณร้อยละ 10

4.3.3 พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (Energy of physical activity)

หมายถึง การที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้พลังงานภายในร่างกาย รวมถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้แรงเพียงเล็กน้อย เช่น การนั่ง ยืน รวมไปถึงจนถึงการออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ โดยที่การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมใด ๆ ที่มีการวางแผนไว้ว่าจะกระทำและเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงและกระชับกระเฉง (Resnick, 2001) การใช้พลังงานจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และประเภทของงานหรือการออกกำลังกายของบุคคลนั้น ๆ ในบุคคลที่ทำงานในลักษณะนั่งโต๊ะจะมีการใช้พลังงานประมาณ ร้อยละ 20-30 การใช้พลังงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมสมดุลของพลังงานเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากสามารถควบคุมและเลือกปฏิบัติตามความชอบหรือตามความสนใจของแต่ละบุคคลได้มากกว่าการใช้พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐานหรือการใช้พลังงานในการเปลี่ยนแปลงสารอาหารในร่างกาย (Ravussin & Swinburn, 1996) ภายหลังจากการใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย จะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐานทันที พลังงานที่ใช้ประจำวันในการเคลื่อนไหวจะแสดงสัดส่วนเป็นเท่าตัวของอัตราพลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐาน สำหรับพลังงานที่ร่างกายเผาผลาญสำหรับกีฬาประเภทต่าง ๆ เมื่อออกกำลังกายมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณพลังงานเมื่อออกกำลังกาย เป็นเวลา 30, 45 และ 60 นาที

กิจกรรมที่ทำ	ปริมาณพลังงาน (กิโลแคลอรี)		
	30 นาที	45 นาที	60 นาที
เดินแอโรบิก	342	513	684
บาสเกตบอล	282	423	564
จักรยาน (12 ไมล์/ชม.)	283	425	566
วิ่ง	365	549	732
ว่ายน้ำ	250	375	500
ปิงปอง	85	128	170
เดิน (พื้นเรียบ)	120	180	240
เดิน (ขึ้นเขา)	162	243	324

ที่มา : หนังสือลดความดัน 2: อยู่อย่างไรไม่ให้ความดันสูง

สำหรับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายต้องยึดหลัก 5 ประการ (Mannix, Dempsey, Engel, Schneider, & Busk, 1999)

1) **ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise)** หมายถึง จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย และเพิ่มความทนทานของหัวใจและปอด ควรมีความถี่อย่างน้อยประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรจะต้องมีความสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง หากเป็นไปได้ควรมีการออกกำลังกายทุกวันจะดีที่สุด

2) **ความแรงในการออกกำลังกาย (Intensity of exercise)** หมายถึง ความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีความแรงของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะขึ้นกับความต้องการและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการสลายพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันจำนวนมากขึ้น ภายหลังจากการออกกำลังกายไม่ควรทำให้รู้สึกหมดแรง ควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนถึงระดับเป้าหมาย และคงการเต้นของหัวใจในระดับนั้น เป้าหมายของอัตราการเต้นของแต่ละคนไม่เท่ากัน ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ ร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศหญิง และประมาณร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศชาย อัตราการเต้นสูงสุดโดยทั่วไปเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุ เช่น ถ้าเป็นเพศชายอายุ 45 ปี อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจจะเท่ากับ $220 - 45 = 175$ ดังนั้นระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจคือ $0.8 \times 175 = 140$ ครั้งต่อนาที แต่ถ้าเป็นเพศหญิงอายุ 45 ปี ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจคือ $0.6 \times 175 = 105$ ครั้งต่อนาที และสามารถประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนไม่สามารถออกกำลังกายได้ต่อไป หรืออาจทดสอบด้วยการพูด โดยให้พูดคุยขณะออกกำลังกายหากไม่สามารถพูดได้แสดงว่าเหนื่อยมาก ควรมีการหยุดพัก เมื่อถึงระดับนี้แสดงว่าถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายของบุคคลนั้นแล้ว

3) **ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Duration of exercise)** หมายถึง ช่วงเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายและความทนทานของปอดและหัวใจ ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อ และระบบการไหลเวียนโลหิตสำหรับเข้าสู่ระบบการออกกำลังกาย จะช่วยทำให้ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายจริง ๆ สูงขึ้น เพิ่มการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อให้มีการหดตัวดีขึ้น มีการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว และเพื่อเป็นการเพิ่มอุณหภูมิภายในกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่องควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ลักษณะของการอุ่นเครื่อง เช่น การเดินช้า ๆ หรือการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

ระยะการออกกำลังกาย (Exercise phase) เป็นช่วงการออกกำลังกายจริง อย่างเต็มที่ภายหลังการอบอุ่นร่างกายแล้ว เป็นระยะที่เซลล์ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนจำนวนมากเพื่อให้เกิดพลังงาน เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะการออกกำลังกายนี้จะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แต่ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายชนิดใดก็ตาม ควรเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลจึงจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และความสามารถที่จะออกกำลังกายแต่ละครั้งจะนานเพียงใดขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ผ่านมา

ระยะผ่อนคลาย (Cool down phase) เป็นระยะหลังจากการออกกำลังกายหรือเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระยะการออกกำลังกายเข้าสู่ระยะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยให้มีการออกกำลังกายอย่างเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตให้ผ่านกล้ามเนื้อต่าง ๆ ให้ดีขึ้น และปรับอุณหภูมิของร่างกายรวมทั้งการหายใจให้เข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลังการออกกำลังกาย

4) **ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of exercise)** ควรเป็นประเภทที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกายและความชอบของแต่ละบุคคล มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวกและได้รับความสนุกสนานมากกว่าเพื่อการแข่งขัน สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับกระดูก ไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการปะทะหรือมีการเคลื่อนไหวที่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีการออกแรงสูงสุดในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และควรออกกำลังกายร่วมกับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่น โยคะ เดิน วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก รำกระบอง เป็นต้น

5) **อัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย (Rate of progression)** สำหรับบุคคลที่ไม่เคยออกกำลังกายควรคำนึงถึงอัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย เพื่อการปรับสมดุลของร่างกายที่ยังไม่คุ้นเคยต่อการออกแรง มีระยะดังต่อไปนี้

ระยะเริ่มแรก (Initial stage) เป็นระยะเวลาที่ 1-5 สัปดาห์แรกของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 40-60 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 10-20 นาที

ระยะพัฒนา หรือระยะปรับตัว (Improve stage) เป็นระยะเวลาสัปดาห์ที่ 6-27 ของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 60-70 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที

ระยะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Maintenance stage) เป็นการออกกำลังกายใช้ระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ 28 เป็นต้นไป และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรจะมีความถี่

3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 70-80 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมายใช้ระยะเวลา 30-45 นาที

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีการออกกำลังกายเหมือนคนปกติอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมีผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ดังนั้นลักษณะของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการศึกษากันเป็นจำนวนมากซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

4.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในการออกกำลังกาย 5 ประเภท (วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เดิน วิ่งอยู่กับที่) ทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 10 นาที จึงจะเริ่มเข้าสภาพที่เรียกว่าการออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์เต็มที่หรือเรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ระยะเวลาของการออกกำลังกายที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพต้องออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายควรออกกำลังกายทุกวัน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ถ้าออกกำลังกายได้น้อยครั้ง ระยะเวลาจะต้องนานขึ้น ไม่ควรออกกำลังกายแบบ ไม่มีการเคลื่อนไหว (Isometric or static exercise) เช่น การยกแบก นกด ลูก หรือดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย (Sowers ,1987: 1-8)

การออกกำลังกายด้วยการฝึกแบบ endurance training เช่น การวิ่งเป็นระยะทางไกล ๆ หรือ aerobic exercise สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค (The World Hypertension League, 1991: 223-228) มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดความดันโลหิตลงประมาณ 5-7 มม.ปรอททั้ง systolic และ diastolic (Cappuccio , Siani & Strazzullo, 1989: 941-946.)

นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เส้นเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น โอกาสจะถูกอุดตันน้อยลง ลดระดับคอเลสเตอรอลลดระดับไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL-C ลดและช่วยแก้ความเครียดในกรณีที่ต้องการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารสามารถช่วยได้ เช่น การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที พลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรกจะใช้จากน้ำตาลร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาทีที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาลร้อยละ 50 และจากไขมันร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็นร้อยละ 60 (Frisancho & Flegel , 1982: 697-699)

กลไกการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกายเกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัว โดยเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกายทันทีและผลอาจอยู่นานถึง 13 ชั่วโมง (Pescatello, Fargo, Leach, & Scherzer, 1991: 1557-1561) ภายหลังจากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะมีการปรับตัวในภาวะใหม่โดยมีความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจลดลง โดยภาวะนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการคือการเพิ่มขึ้นของ arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบยับยั้งของ sodium potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นและมีการหลั่ง insulin ลดลง ผลข้อสุดท้ายนี้อาจเป็นกลไกสำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกาย (Arakawa, 1983: 223-229.)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ต้องมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั้งด้านการพฤติกรรม การบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการลดน้ำหนักมาที่ได้รับความสนใจมากรูปแบบหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

5. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

Pender ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรวบรวมผลการวิจัยที่ศึกษาด้วยตนเองและจากผู้อื่น นำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ.2006 (Pender, 2006: 50-73) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มพูนระดับสุขภาวะ (Well being) การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) และบุคคลที่มีความสมบูรณ์ในชีวิต (Personal fulfillment) ของปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล การส่งเสริมสุขภาพนั้นมีจุดเน้นที่การส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตไปในทางบวก โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

5.1 ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experience)

บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา โดยปัจจัยที่เล็งไว้ประกอบด้วย

5.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยพฤติกรรมในอดีต มีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะมีใจโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่พฤติกรรมที่กระทำบ่อยครั้งจนเกิดเป็นนิสัยมักเกิดจากความตั้งใจที่แน่วแน่และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำบ่อย ๆ ส่วนผล

โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์และอุปสรรค และอารมณ์ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related effect) โดยสอดคล้องกับแนวทฤษฎีทางปัญญาสังคมของ Bandura (1982) ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับจะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน ซึ่ง Bandura เรียกว่าการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น อันจะทำให้บุคคลมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น ส่วนอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม จะเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำ ที่เปรียบเสมือนเครื่องกีดขวางที่ต้องข้ามให้พ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อีกทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุก ๆ ครั้งก็จะมีอารมณ์หรือความรู้สึกเกิดร่วมด้วย อาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบ ทั้งที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดงพฤติกรรมก็ตาม โดยจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาไตร่ตรองเพื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาใช้ในลักษณะการปรับแต่งพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม ส่วนพฤติกรรมทางลบถูกนำมาใช้โดยให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลาย นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีตรวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวกอีกด้วย

5.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ในรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ

ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดประจำเดือน (Menopausal status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic capacity) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา สภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำมาใช้เป็นตัวแปรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมพยาบาล

5.2 ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior-Specific cognitions and effect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

5.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefit of action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value theory) ที่กล่าวว่าการคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากการประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรมที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increased alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreased feeling of fatigue) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทองหรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรมในระยะแรก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมียังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้มากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

5.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลาในการกระทำ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวาง และต้นทุนของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การเกิดความไม่พึงพอใจในการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ก็ถือเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

5.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม การรับรู้ความสามารถและทักษะของตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ การรับรู้ว่าคุณเองจะมีความสามารถและทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้การรับรู้อุปสรรคต่ำ ความสามารถของตนเอง เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และข้อผูกมัดทำให้ต้องมีการวางแผนอย่างรัดกุมในแผนการปฏิบัติเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมประสบความสำเร็จ

5.2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related effect) ภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง โดยการตอบสนองด้านอารมณ์เหล่านี้ อาจเป็นไปในระดับน้อย ๆ ปานกลาง หรือรุนแรง และถูกตัดสิน ความคิดเก็บไว้ในความทรงจำ และมีความสัมพันธ์กับกระบวนการติดต่อพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองต่อภาวะอารมณ์ต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความชอบทางอารมณ์ในพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related) ความชอบที่ตนเองปฏิบัติกับตัวเอง (Self-related) ความชอบในสิ่งแวดล้อมที่ปฏิบัติ (Context-related)

กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็มีมากขึ้น และในทางกลับกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ ยิ่งรับรู้ว่ามีความสามารถมากเท่าใด ก็ยิ่งทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากขึ้นเท่านั้น ผลของความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำ หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติในระยะยาว จากการศึกษาพบว่าความชอบในการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลโดยตรงต่อปฏิบัติการทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นได้ดังในทางบวก เช่น สนุกสนาน พึงพอใจ หรือเพลิดเพลินและในทางลบ เช่น เบื่อหน่ายไม่พอใจ เป็นต้น พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกจะได้รับการปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบจะถูกหลีกเลี่ยง พฤติกรรมบางอย่างสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้

5.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว

กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (Norm) เช่น ความหวัง ความเชื่อถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ การได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เช่น การแนะนำวิธีการ การให้กำลังใจ และการจัดหาอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก การเป็นแบบอย่าง (Modeling) เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยผ่านการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ การเป็นแบบอย่าง การเลียนแบบ พฤติกรรมในการปฏิบัติ และการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ

อิทธิพลระหว่างบุคคล มีผลประโยชน์โดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เช่นเดียวกับอิทธิพลทางอ้อม โดยผ่านความกดดันทางสังคม หรือการกระตุ้นให้มีพันธสัญญา เพื่อวางแผนการกระทำ

5.2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรม สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเสนอว่าควรเกิดขึ้น ณ สถานที่นั้น สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และน่าสนใจเป็นสิ่งที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน

5.3 ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral outcome) เงื่อนไขคือข้อผูกมัดในแผน จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ยกเว้นมีความจำเป็นอย่างอื่นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือมีความต้องการอย่างอื่นที่ไม่สามารถปฏิเสธได้

5.3.1 ข้อผูกมัดของแผนการปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) หมายถึง ขบวนการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจใน ข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในเวลา สถานที่ กับบุคคลที่กำหนด ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความชอบหรือความต้องการปฏิบัติ พร้อมทั้งมียุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะ การที่จะทำเช่นนี้ได้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาล จะต้องวางแผนร่วมกัน ผู้รับบริการอาจเลือกยุทธวิธีที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เขาต้องการ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาเปลี่ยนแปลงที่เขากำลังเป็นอยู่ การมีข้อผูกมัด แต่ไม่มียุทธวิธีจะเกิดผลเพียงความตั้งใจที่ดีแต่ไม่เกิดพฤติกรรม

5.3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preference) ปัจจัยความต้องการ และความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ ก่อนที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซง มองว่าเป็นพฤติกรรม

ทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้น จะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจแทรกแซงเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่มาแทรกแซงความสามารถในการเอาชนะ ปัจจัยความพอใจที่แทรกแซงขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำกับตัวเองของบุคคล

5.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นใน HPM โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก ของผู้รับบริการโดยตรง โดยสามารถนำไปใช้ในทุกระยะของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ อันเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานพบว่ามีความสัมพันธ์กันหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ คือพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมดังกล่าวจึงใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006)

6. ปัจจัยตัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ นั้น ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) อย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพที่ดี มีการกระทำสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทั้งด้านพฤติกรรมกรบริโภคที่ถูกต้องและการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม Pender และคณะ (2006) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 2) ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อแรงจูงใจโดยตรง และเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำปัจจัยด้านนี้มาศึกษาและได้ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ โดยปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

6.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้ประโยชน์เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ถ้าหากบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดผลดีที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จำต้องมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลนั้นให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากการกระทำเพื่อเป็นการจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) การคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับจะเป็นผลบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงเสริมที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และสามารถกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Becker, 1974) ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ประโยชน์ที่เกิดภายในนั้น เช่น มีความกระตือรือร้นมากขึ้น มีความอ่อนล้าลดลง ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้รับคำชมเชย เป็นต้น ในระยะแรก การรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อบุคคลทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม (ทาริกา คำสม, 2547) ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นความเข้าใจถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าจะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองได้

ในการศึกษารั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้ถึงผลดี จากการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ และการรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม

6.1.1 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับผลดีหรือประโยชน์ทางด้านสุขภาพร่างกายเมื่อมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ทั้งประโยชน์จากการมีพฤติกรรมด้านการบริโภคที่ดี และประโยชน์จากการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม เช่น สามารถป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีรูปร่างที่ได้สัดส่วนสวยงาม มีความกระฉับกระเฉง สดชื่น สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทาริกา คำสม, 2547)

6.1.2 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ หมายถึง การได้รับความสุข คลายความวิตกกังวล ลดภาวะเครียด และทำให้มีความสุขในชีวิตจากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว รู้ว่าตนเองมีความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การมีพฤติกรรมออกกำลังกายยังช่วยให้ลดภาวะเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นจากการทำงานหรือจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้อย่างดี และยังสามารถลดภาวะซึมเศร้าชนิดอ่อนและปานกลางที่สังเกตได้ เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลทำให้ร่างกายมีการหลั่งเอนโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินได้ (ทาริกา คำสม, 2547)

6.1.3 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นรอบข้าง การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้พบเพื่อนใหม่ ได้มีการกระทำกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินร่วมกัน เกิดการมีเครือข่ายให้การช่วยเหลือกันมากขึ้นในการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น ทำให้พบปะบุคคลอื่นมากขึ้น จึงส่งเสริมการมีชีวิตร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ที่เด่นชัดของการมีพฤติกรรมออกกำลังกายจากการที่มีกลุ่มเพื่อนออกกำลังกายด้วยกัน เกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน และการออกกำลังกาย ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถช่วยให้มีการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น ได้เป็นอย่างดี (ทาริกา คำสม, 2547)

6.1.4 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้ถึงการลดค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่มากเกินไปจนจำเป็นของร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนัก ค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการพิจารณาเพิ่มขึ้นเงินเดือน หรือการสนับสนุนให้เจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมักจะได้รับการสนับสนุนน้อย เมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติเนื่องจากขาดความคล่องตัวในการทำงาน (ทาริกา คำสม, 2547)

6.2 การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคถือเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการกระทำ และมีส่วนสนับสนุนให้มีการหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เพียงพอ โดยที่การรับรู้อุปสรรคมีผลกระทบต่อความมุ่งมั่นที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เพียงพอ โดยที่การรับรู้อุปสรรคมีผลกระทบต่อความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาถึงปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว โดยวิธีการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมการบริโภคอาหารในสตรีแอฟริกัน

อเมริกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 36 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักตัวประกอบด้วย 1) ข้อจำกัดทางด้านเวลา ภาระรับผิดชอบงานบ้านและงานนอกบ้าน การดูแลบุตร ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารที่มีแคลอรีต่ำ 2) เครียดเนื่องจากงานรับผิดชอบในชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก การดูแลการเงินภายในครอบครัว รวมทั้งวัฒนธรรมที่มีการกดขี่ทางเพศ 3) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และขาดแรงจูงใจ 4) ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะสามี 5) ความไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เช่นระยะทางของสถานที่ออกกำลังกายอยู่ไกล หรือความไม่ปลอดภัยในการออกกำลังกายเพียงลำพัง (ทาริกา คำสม, 2547)

ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่มีขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา การรับรู้อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ การรับรู้อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก และการรับรู้อุปสรรคทางด้านชนิดของอาหาร ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

6.2.1 อุปสรรคด้านเวลา หมายถึง การที่ต้องมีภาระรับผิดชอบทั้งงานในอาชีพ และงานภายในบ้าน ส่งผลให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้กับการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว จากการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) พบว่าอุปสรรคด้านเวลาเป็นอุปสรรคที่ชัดเจนที่สุดของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน มีภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดีเท่าที่ควร ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพจึงไม่มีเวลาสำหรับใส่ใจด้านสุขภาพ ไม่สามารถออกกำลังกายได้เท่าที่ควร ถึงแม้จะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายมากก็ตาม

6.2.2 อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ว่าจะเป็นอ่อนเพลีย เมื่อยล้าจากการทำงาน อาการหมดแรง ปวดเมื่อยตามร่างกายหลังการออกกำลังกาย จากศึกษาของจิตอาวี ศรีอคะ (2543) พบว่าความพร้อมของร่างกายก็มีความสำคัญสำหรับกลุ่มพยาบาลเนื่องจากพยาบาลต้องทำงานตามตารางเวลา เข้า บ่าย ดึก ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนแผนการนอนให้เข้ากับตารางเวลาพักที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย จึงทำให้ความพร้อมของร่างกายต่อการมีพฤติกรรมออกกำลังกายลดลง (ทาริกา คำสม, 2547)

6.2.3 อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหากมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ที่พบชัดเจนในการออกกำลังกายคือขาดการสนับสนุนทางการเงินเพื่อซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าบริการของสถานที่ในการออกกำลังกายรวมไปถึงค่าเดินทางเพื่อการออกกำลังกาย เมื่อมีการเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นทำให้ขาดแรงจูงใจ และเลิกล้มความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมออกกำลังกายในที่สุด (ทาริกา คำสม, 2547)

6.2.4 อุปสรรคด้านความไม่สะดวก หมายถึง อุปสรรคที่เกี่ยวกับการจัดการในการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งจูงใจ ไม่มีผู้สนับสนุนในการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการเตรียมอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งที่ยุ่งยากกว่าการซื้ออาหารสำเร็จรูป ซึ่งมีแป้งและไขมันเป็นส่วนประกอบหลัก นอกจากนี้การที่ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายหรือสถานที่ออกกำลังกายอยู่ไกล การเดินทางไปออกกำลังกายไม่สะดวก ไม่มีเพื่อนเกรงจะได้รับอันตรายจากการออกกำลังกายเพียงลำพัง หรือไม่สะดวกในการออกกำลังกายตามตารางเวลาของสถานออกกำลังกายที่มีแบบแผน สถานที่ออกกำลังกายบางแห่งอนุญาตเฉพาะสมาชิกเท่านั้น รู้สึกอายนหรือขี้เงินที่จะต้องสวมชุดออกกำลังกาย การที่ไม่สามารถเลือกชนิดของการออกกำลังกายได้หรือไม่มีความหลากหลายของชนิดกีฬาทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย เช่น การวิ่งบนสายพาน หรือสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาวเกินไป ก็เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายเช่นกัน (ครุณี คลรรัตนภัทร, 2545)

6.2.5 อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร หมายถึง รสชาติ สีกลิ่นของอาหารที่ทำให้ไม่สามารถบังคับตนเองให้มีบริโภคนิสัยที่ดีได้ อาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดจะมีกลิ่นหอม นุ่มบริโภคง่าย และรสชาติอร่อย นอกจากนี้อาหารที่จัดให้ในงานเลี้ยงหรืองานประชุมต่าง ๆ ผู้บริโภคไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือการที่บุคคลไม่ได้เป็นผู้เตรียมอาหารด้วยตนเอง เช่น ในกลุ่มวัยรุ่นจึงไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงประเภทอาหารที่บริโภคในแต่ละวันได้ นอกจากนี้วัยรุ่นยังนิยมบริโภคอาหารที่แปลก ๆ ใหม่ ๆ ตามวัฒนธรรมทางตะวันตก โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของอาหารมากนัก (ทาริกา คำสม, 2547)

6.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก
 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ เป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถในการใช้ทักษะที่มีอยู่อย่างไร Bandura (1982) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์ความเครียดว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ในการแก้ไขปัญหา และความพยายามในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นแม้ว่าบุคคลจะเห็นความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง แต่ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแล้วบุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนอกจากจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมแล้ว ยังมีผลต่อความพยายามและความอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วย ซึ่ง Pender (2006) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในด้านของปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

การกระทำพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากแนวคิด 2 ประการคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นความเชื่อว่าจะเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลตามที่ตนต้องการ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรม เช่น การมีสุขภาพแข็งแรง การได้รับความสนใจ ทำให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถ แต่ทั้งนี้การคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถชักจูงให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ถ้าหากบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณไม่สามารถที่จะกระทำ (Bandura, 1997)

ตามแนวคิดของ Bandura การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ มิติ 3 มิติ คือ 1) มิติตามขนาดหรือความยากง่ายของงาน (Level) เป็นการจัดอันดับความยากง่ายของงานที่จะกระทำ โดยความคาดหวังในความสามารถของบุคคลอาจถูกจำกัดความยากง่ายของงานที่จะกระทำ โดยความคาดหวังในความสามารถของบุคคลอาจถูกจำกัดอยู่เป็นภารกิจที่ง่าย ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ ขยับสู่ภารกิจที่ยากกว่า 2) มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำกิจกรรม โดยหากบุคคลใดมีความคาดหวังในความสำเร็จอย่างแข็งแกร่ง บุคคลนั้นก็จะพยายามกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ต่อไปแม้จะประสบความล้มเหลวก็ตาม 3) มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นการอ้างอิงความสามารถในการกระทำกิจกรรมหนึ่งได้สำเร็จไปสู่ความสามารถในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน

ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวความคิดของ Bandura จะต้องได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุน 4 ทาง คือ

6.3.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Inactive mastery experience)

การปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้รับความสำเร็จในอดีตมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด โดยจะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ตนเองกระทำได้สำเร็จ และหากเมื่อบุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางครั้งจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ความล้มเหลวจะไม่มีผลมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าตนเองยังใช้ความสามารถไม่เพียงพอมากกว่า ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ควรมีการส่งเสริมให้บุคคลได้มีการฝึกฝนวิธีการที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในพฤติกรรมนั้น ๆ พร้อมกับส่งเสริมให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

6.3.2 การเรียนรู้จากความสำเร็จของบุคคลอื่น (Vicarious experience) เป็นการ

สังเกตจากแบบอย่างพฤติกรรมของบุคคลอื่น เนื่องจากการได้เห็นบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายตน

สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จมาก่อน จะเป็นแรงขับให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินว่าตนเองมีความสามารถในทุก ๆ กิจกรรมได้อย่างเพียงพอ แต่บุคคลจะประเมินค่าความสามารถของตนเองจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ซึ่งการเรียนรู้จากความสำเร็จของบุคคลอื่นสามารถกระทำได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีชีวิต (Living model) หรือจากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) เช่น ดูจากภาพยนตร์ เป็นต้น

6.3.3 การโน้มน้าวหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและใช้กันโดยทั่วไป เป็นการได้รับการชักจูงจากบุคคลอื่น ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยจะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นและเพิ่มกำลังใจในการตัดสินใจว่าตนเองก็สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่หากให้ได้ผลดีควรส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ตรงในการกระทำที่สำเร็จด้วย

6.3.4 สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physical and affective status) ในสภาวะที่ร่างกายมีความแข็งแรง สุขภาพจิตดี หรือมีความสุข จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อร่างกายหรือสภาวะทางอารมณ์มีภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือถูกกระตุ้นจากความเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย เครียด หรือกลัว จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และมักจะมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น ๆ

6.4 ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว เป็นความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อย ๆ ปานกลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินใจด้วยความคิด เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกิริยาถูกไข่มุกแสดงถึงความต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรงหรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการมีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกปลื้มปิติหรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึก

ไม่พึงพอใจ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึกจึงต้องดูที่ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นแตกต่างจากการประเมินด้านทัศนคติตามแนวคิดของฟิชไบน์และแอสแจน (Fishbein and Ajaen) การประเมินในแง่ของทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของผลลัพธ์เฉพาะของพฤติกรรมมากกว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่พอเหมาะของพฤติกรรมโดยตัวมันเอง ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002, อ้างถึงในสุภา อินทร, 2546)

6.5 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) อิทธิพลระหว่างบุคคลคือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่, พี่น้อง, สามี, ภรรยา) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย (ทาริกา คำสม, 2547)

6.5.1 บรรทัดฐานของสังคม (Norms) เป็นตัวกำหนดมาตรฐานการกระทำของบุคคลในสังคม บุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้

6.5.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นอุปสรรคและกำลังใจต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากครอบครัว (พ่อแม่หรือ พี่น้อง) กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ

6.5.3 การเป็นแบบอย่าง (Modeling) เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมของบุคคลจากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคลอื่น นำมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

อิทธิพลระหว่างบุคคลจึงมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านความกดดันทางสังคม หรือการกระตุ้นให้มีพันธสัญญา จากการศึกษาของ Kanjanarat Iamsa-Ard (2003) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ในด้านพื้นฐานความแตกต่างของครอบครัว ยังมีผลต่อกลไกที่มีอิทธิพลต่อนิสัยในการมีกิจกรรมทางกาย (Soubhi, Potvin & Paradis, 2004) จากการศึกษาของสุกัลลักษณ์ บุญความดี (2541) เกี่ยวกับ

พฤติกรรมด้านการบริโภคพบว่าสภาพในครอบครัวเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันจะมีการรับประทานอาหารร่วมกัน และพบว่าหากพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็จะมีแนวโน้มที่จะชอบอาหารไขมันสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriluk Ouppavanich (1996) ที่พบว่าผู้เตรียมอาหารในครอบครัวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถม ซึ่งส่วนใหญ่คือมารดาของเด็ก

6.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

ตามแนวคิดของ Pender (2006) กล่าวว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และความรู้ความเข้าใจของบุคคลในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม สามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเสนอว่าควรเกิดขึ้น ณ สถานที่นั้น สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และน่าสนใจเป็นสิ่งที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย จากการศึกษาของ สวัสดิ์รัตน์ พลอินทร์ (2542) พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น สนามกีฬา และความสะดวกในการใช้สถานที่เล่นกีฬา นอกจากนี้สถานการณ์ด้านวิถีชีวิตของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปยังมีผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภค พบว่าคนไทยในเมืองมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากสามารถเลือกซื้ออาหารได้มากขึ้นและสะดวกมากกว่าสมัยก่อนซึ่งต้องนำอาหารดิบมาปรุงด้วยตนเอง อีกทั้งรูปแบบของอาหารยังมีให้เลือกมากมายตั้งแต่ อาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543: 139)

7. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีความสัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสุขภาพมากมาย การมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการเป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพอาศัยความรู้พื้นฐานทางทฤษฎีเป็นแกนกลาง เน้นความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก มีบทบาทในการให้คำปรึกษา มีทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลต่อการปรับทัศนคติ พฤติกรรม และนำสิ่งใหม่สู่การปฏิบัติหรือพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการ พัฒนานโยบายและ

มาตรฐานการพยาบาล ดังนั้น บทบาทสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

7.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เน้นรูปแบบของการบริการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน primary, secondary และ tertiary care ในการป้องกันและจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งกลยุทธ์การป้องกันและการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำเป็นจะต้องใช้หลายวิธีด้วยกันทั้งการประเมิน/คัดกรองปัจจัยเสี่ยง การสร้างเสริมความรู้ด้านพยาธิสรีรภาพของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทักษะการคิดและความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนสร้างเสริมทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคจึงนับว่าเป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาล ในการนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยประกอบด้วยการประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

7.2 ด้านการสอนและให้ความรู้

ความรู้มีผลต่อการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักและเข้าใจแนวคิดในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในโรคความดันโลหิตสูงที่ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตราย คือ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยประกอบด้วยการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7.3 ด้านการเป็นที่ปรึกษา

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาบทบาทของ educator และ consultant โดยการฝึกการสอนรุ่นน้อง, นักศึกษารวมทั้งพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกและด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7.4 ด้านการวิจัย

เนื่องจากพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน เป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และความรู้ที่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการนำผลการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการรักษาต่าง ๆ ตลอดจนสร้างเสริมทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน และการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ผลงานวิจัยแล้วยังมีการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางพฤติกรรม และแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานได้อย่างถาวร

นำผลงานวิจัยที่ได้ศึกษา มาปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมน้ำหนักตัวในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล เช่น

ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้และรับรู้ข้อมูล เช่น ความสามารถในการอ่านข้อมูลที่เป็นเอกสาร ความเหมาะสมของสื่อในการสอน สถานที่ สิ่งแวดล้อมที่จะให้ข้อมูล ระยะเวลาในการให้ข้อมูล

ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน การประเมินอาจใช้คำถามหรือแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน โดยประยุกต์แนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการประเมิน ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แนวคิดดังกล่าวทำให้เข้าใจว่าทำไมบางคนจึงปฏิบัติและบางคนถึงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งจะทำได้สามารถนำมาวางแผนจัดโปรแกรมการให้ความรู้และข้อมูลเพื่อลดปัญหาและอุปสรรคที่ค้นพบต่อไป

7.5 ด้านการเป็นผู้นำ

เรียนรู้และฝึกฝนตนเองในบทบาทการเป็นผู้นำ โดยการพัฒนาตนเองให้มีมุมมองที่หลากหลาย ติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเอกสารทางวิชาการต่างๆ รวมทั้งติดตามบทบาทการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน มีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ในการจัดโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

สรุป ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงถือว่ามิบทบาทสำคัญในการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนถาวร

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว พบว่ามีการศึกษา การควบคุมน้ำหนักตัวในบุคคลหลายกลุ่ม เช่น วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และรวมถึงมีการศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองของ Pender เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกาย สามารถสรุปผลงานวิจัยได้ ดังนี้

ครุณี ดลรัตนภัทร (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมระดับพอใช้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

ทับทิม ปัตตะพงษ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลาง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางมีคะแนนระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และรายได้ครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางได้ร้อยละ 62.2 ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินปัญหา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคที่พบ รวมถึงควรส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นตอนกลางรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นตอนกลางสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการควบคุมน้ำหนักตัวได้อย่างถูกต้องพร้อมทั้งสังเกตและให้คำแนะนำการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนกลางที่มีรายได้สูง

ทาริกา คำสม (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีคะแนนอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง อิทธิพลระหว่างบุคคล (บุคคลในครอบครัว) มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และพบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รุจิรา ดวงสงค์ (2544) ศึกษาผลของการประยุกต์โปรแกรม “take PPIDE” ในโครงการควบคุมน้ำหนักตัวในเขตเทศบาล เมืองนครพนม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม, และกระบวนการกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้ประชาชนรู้จักกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนักตัวและป้องกันโรคอ้วน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและกลุ่มใกล้เคียงมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก หรือควบคุมน้ำหนักตัวในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การสังเกตตนเอง การตัดสินใจในการลดน้ำหนัก หรือควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้ความสามารถตน การให้รางวัลหรือลงโทษแก่ตนเอง การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และความหนาของไขมันของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารยา ตามภานนท์ (2542) ศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีร้อยละ 20.5 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่ มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการ

รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ การรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหาร โดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ ด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบว่าได้รับคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และเพศหญิงได้รับสารอาหารประจำวันมากกว่าเพศชาย

Jitsacorn (2000) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและผลกระทบของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีรายใหม่ จำนวน 150 คน ที่รับบริการตามนัดของศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวิขระ ตั้งแต่เดือน พ.ค.- ก.ค. 2543 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 0.94$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายคือ การรับรู้อุปสรรค ($r = -.59$, $p < .001$) ตามมาด้วยการรับรู้ประโยชน์ ($r = .18$, $p < .001$) และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายคือ ความทนในการออกกำลังกาย ($r = .36$) ผลการวิจัยนี้แนะนำให้พยาบาลจัดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและลดการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายลง โดยจัดเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายขึ้น

Dunton (2006) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการเดินเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายในนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 305 คน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินอุปสรรคต่อการเดินเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย การรับรู้อุปสรรคในการแข่งขันเดิน การเดินเพื่อการเดินทาง หรือการเดินเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ และการเดินเพื่อเป็นรูปแบบของการดำเนินชีวิต เช่นการเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอยู่ 3 ด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินคือ ลักษณะการเดิน รองเท้าที่ใส่ และสถานที่ในการเดิน โดยลักษณะการเดินและสถานที่ในการเดินเป็นอุปสรรคมากที่สุด

Linde (2006) ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในผู้เข้าร่วมโปรแกรมลดน้ำหนักที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 คน โดยร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก นอกจากนี้ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนยังสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างขณะรับการบำบัดแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในช่วงติดตาม

Pothikanun (1999) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำนวน 150 คน ที่รับบริการใน

Pothikanun (1999) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำนวน 150 คน ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช และศึกษาปัจจัยซึ่งสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และระยะเวลาที่ป่วย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.17, SD = 0.91$) การรับรู้อุปสรรคและสถานภาพสมรสสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคร้อยละ 38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเสนอแนะว่าผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำปัจจัยดังกล่าวไปส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้

Thongpila (1998) ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .42, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.44, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์สูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำจะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาเสนอแนะให้พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยลดอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Seo (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 305 คนที่อาศัยอยู่ในชนบทและเมืองใหญ่ในประเทศเกาหลี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยในการส่งเสริมสุขภาพคือ 2.46 คะแนนที่สูงคือด้านโภชนาการ (2.65) ส่วนคะแนนที่ต่ำคือ การมีกิจกรรมทางกาย (2.36) และการจัดการความเครียด (2.36) ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านรูปแบบชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพคือ อายุ ที่อยู่อาศัย ชีวิตคู่ การศึกษา ศาสนาและเงินเก็บในบั้นปลายชีวิต ส่วนปัจจัยที่ทำนายรูปแบบการดำเนินชีวิตและส่งเสริมสุขภาพคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ($r = .55$) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ข้อผูกมัดในการกระทำ อิทธิพล

ระหว่างบุคคล มีรายงานถึง 64.3% ของตัวแปรทั้งหมดในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของเกาหลี

Tan (2005) ศึกษามุมมองของผู้ป่วยต่อบทบาทของสถานบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียในด้านการจัดการเรื่องน้ำหนักตัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 78 คิดว่าหน่วยบริการสุขภาพมีบทบาทในด้านการจัดการเรื่องน้ำหนักตัวของผู้ป่วย และผู้ป่วยร้อยละ 46 คิดว่าหน่วยบริการสุขภาพสามารถใช้เวลาที่มากพอในการให้คำแนะนำในการลดน้ำหนักที่ได้ผล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีการรับรู้ในคำแนะนำเรื่องการบริโภคเพื่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และเป็นไปได้ที่จะทำตามคำแนะนำในการลดน้ำหนักร้อยละ 78 ซึ่งชอบการสอนแบบมีกฎเกณฑ์ ผู้ป่วยมีความเห็นว่าเป็นไปได้น้อยที่จะพบและร่วมประชุมกับนักโภชนาการ และไม่ชอบที่จะใช้ยาลดน้ำหนัก ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความคิดเหมือนกับผู้มีน้ำหนักปกติแต่จะต่างกันในเรื่องการเข้าใจยอมรับในควมมีประโยชน์ของข้อมูลด้านน้ำหนัก น้ำหนักตัวยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานะทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามความสนใจในการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตอาจเกิดการต่อต้านในหมู่ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

Charoenkitkarn (1999) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 120 คนที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.51$, $SD = 0.78$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.43$) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีคะแนนระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.25$, $SD = 0.50$) และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และเพศสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Walker (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยศึกษาผู้หญิงสูงอายุในชนบทที่มีอายุ 50-69 ปี จำนวน 179 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคและการออกกำลังกายมีด้วยกัน 4 ด้าน คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล ด้านพฤติกรรมทางกายประกอบด้วย การใช้พลังงาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การยืดเหยียดกล้ามเนื้อในด้านพฤติกรรมบริโภคประกอบด้วย เปรอร์เซ็นต์ของไขมันที่บริโภคในแต่ละวัน การรับประทานผักและผลไม้ การรับประทานเนื้อสัตว์ และการรับประทานธัญพืช ซึ่งปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงสูงอายุในชนบทคือ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนของบุคคลในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ

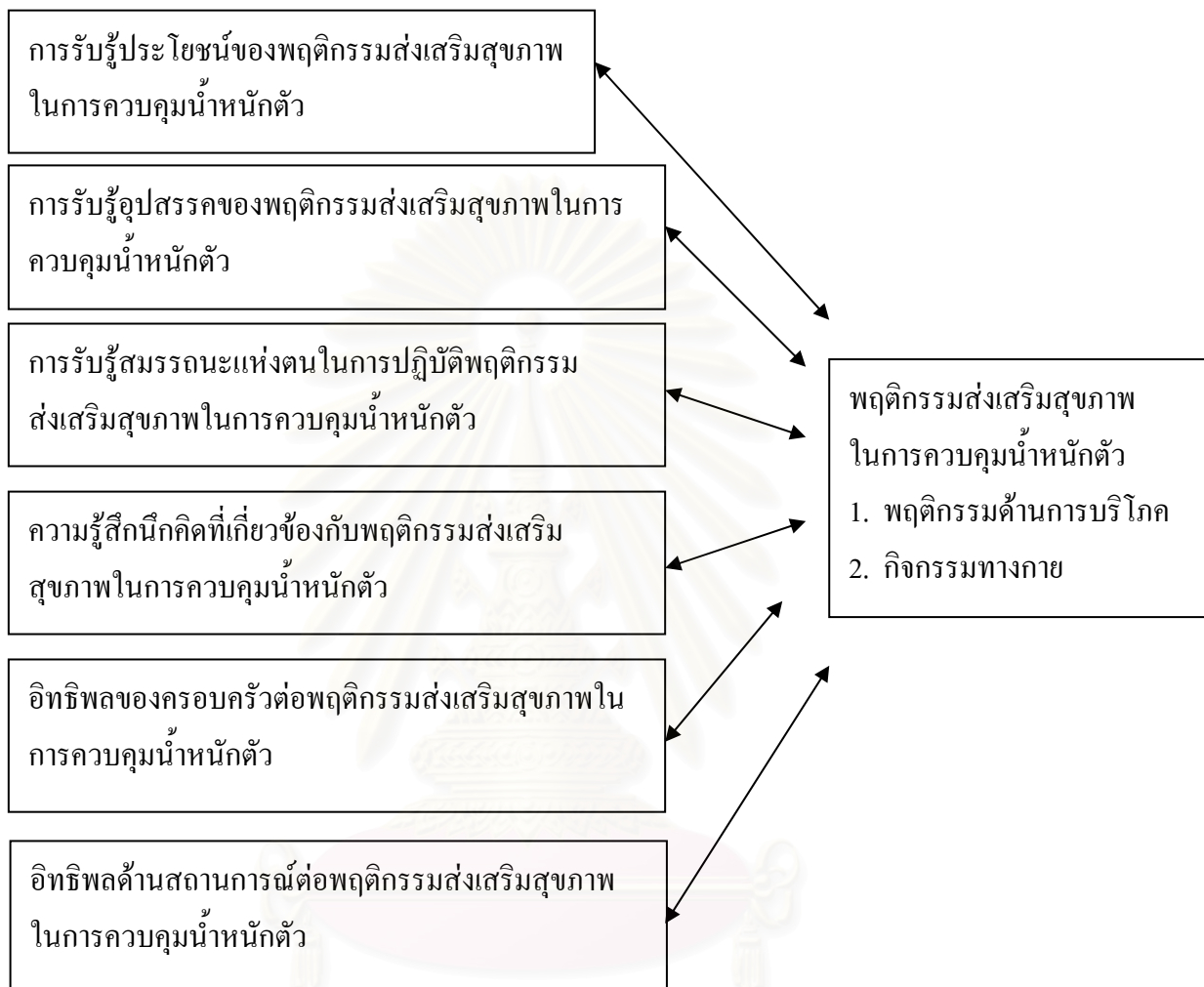
Onchim (1999) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 150 คนที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตากสินและโรงพยาบาลวชิระ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.53$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.28$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54$) ระยะเวลาในการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระยะเวลาในการรักษาโรคยังสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31.4 การศึกษานี้เสนอแนะให้พยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมและต่อเนื่อง

Wilcox (2006) ศึกษาการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคด้านร่างกายเกี่ยวกับอาการของโรคข้ออักเสบซึ่งมีผลมากที่สุด

Williams (2006) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเดินของหญิงชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายไม่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเดิน และยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านการไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานหารายได้และการรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่ใช่อุปสรรคในการออกกำลังกาย

สรุป ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เอง โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสมทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยมีปัจจัยภายใต้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวได้แก่ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกรู้สีก่อพฤติกรรมเฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ได้ โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลสวี (จังหวัดชุมพร) โรงพยาบาลสีเกา โรงพยาบาลกันตัง โรงพยาบาลห้วยยอด (จังหวัดตรัง) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตรของ Thorndike (1978)

$$N \geq 10 K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ } K = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา})$$

$$N \geq 10 K + 50 \quad \text{กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน}$$

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งจังหวัดภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วยจังหวัดกระบี่ จังหวัดชุมพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดระนอง ภาคใต้ตอนล่างประกอบด้วยจังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดสตูล จังหวัดสงขลา จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส ซึ่งข้อมูลได้จากการศึกษาของสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้ (www.nesdb.go.th)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มจังหวัด 1 จังหวัดในภาคใต้ตอนบน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 1 จังหวัด จังหวัดที่ได้คือ จังหวัดชุมพร

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มจังหวัด 1 จังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 1 จังหวัด จังหวัดที่ได้คือ จังหวัดตรัง

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละจังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ จังหวัดละ 3 โรงพยาบาล จังหวัดชุมพร ได้ 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมาบอำมฤต โรงพยาบาลท่าแซะ และโรงพยาบาลสวี จังหวัดตรัง ได้ 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลห้วยยอด และโรงพยาบาลกันตัง

ขั้นตอนที่ 5 เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในแต่ละโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มได้โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากการกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23
2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ
4. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง

เขต	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวน		รวม
		ชาย	หญิง	
ภาคใต้ตอนบน	1 โรงพยาบาลท่าแซะ	3	17	20
	2 โรงพยาบาลสวี	5	15	20
	3 โรงพยาบาลมาบอำมฤต	5	15	20
ภาคใต้ตอนล่าง	1 โรงพยาบาลสิเกา	5	15	20
	2 โรงพยาบาลห้วยยอด	5	15	20
	3 โรงพยาบาลกันตัง	4	16	20

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ จำนวน 120 คน จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 120)	
เพศ		
ชาย	27	22.5
หญิง	93	77.5
อายุ (ปี)		
20-30	12	10
31-40	17	14.2
41-50	41	34.2
51-59	50	41.7
(\bar{X} = 46.67, SD = 10.13)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 120)	
สถานภาพสมรส		
โสด	19	15.83
คู่	93	77.5
หม้าย	7	5.83
แยกกันอยู่	1	0.84
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.7
ประถมศึกษา	67	55.8
มัธยมศึกษา,ปวช.	12	10.0
มัธยมปลาย,ปวส.	10	8.4
อนุปริญญา	7	5.8
ปริญญาตรี	19	15.8
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	24	20
5,000-10,000	42	35.0
10,001-15,000	23	19.2
15,001-20,000	17	14.2
มากกว่า 20,000	14	11.6
อาชีพ		
รับจ้าง	24	20.0
เกษตรกรกรรม	37	30.8
ค้าขาย	18	15.0
พนักงานบริษัท	8	6.7
รับราชการ	18	15.0
อื่น ๆ	15	12.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 120)	
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)		
23-25	14	11.7
>25	106	88.3
($\bar{X} = 30.57, SD = 5.15$)		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 8 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 7 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ชนิด Floor type weight scale TANITA Model 1534N ที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงและใช้เครื่องเดียวตลอดการวิจัย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ น้ำหนัก และส่วนสูง

ลักษณะของแบบสอบถาม คือ เป็นแบบเติมคำตอบในช่องว่าง แต่ละตอนต้องเขียนรายละเอียดของแต่ละแบบสอบถามตามตัวอย่าง (ภาคผนวก ก) ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลในส่วนชั่งน้ำหนักและส่วนสูง เป็นแบบเติมคำตอบในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยลงบันทึกเอง ข้อมูลได้จากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ส่วนค่าดัชนีมวลกายคำนวณได้จากสูตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือรวมเท่ากับ .90 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์มีคำถาม 8 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ Pender (1996) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ .87 แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านเวลา ด้านเศรษฐกิจ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความไม่สะดวก และด้านชนิดของอาหาร ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ Pender

(1996) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ .90 แบบสอบถามมีข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด = 5 คะแนน, มั่นใจมาก = 4 คะแนน, มั่นใจปานกลาง = 3 คะแนน, มั่นใจเล็กน้อย = 2 คะแนน, ไม่มั่นใจเลย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ปรับข้อคำถามจากแบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของ สุภา อินทร (2546) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Pender (2002) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ .87 เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ทางบวก 5 ข้อ ความรู้สึกและอารมณ์ทางลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับไม่ดีมาก

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของทาริกา คำสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .91 แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบรรทัดฐาน ด้านการสนับสนุนของครอบครัวและด้านการเป็นแบบอย่าง คำถามทั้งหมดเป็นคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 7 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของทริกา ค้าสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .84 แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านทางเลือก ด้านคุณลักษณะที่ต้องการและด้านสิ่งแวดล้อม คำถามทั้งหมดเป็นคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

ประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .68 แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ เกี่ยวกับบริโภคนิสัย และเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ลักษณะข้อคำถาม เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินด้วยตนเองว่าตนเองปฏิบัติกิจกรรมควบคุมน้ำหนักบ่อยครั้งเพียงใด ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง พอประมาณ นาน ๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งมีข้อความทางบวก 9 ข้อ คือข้อที่ 1,4,7,8,10,11,16,17,18 และข้อความทางลบ 9 ข้อ คือข้อที่ 2,3,5,6,9,12,13,14,15 ได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	1	5
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	4
พอประมาณ	ให้คะแนน	3	3
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4	2
เป็นประจำ	ให้คะแนน	5	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ระคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวอยู่ในระดับไม่ดีมาก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ชุดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อ ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้น ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวกหน้า ก) เป็นผู้ตรวจสอบ ความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อ คำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์พิจารณา คะแนน โดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาตามค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความ ตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ถ้าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา < 0.75 จะตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้อง ออกหรือสร้างข้อคำถามนั้นใหม่ (Polit & Hungler, 1999: 419) ผลการตรวจและรายละเอียดการ ปรับแบบสอบถามมีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปรับแก้ข้อคำถามโดยตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คน คือข้อ 9 เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายสามารถ คำนวณได้เองข้างนอก หากใส่ไว้ในแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างอาจสับสน

2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการ ควบคุมน้ำหนักตัว ค่า CVI = 0.36 ไม่ผ่านเกณฑ์ มีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน แนะนำให้ตัดข้อคำถาม ออก 3 ข้อ คือ ข้อ 7, 10, 11 เนื่องจากข้อคำถามไม่เหมาะกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรค ความดันโลหิตสูง

3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน การควบคุมน้ำหนักตัว ค่า CVI = 0.76 ผ่านเกณฑ์แต่ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คน โดยตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ คือข้อ 9 เนื่องจากข้อคำถามไม่ชัดเจนเรื่อง อาหารหรือออกกำลังกายและการลืมไม่ได้บ่งบอกว่าขาดกำลังใจไม่ได้กระตุ้นด้วยตัวเอง แต่เพิ่มข้อ คำถามเรื่องนิสัยที่แก้ไขไม่ได้ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการควบคุมน้ำหนักตัว และตัดข้อคำถามข้อ 13 ออกเนื่องจากข้อคำถามไม่ชัดเจนและความหมายใกล้เคียงกับข้อ 12

4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ค่า CVI = 0.91 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของ

คณะกรรมการจริยธรรมและผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คน โดยตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ คือข้อ 7, 9, 14, 19 เนื่องจากข้อคำถามไม่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงและบริบทของสังคมชนบท

5) แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อคำถามให้สละสลวยได้ใจความที่ชัดเจน

6) แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ค่า CVI=0.78 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อคำถามให้สละสลวยได้ใจความที่ชัดเจน

7) แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว CVI=0.78 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คน โดยตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ คือข้อ 7 เนื่องจากข้อคำถามไม่ชัดเจน

8) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว CVI = 1.00ผ่านเกณฑ์แต่ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของ คณะกรรมการจริยธรรมและผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คน โดยตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ คือข้อ 7,9,14,19 เนื่องจากข้อคำถามไม่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงและบริบทของสังคมชนบท

หลังจากปรับแก้ข้อคำถามแล้ว นำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งผลปรากฏว่า ค่าCVI ผ่านเกณฑ์ และนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบความเที่ยง

2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามทั้งหมดได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ได้แสดงไว้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (30 ราย)	กลุ่มตัวอย่าง (120 ราย)
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.85	.85
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.87	.93
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.88	.93
ความรู้สึกลึกซึ้งที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.84	.91
อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.94	.93
อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.85	.88
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.79	.88

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการ Calibrate อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ตามหลักการปฏิบัติของบริษัทเครื่องมือแพทย์ และนำมาทดสอบโดยใช้วิธี Test-Retest method ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 5 คน ในระยะเวลาที่ห่างกัน พบว่ามีค่าไม่แตกต่างจากเดิม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณาบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยในการวิจัยทุกฉบับ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพรและจังหวัดตรัง เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการทำวิจัย

2. ดำเนินการคัดเลือกและอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเทคนิคในการใช้แบบสอบถามและเทคนิคการสัมภาษณ์ ชี้แจงแบบสอบถามในแต่ละชุดร่วมกับการลงบันทึกที่ถูกต้อง และให้ทดลองใช้แบบสอบถามและการลงบันทึกข้อมูล จนสามารถทำได้ถูกต้อง

3. เมื่อได้รับอนุมัติจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งนัดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยใช้สถานที่ของโรงพยาบาลที่สุ่มได้

4. นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยไปพร้อมกับผู้รับผิดชอบงานประจำโรงพยาบาลชุมชนที่ติดต่อไว้และเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัย ครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นชื่อให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 8 ตอน โดย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถาม และอ่านแบบสอบถามให้ในรายที่มีปัญหาในการอ่านหนังสือ สายตาไม่ปกติอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 30-45 นาทีต่อรายในการสัมภาษณ์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (ในกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย และในรายที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 นาที ต่อราย) รวม 120 ราย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2549 – 8 กันยายน 2549 รายละเอียดดังนี้

ชื่อโรงพยาบาล	ช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลท่าแซะ	21-22 สิงหาคม 2549
โรงพยาบาลสวี	24-25 สิงหาคม 2549
โรงพยาบาลมาบอำมฤต	28-29 กันยายน 2549
โรงพยาบาลสิเกา	31 สิงหาคม -1 กันยายน 2549
โรงพยาบาลห้วยยอด	4-5 กันยายน 2549
โรงพยาบาลกันตัง	7-8 กันยายน 2549

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์คะแนนตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และตอบรับเข้าร่วมการวิจัย มีเอกสารให้เซ็นยินยอม โดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะได้รับจากหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.1 เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และอาชีพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

1.2 อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของPender, Murdaugh, and Parsons (2006) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมุติฐานที่ระดับ .05 เครื่องหมาย +หรือ- แสดงถึงความสัมพันธ์ ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกหมายความว่า ข้อมูลทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบหมายความว่า ข้อมูลทั้งสองมีลักษณะตรงกันข้าม เมื่อดูระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พอดีสรุปได้ดังนี้ (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2543)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.80-1.00	สูง
0.50-0.79	ปานกลาง
0.20-0.49	ต่ำ
0.00-0.19	ไม่มี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ จำนวน 120 คน โดยการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-10

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามราย ชื่อและโดยรวม (n=120)

ลำดับ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมด้านการบริโภค				
1	รับประทานผักที่มีกากใย	4.00	1.08	ดี
2	ไม่รับประทานผลไม้ และ/หรือ ขนมหวานที่ให้พลังงานสูง	3.50	1.16	ดี
3	ไม่รับประทานอาหารจำพวก ขนม ระหว่างมื้ออาหาร	3.44	1.02	ปานกลาง
4	ดื่มนมที่มีไขมันต่ำแทนการดื่มนมทั่วไป	2.70	1.29	ปานกลาง
5	ไม่รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด หมูทอด ปลาทอด	3.38	1.12	ปานกลาง
6	ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันหรือกะทิ	3.38	1.07	ปานกลาง
7	ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม	4.34	1.05	ดี
8	หยุดรับประทานอาหารที่ชอบทันทีเมื่อรู้สึกอิ่มแล้ว	4.06	1.05	ดี
9	ไม่รับประทานอาหาร ขนม หรือ ดื่มน้ำอัดลม ขณะดูโทรทัศน์ วิดีโอ หรือ ดูภาพยนตร์	3.88	1.05	ดี
10	รับประทานข้าวมื้อละไม่เกิน 2 ทัพพี	3.63	1.21	ดี
11	จำกัดปริมาณอาหารในมือเย็นให้น้อยกว่าอาหารมื้อเช้าหรือมื้อกลางวัน	3.67	1.22	ดี
12	ไม่เติมน้ำตาลทรายในอาหาร ขณะปรุง/ประกอบ และ/หรือ ขณะ รับประทานอาหาร	3.55	1.14	ดี
รวมพฤติกรรมด้านการบริโภค		3.63	0.64	ดี
กิจกรรมทางกาย				
1	ไม่นั่งทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรม ที่ติดต่อกันเป็นเวลาหลายชั่วโมง เช่น การดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอ อ่านหนังสือ	3.60	1.27	ดี
2	ไม่ทำกิจกรรมที่นั่งหรือนอนอยู่กับที่ ภายหลังรับประทานอาหารเช้าแล้ว	3.67	1.30	ดี
3	ไม่นอนเล่นติดต่อกันหลายชั่วโมง	3.73	1.21	ดี
4	ใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่ออกแรง เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน มากกว่า กิจกรรมที่นั่งหรือนอนอยู่กับที่	3.43	1.19	ปานกลาง
5	ออกกำลังกายหลังเลิกงาน	2.93	1.27	ปานกลาง
6	ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย	3.00	1.36	ปานกลาง
รวมกิจกรรมทางกาย		3.39	0.95	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 ด้าน		3.55	0.67	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.67$) ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.64$) และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, $SD = 0.95$)

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะปี 2002 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก อธิพลงของครอบครัว อธิพลงด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-10

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อธิพลงระหว่างบุคคล อธิพลงด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-10

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม ($n = 120$)

การรับรู้ประโยชน์	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	4.25	0.54	สูง
2. ด้านจิตใจ	4.09	0.75	สูง
3. ด้านเศรษฐกิจ	4.07	0.71	สูง
4. ด้านสังคม	3.87	0.90	สูง
การรับรู้ประโยชน์โดยรวม	4.09	0.56	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทั้ง 4 ด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 120)

การรับรู้อุปสรรค	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านเวลา	2.24	0.86	ต่ำ
2. ด้านเศรษฐกิจ	2.01	1.09	ต่ำ
3. ด้านภาวะสุขภาพ	2.05	0.94	ต่ำ
4. ด้านความไม่สะดวก	2.08	0.81	ต่ำ
5. ด้านชนิดของอาหาร	2.52	1.16	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคโดยรวม	2.20	0.78	ต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.20$, $SD = 0.78$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติด้านชนิดของอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.52$, $SD = 1.16$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 120)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค	3.70	0.79	สูง
2. ด้านกิจกรรมทางกาย	3.57	0.88	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	3.66	0.77	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.77$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าทั้ง 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 120)

ความรู้สึกนึกคิด	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ความรู้สึกหรืออารมณ์ทางบวก	4.11	0.69	ดี
2. ความรู้สึกและอารมณ์ทางลบ	4.11	0.99	ดี
ความรู้สึกนึกคิดโดยรวม	4.11	0.74	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความรู้สึกนึก
คิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} =$
4.11, SD = 0.74) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าทั้ง 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี
น้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 120)

อิทธิพลของครอบครัว	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านบรรทัดฐานทางสังคม	4.08	0.82	สูง
2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม	3.67	0.87	สูง
3. ด้านการเป็นแบบอย่าง	3.19	1.13	ปานกลาง
อิทธิพลของครอบครัวโดยรวม	3.60	0.85	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่าอิทธิพลของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ
ควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.60,$
SD = 0.85) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าด้านการเป็นแบบอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.19, SD = 1.13$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 120)

อิทธิพลด้านสถานการณ์	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านทางเลือกที่เหมาะสม	3.69	0.75	สูง
2. ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ	3.66	0.78	สูง
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.41	0.93	ปานกลาง
อิทธิพลด้านสถานการณ์โดยรวม	3.61	0.69	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.69$) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.93$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรีดกึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานจำนวน 120 คน ($n = 120$)

ปัจจัย	ด้านการบริโภค		ด้านกิจกรรมทางกาย		รวม 2 ด้าน	
	(r)	p-value	(r)	p-value	(r)	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.16	.074	.26**	.005	.22*	.014
2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	-.68**	.001	.54**	.001	.68**	.001
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.80**	.001	.63**	.001	.81**	.001
4. ความรู้สึกรีดกึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.68**	.001	.69**	.001	.75**	.001
5. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว	.11	.240	.41**	.001	.26**	.004
6. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก	.30**	.001	.36**	.001	.36**	.001

** $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 11 พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรรคั้ง 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาด้านการบริโภคอาหารพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกดีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และอิทธิพลด้านสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลของครอบครัว

เมื่อพิจารณาด้านกิจกรรมทางกายพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกดีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ(2006) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน คือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรัง จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23
2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ
4. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 8 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ตอนที่ 7 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน พร้อมทั้งนำแบบสอบถามตอนที่ 2-8 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .85, .86, .88, .85, .94, .85 และ .79 ตามลำดับ และหลังจากนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .93, .93, .91, .93, .88 และ .88 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวและปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกลึกซึ้งที่เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว โดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD = 0.67) มีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมด้านการบริโภคเท่ากับ 3.63 (SD. = 0.64) และด้านกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD = 0.95)

2. การศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (SD = 0.56)

2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (SD = 0.78)

2.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (SD = 0.77)

2.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (SD = 0.74)

2.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้รับอิทธิพลจากบุคคลในครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (SD = 0.85)

2.6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 (SD = 0.69)

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ของประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .22$)

3.2 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.01 ($r = .81$)

3.3 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -.68$)

3.4 ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .75$)

3.5 อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .26$)

3.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .36$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ทั้ง 2 ด้านอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.55 (SD = 0.67) และมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมด้านการบริโภคเท่ากับ 3.63 (SD = 0.64) และด้านกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD = 0.95)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีกากใยมีคะแนนเฉลี่ย 4.00 ซึ่งอยู่ในระดับดี สืบเนื่องจากวัฒนธรรมการบริโภคของภาคใต้นั้นนิยมอาหาร รสจัด โดยรสชาติของอาหารส่วนใหญ่คือ เปรี้ยวจัด เค็มจัด กับข้าวแต่ละมื้อจะไม่ขาดรสเผ็ดและมีประเภทน้ำแกงแกงที่นิยม คือ แกงพุงปลา แกงส้ม ส่วนประกอบสำคัญของอาหารแต่ละมื้อคือ ผักสด การที่ใช้ผักมาช่วยเคี้ยวกลืนนั้นเพื่อช่วยลดความเข้มข้นเค็มของอาหาร ทำให้รสชาติที่จัดจ้านลดลงและรับประทานอาหารได้มากขึ้นคล่องคอขึ้น เนื่องจากภาคใต้อุดมสมบูรณ์ จึงมีผักสดหลายชนิด เช่น ผักกูด ผักเหียง กระถิน กระเจต ผักบุ้ง แดงกวา ถั่วฝักยาว ลูกเนียง สะตอ ยอดมะม่วงหิมพานต์ ฯลฯ เพื่อรับประทานคู่กับแกง ยำ จึงเรียกผักนี้ว่า “ผักแกล้ม” หรือ “ผักเหนาะ” “ผักจิ้ม” (ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้, 2534) ส่วนพฤติกรรมการดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลมมีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.34 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าสังคมชนบทประชาชนส่วนใหญ่ไม่นิยมดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมเหมือนสังคมเมือง ซึ่งวัฒนธรรมการดื่มน้ำในภาคใต้นั้น น้ำดื่ม น้ำใช้ ของชาวดินนิยมใช้น้ำบ่อของตนเอง น้ำบ่อที่ใช้จะมีลักษณะใสเย็น สะอาดใช้ดื่มกินกัน จนถึงปัจจุบันก็ยังนิยมดื่มน้ำเปล่าโดยเชื่อว่าการดื่มน้ำสะอาดทำให้ฉลาด (ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้, 2534) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ได้แก่ การหยุดรับประทานอาหารที่ชอบทันทีเมื่อรู้สึกอิ่มแล้ว การไม่รับประทานอาหาร ขนม หรือน้ำอัดลม ขณะดูโทรทัศน์ วิดีโอ หรือดูภาพยนตร์ การรับประทานอาหารมื้อละไม่เกิน 2 ทัพพี การจำกัดปริมาณอาหารในมือเย็นให้น้อยกว่าอาหารมื้อเช้าหรือมื้อกลางวัน การไม่เติมน้ำตาลทรายในอาหาร ขณะปรุง/ประกอบ และ/หรือ ขณะรับประทานอาหาร เป็นพฤติกรรมที่ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ความรู้

ในเรื่องดังกล่าวจากแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากสถานบริการสุขภาพที่รักษาอยู่แล้ว จึงทำให้คะแนนในข้อดังกล่าวอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมบริโภคที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมน้ำหนักได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวก ขนม ระหว่างมื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ไข่ทอด ลูกชิ้นทอด หมูทอด ปลาทอด การรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันหรือกะทิ มีคะแนนอยู่ในช่วง 2.7-3.4 ซึ่งเป็นคะแนนระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง

เมื่อพิจารณากิจกรรมทางกาย พบว่าด้านการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่ออกแรง เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน มากกว่ากิจกรรมที่นั่งหรือนอนอยู่กับที่ การออกกำลังกายหลังเลิกงานและการออกกำลังกายให้ได้ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนน 2.93 - 3.43 ซึ่งเป็นคะแนนระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยมีกิจกรรมทางกายในขณะที่ทำงานอยู่แล้ว ลักษณะงานจำเป็นต้องออกแรงและใช้กำลังงานตลอดวัน เมื่อเสร็จสิ้นภาระงานในแต่ละวัน จึงทำให้อ่อนเพลีย ไม่สามารถออกกำลังกายหลังเลิกงานได้ รวมทั้งงานเกษตรกรรมเป็นงานที่ไม่มีวันหยุด จึงไม่มีเวลาว่างในการออกกำลังกายให้ได้สัปดาห์ละ 3 วันได้เช่นกัน แต่ในส่วนของการไม่นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลาหลายชั่วโมง การใช้เวลาในการทำกิจกรรมเช่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน การทำกิจกรรมหลังจากรับประทานอาหารแทนการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ย 3.43 - 3.73 ซึ่งเป็นคะแนนระดับดีนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สถานภาพสมรสคู่ ในสังคมชนบทภาคใต้งานบ้าน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่แม่บ้านเป็นผู้ทำ เช่น กวาดถูบ้าน ซักผ้า ปรุงอาหารให้สมาชิกในครอบครัว (ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้, 2534) รวมทั้งที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสวนยาง และสวนปาล์มน้ำมัน บริเวณบ้านจึงมีงานอดิเรกให้เลือกทำได้หลากหลาย เช่น รดน้ำต้นไม้ ให้อาหารสัตว์เลี้ยง จึงเป็นผลให้กิจกรรมทางกายด้านนี้ค่อนข้างสูงแต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมพฤติกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างก็ยังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongpila (1998) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seo (2004) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชนบทและเมืองใหญ่ของประเทศเกาหลี มีคะแนนเฉลี่ยในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูงส่วนด้านกิจกรรมทางกายมีคะแนนต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมด้านการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คือ

การรับประทานอาหารมือเย็นมาก การรับประทานอาหารจานเดียวที่ใช้ น้ำมันหรือกะทิ รับประทาน อาหารทอดด้วยน้ำมัน ไม่ควบคุมปริมาณอาหารที่ชอบ ในด้านกิจกรรมทางกายพบว่ามีการ ออกกำลังกายหลังเลิกงานและออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ อยู่ในระดับต่ำ และจาก การศึกษารุ่นนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัลักษณ์ บุญความดี (2541) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร มีนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ได้แก่อาหารทอดหรือผัดน้ำมัน อาหารจานด่วน อาหารจานเดียว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากถึงร้อยละ 98.1 และมีการรับประทานอาหารบ่อย ได้แก่ รับประทาน ขนมขบเคี้ยว ขนมปัง หรือขนมหวานในเวลาว่าง ขณะดูโทรทัศน์ ขณะทำงาน ถึงร้อยละ 51 ส่วนด้านกิจกรรมทางกายสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัลักษณ์ บุญความดี (2541) ที่พบว่า กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร เป็นกิจกรรมทางกายที่ออกแรงน้อย เป็นเวลารวมมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน ถึงร้อยละ 72.9 โดยกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องทำงานทุกวัน ขาดความ ตั้งใจในการออกกำลังกาย และไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย จึงทำให้เป็นสาเหตุของการมีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปจัดโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักตัวแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในภาคใต้ได้ ทั้งด้านการบริโภคอาหารและด้านกิจกรรมทางกายโดยสร้างให้เกิดความตระหนักในเรื่อง ประเภทของอาหารที่รับประทานแล้วทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงจำพวก ขนม ระหว่างมื้ออาหาร หรือหลังรับประทานอาหารควเสิร์ฟ เรียบร้อย มักนิยมรับประทานอาหารหวานหรือผลไม้ตาม เรียกว่า “กินแก้เผลิด” หรือ “ลบปาก” โดยขนมหวานที่รับประทานมีเครื่องปรุงหลัก 3 อย่าง คือ แป้ง น้ำตาล กะทิหรือมะพร้าวขูด อาจใช้พืชชนิดอื่นแทนแป้ง เช่น เผือก มัน ถั่ว ฟักทอง ข้าวโพด ข้าวฟ่าง ฯลฯ น้ำตาลมักใช้น้ำตาลโตนด น้ำตาลจาก น้ำตาลมะพร้าว ขนมหวานที่นิยมกันมากได้แก่ ขนมโค ลอดช่องน้ำกะทิ ขนมปลากริม ทูเรียนกวน กาละแม ส่วนผลไม้ที่นิยมแพร่หลายได้แก่ เงาะ ทูเรียน มังคุด ลางสาด ลองกอง ละมุด (ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้, 2534) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาหารดังกล่าวล้วนให้พลังงานสูง นอกจากนี้ยังชอบ รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด หมูทอด ปลาทอด รวมทั้งการ รับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันหรือกะทิอีกด้วย ส่วนในด้าน กิจกรรมทางกายที่ควรเพิ่มคือ การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่ออกแรง เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน มากกว่ากิจกรรมที่นั่งหรือนอนอยู่กับที่ การออกกำลังกายหลังเลิกงานและการออกกำลังกายให้ได้ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยอาจเพิ่มกิจกรรมเหล่านี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหรือในชุมชนก็ได้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ประโยชน์โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.56$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pothikanun (1999) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการบริโภคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongpila (1998) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อยู่ในระดับดี รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการรับรู้ประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ ดรุณี คลรรัตนภัทร (2545) ซึ่งพบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดเชียงใหม่ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับดี

สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวรายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.54$), ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.75$), ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.71$) และ ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.90$) ตามลำดับ อาจเนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนจึงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ด้านร่างกายสูงและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปีถึงร้อยละ 41.7 จึงมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและการป้องกันการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (อารยา ตามภานนท์, 2542) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจนั้นถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานก็ตามแต่ก็ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นใดที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สามารถทำงานประกอบอาชีพหารายได้ตามปกติจึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจสูงเช่นกัน ส่วนการรับรู้ประโยชน์ด้านสังคมพบว่ามีความเห็นต่ำกว่าด้านอื่น อาจเกิดจากสังคมชนบทไม่ได้ให้ความสำคัญใน

ด้านนี้มากนัก เพราะส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ไม่ได้เน้นด้านสังคมหรือความสวยความงาม จึงเห็นประโยชน์ด้านนี้ค่อนข้างน้อย

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา การรับรู้อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ การรับรู้อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก และการรับรู้อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.20$, $SD = 0.78$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากไม่มีโรคประจำตัวจึงไม่มีอุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ

สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว รายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา ด้านเศรษฐกิจ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความไม่สะดวก และด้านชนิดของอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.24$, $SD = 0.86$), ($\bar{X} = 2.01$, $SD = 1.09$), ($\bar{X} = 2.05$, $SD = 0.94$), ($\bar{X} = 2.08$, $SD = 0.81$) และ ($\bar{X} = 2.52$, $SD = 1.16$) ตามลำดับ อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ถึงร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่ ทำสวนยางพารา และสวนปาล์มน้ำมันซึ่งลักษณะของงานไม่ถูกจำกัดเรื่องเวลา สามารถทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพได้ทั้งวัน ส่วนด้านเศรษฐกิจนั้นความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างไม่เดือนร้อนเนื่องจากค่าครองชีพไม่สูงเหมือนในเมืองใหญ่ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย และการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักก็ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สามารถทำได้ในขณะทำงาน และในบริเวณบ้าน ส่วนด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพียงภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ยังสามารถทำงานได้ อาจมีอาการหัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย เห็นอ้อยล้า ไม่มีแรง บ้างแต่เป็นส่วนน้อย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ซึ่งพบว่าอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของพยาบาลที่ชัดเจนที่สุด คืออุปสรรคด้านเวลา โดยเฉพาะเวลาที่ใช้ในการทำงานที่ต้องมีการผลัดเปลี่ยนตารางเวลาการทำงานซึ่งไม่ตรงกับเวลาของบุคคลที่ทำงานปกติ จึงมีผลต่อการจัดสรรเวลาในการออกกำลังกาย ไม่สามารถออกกำลังกายได้เท่าที่ควร ถึงแม้จะมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงก็ตาม

2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภค และกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.77$)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Onchim (1999) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตากสินและโรงพยาบาลวชิระมีคะแนนอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งพบว่าผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของดร.ณิ คลรัตน์ภัทร (2545) ที่พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดเชียงใหม่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับสูง

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวรายด้านพบว่า ทั้งด้านพฤติกรรมด้านการบริโภค และด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, $SD = 0.79$) และ ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.88$) ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องของอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว และวัฒนธรรมการบริโภคของชาวไทย ก็มีส่วนในการทำให้พฤติกรรมบริโภคส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก เช่น นิสัยการรับประทานผักที่มีกากใย การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลมพบว่ามีความอยู่ในระดับดี จึงเป็นพฤติกรรมที่ง่ายต่อการปฏิบัติและในด้านกิจกรรมทางกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักรวมทั้งที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดีเช่นกัน

2.4 ปัจจัยด้านความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.74$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรู้สึกหรืออารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.69$) และ ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.99$) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เคยปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักแล้วเกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบใกล้เคียงกัน จึงเป็นผลให้มีคะแนนด้านความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับดี ในความรู้สึกด้านบวกพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยประสบกับความรู้สึกดีเมื่อได้ออกกำลังกายหรือรู้สึกดีเมื่อควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ แต่ในด้านลบก็พบว่าการควบคุมน้ำหนักไม่สำเร็จทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และเบื่อหน่าย ประกอบกับอุปสรรคในด้านภาวะสุขภาพทำให้มีกิจกรรมทางกายไม่ได้ หรืออุปสรรคด้านเวลาที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เกิดความขัดแย้งด้านจิตใจเนื่องจากมีความรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่แตกต่างกับการศึกษาของ สุภา อินทร (2546) ซึ่งพบว่าความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2.5 ปัจจัยด้านอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.69$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุภา อินทร (2546) ซึ่งพบว่าอิทธิพลของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านบรรทัดฐานทางสังคมและด้านการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนในระดับสูง ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.82$) และ ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.87$) ตามลำดับ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจึงมีความสนใจในเรื่องที่มีผลต่อสภาวะที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการคาดหวังให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมน้ำหนักตัวได้ การจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้รวมทั้งการให้กำลังใจ แต่ในด้านการเป็นแบบอย่างนั้นพบว่ามีความเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 1.13$) อาจเนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมักมีปัญหาด้านภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งมีบทบาทในด้านการเตรียมและจัดหาอาหารให้สมาชิกในครอบครัวบริโภค จึงดูเหมือนว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นแบบอย่างให้บุคคลในครอบครัวเสียมากกว่า จากการศึกษาพบว่าครอบครัวของชาวใต้ส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารมือเย็นพร้อมกันทั้งครอบครัว โดยการรับประทานอาหารใช้วิธีนั่งร่วมวงรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นโอกาสที่สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมพูดคุยสนทนาวิสาสะกันอย่างเต็มที่ มีเรื่องสำคัญอันใดก็นำมาปรึกษาหารือกัน (ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้, 2534) จึงมีผลทำให้รับประทานมาก และควบคุมปริมาณได้ยาก ดังนั้นอิทธิพลของครอบครัวในด้านการเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักจึงไม่ชัดเจน

2.6 ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ ด้านทางเลือกที่เหมาะสม ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.69$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทางเลือกที่เหมาะสม และด้านคุณลักษณะที่ต้องการมีคะแนนในระดับสูง ($\bar{X} = 3.69, SD = 0.75$) และ ($\bar{X} = 3.66, SD = 0.78$) ตามลำดับ เนื่องจากในปัจจุบัน ด้านทางเลือกที่เหมาะสม ได้มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการเสนอทางเลือกได้หลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นด้านการรณรงค์โดยใช้สื่อหลากหลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล การสอนรายกลุ่ม การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุ เสียงตามสาย โทรทัศน์ วีดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ เป็นต้น ส่วนด้านคุณลักษณะที่ต้องการนั้น พบว่าในปัจจุบันมีตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตามได้มากมาย ทั้งที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ และบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคม ต่างก็มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น แต่ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41, SD = 0.93$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสังคมเกษตรกรรม สามารถหาสถานที่ออกกำลังกายได้ง่ายกว่าสังคมเมืองจึงทำให้แตกต่างกับการศึกษาของ สรรรัตน์ พลอินทร์ (2542) ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น สนามกีฬา และความสะดวกในการใช้สถานที่เล่นกีฬา

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .22$) ผลการวิจัยสอดคล้องตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งอธิบายไว้ว่า การที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมมักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรม ทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม โดยผ่านพันธสัญญาที่วางแผนไว้ จะเข้าสู่การกระทำพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Thongpila (1998) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ของประเทศไทย

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา การรับรู้อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ การรับรู้อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก และการรับรู้อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติดีและอุปสรรคสูง การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ในขณะที่เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติสูงและมีอุปสรรคต่ำ การปฏิบัติก็จะเกิดขึ้นได้มากกว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมคือ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต้องหยุดชะงักและมีผลโดยอ้อมคือ ทำให้บุคคลลดข้อผูกมัดในแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender et al, 2006) การศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับ Thongpila (1998) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา คำสม (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ยิ่งการรับรู้อุปสรรคมีระดับสูง ยิ่งจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวในระดับต่ำ และจากงานวิจัยของ ครุณี ดลรัตนภัทร (2545) พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยภาพรวมอยู่ใน

ระดับพอใช้ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 และเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย

3.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ ด้านพฤติกรรมด้านการบริโภค และด้านกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .81$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครได้ (ทาริกา คำสม, 2547) และจากงานวิจัยของ ทับทิม ปัดตะพงส์ (2545) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลาง ยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางได้และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenkitkarn (1999) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลราชบุรี และ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Linde (2006) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 3 ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย

3.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .75$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะปี 2002 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึนึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกัน ถ้าเป็นความรู้สึนึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว การศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สดุดี ภูห่องไสย (2541) ที่พบว่าความรู้สึนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กาญจนรัตน์ เอี่ยมสะอาด (2546) ที่พบว่าความสนุกสนานในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 ที่ว่า ความรู้สึนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย

3.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ ด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นแบบอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .26$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล คือความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้

อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยผ่านการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลประโยชน์โดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่นเดียวกับอิทธิพลทางอ้อม โดยผ่านความกดดันทางสังคม หรือการกระตุ้นให้มีพันธะสัญญา เพื่อวางแผนการกระทำ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ สตรีลรัตน์ พลอินทร์ (2542) ที่พบว่าการเล่นกีฬาของสมาชิกในครอบครัวและการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยนักศึกษาที่มีสมาชิกในครอบครัวเล่นกีฬาจะมีอิทธิพลต่อการหลอมความคิดและพฤติกรรม และในส่วนของ การสนับสนุนของครอบครัวและบุคคลรอบข้างมีส่วนส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ จงรักษ์ รอดเกษม (2544) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคลากรทางสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคลากรทางสุขภาพได้ ร้อยละ 8.8 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (2006) ที่พบว่าผู้หญิงสูงอายุในชนบทของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุ 50-69 ปี มีปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคและการออกกำลังกาย คืออิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 5 ที่ว่า อิทธิพลของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย

3.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ ด้านทางเลือกที่เหมาะสม ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ และด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .36$) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) ที่อธิบายว่า บุคคลรับรู้ต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องความสวยงามของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติพฤติกรรม จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม แต่

ในทางกลับกัน การที่บุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่จำกัด ไม่เอื้ออำนวย ไม่สะดวก ส่งผลให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในการกระทำพฤติกรรมขาดแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ อารมณ์ ข่าวดสาร ความรักและการเอาใจใส่ ที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้ยากหรือไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองนั้นล้มเหลว ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเกี่ยวกับอิทธิพลด้านสถานการณ์กับการบริโภคว่าการประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับการลดน้ำหนักโดยผ่านสื่อต่าง ๆ หรือเมื่อบุคคลลากรทางสุขภาพแนะนำข้อดีของการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดูแลสุขภาพบ้างแต่ไม่ได้มากจากเดิม ส่วนด้านกิจกรรมทางกายนั้นส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเมื่อมีสมาชิกรวมกลุ่มเพื่อต้องการควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน หรือมีสถานที่ที่มีอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้เกิดความรู้สึกอยากออกกำลังกายมากขึ้นจากเดิมซึ่งก็มีกิจกรรมทางกายจากงานอาชีพอยู่แล้ว การศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูเรศ ไสสีสุข (2543) ซึ่งพบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ้ม (2541) พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย อย่างไรก็ตามผลการศึกษารุ่นนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุภา อินทร (2546) ที่พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ อาจเป็นเพราะบริบทของกลุ่มตัวอย่างต่างกันและสิ่งแวดล้อมต่างกัน

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำไปใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมในการควบคุมน้ำหนักตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยต้องตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยคัดสรรทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวคือ

1. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ควรมีการประเมินด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรม หากพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ต่ำ ควรจัดการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าว โดยการสอนควรพิจารณาด้านการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพราะการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการรับรู้ประโยชน์ในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวจะเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมทั้งด้านการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพื่อเกิดผลดีต่อภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่

2. ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวควรมีการประเมินอุปสรรคของการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรม หากพบว่าอุปสรรคของผู้ป่วยสามารถกำจัดหรือแก้ไขได้ เช่น อุปสรรคด้านเวลา สถานที่ ระยะทางของสถานที่ออกกำลังกาย การขาดการสนับสนุนของครอบครัวหรือสังคม พยาบาลหรือทีมสุขภาพสามารถแก้ไขโดยจัดโปรแกรมให้สอดคล้องกับกลุ่มของผู้เข้าร่วมโปรแกรม และให้มีความยืดหยุ่น อาจจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มเล็ก ๆ โดยผู้เข้าร่วมมีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุด สถานที่จัดโปรแกรมต้องอยู่ใกล้บ้าน เป็นเวลาที่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว โดยทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การสนับสนุนในการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งมีการให้ความรู้ถึงคุณและโทษของอาหารที่รับประทานเพื่อลดอุปสรรคด้านชนิดของอาหาร

3. ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ควรมีการส่งเสริมทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมบริโภคและด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรมีการประสานทักษะของ

การสอน การให้คำปรึกษา รวมทั้งการเป็นแบบอย่าง โดยเริ่มจากมีการประเมินสมรรถนะแห่งตน ในการควบคุมน้ำหนักตัว จากนั้นมีการกระตุ้นและให้กำลังใจในการพยายามปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักตัว เมื่อสำเร็จในระดับหนึ่ง ควรให้กำลังใจและกล่าวคำชื่นชม อาจใช้วิธีการให้เห็นตัวอย่างจากผู้อื่น

4. ด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว พยาบาลหรือนุคลากรทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีอารมณ์ทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว มีการสื่อสารหรือชักจูงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ มีการรับรู้ความสามารถและศักยภาพของตนเอง โดยระดับของการกระตุ้นควรสม่ำเสมอตลอดกระบวนการควบคุมน้ำหนักตัว

5. ด้านอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ควรมีการประเมินอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หากพบว่ามีระดับต่ำ ควรจัดกิจกรรมที่ให้สมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวต่อโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการบริโภค เช่น คุณและโทษของอาหารที่รับประทาน และกิจกรรมทางกาย เช่น การเผาผลาญพลังงานในกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรับทราบเข้าใจและพร้อมจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

6. ด้านอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว พยาบาลหรือนุคลากรทีมสุขภาพควรมีการให้ความรู้ผ่านสื่อให้หลากหลายแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเน้นเรื่องประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวต่อโรคความดันโลหิตสูง มีการใช้ตัวแบบ คือให้เห็นตัวอย่างจากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักตัว มีการจัดกิจกรรมร่วมกันกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำกิจกรรมควบคุมน้ำหนักตัวร่วมกันโดยจัดในกลุ่มที่คล้ายกันมากที่สุด เช่น กิจกรรมโยคะรับอรุณ กิจกรรมเมนูอาหารสุขภาพ กิจกรรมขยับกายสบายชีวี กิจกรรมเผาผลาญแคลอรีในกิจวัตรประจำวัน

จะเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการบริโภคและด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม กระทำได้ โดยนำปัจจัยคัดสรรที่ได้กล่าวมาข้างต้นมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมผสมผสานกับการใช้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการสอนและการให้ความรู้ ด้านการเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักให้ได้อย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยการสร้างและใช้โปรแกรมส่งเสริมและควบคุมภาวนาให้นักเกินมาตรฐานแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำปัจจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกดีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. 2541. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2548. ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2548-2549. กรุงเทพมหานคร: อัลฟา รีเสิร์ช.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สถานะสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- จันทนา รณฤทธิชัย. 2542. พยาธิสรีรภาพของการไหลเวียนเลือด. ใน ลิขวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และพัสมรภ์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จิตอาวี ศรีอาคะ. 2543. การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คลรตันภัทร. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทับทิม ปัตตะพงษ์. 2545. ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทาริกา คำสม. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2545. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชิตา ชัยอำนาจ. 2545. แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คอนฟอร์ม.

- พิกุล บุญช่วง. 2539. ความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต ปัญหาและการพยาบาล. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พึงใจ งามอุโฆษ. 2541. ความดันโลหิตสูง. ในวิชา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุลและคณะ. 2543. หลักการทำให้วิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี. 2542. อาหารกับ: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสวรรณ, พรรณวดี พุชวัฒน์, และ รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2543. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สยามการพิมพ์.
- ยุวเรศ ไสสีสูบ. 2543. การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวิชา หงส์โรจนภาคย์. 2545. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำตาลเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิรา ดวงสงค์. 2544. ผลของการประยุกต์โปรแกรม“take PPIDE”ในโครงการควบคุมน้ำหนักในเขตเทศบาลเมืองนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย ต้นไพจิตร, ปรีชา ลีพกุล. 2541. ภาวะความผิดปกติของโปรตีนและพลังงาน. ใน ธรรมนูญประวัตติ, ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์และเขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม (บรรณาธิการ.), แผนกกายวิภาคศาสตร์ (หน้า 700 - 709). กรุงเทพมหานคร: พีเออีฟวิง.
- วิชัย ต้นไพจิตร, ปรีชา ลีพกุลและรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา. 2544. การตรวจคัดกรองโรคอ้วนและภาวะโภชนาการในผู้ใหญ่. คลินิกเวชปฏิบัติเวชนิทัศน์ 196, 292-304.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. 2543. โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและการพยาบาล. ใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. (หน้า 135 - 184). สงขลา: ชานเมือง.

วิณะ วีระไวทยะ. 2535. การเลือกอาหารบริโภคในชีวิตประจำวันของคนไทย. โภชนาการสาร
26 (1,2): 82-90.

เสวต นนทกานันท์. 2538. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง. ใน ฉายศรี สุพรศิลป์ชัยและ
ศุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษา
ภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ท).

ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้. 2534. รายงานการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง พัฒนาการทางวัฒนธรรม:
กรณีศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

สง่า ดามาพงษ์. 2543. ก้าวสู่สังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการดี. วารสารโภชนาการสาร
26 (1,2): 39-45

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2544. ยาเม็ดลดความดันโลหิต. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ),
คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม: คัดค้านค้นหาซื้อยา พ.ศ. 2544. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สจตุรี ภูห้อยไสย. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนปลายอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
อนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

สร้อยรัตน์ พลอินทร์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อม
ของวิทยาลัยกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริวรรณ สุขนิคม. 2549. กินลดความดัน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ก.พล (1996) จำกัด.

สุชาดา มะโนทัย. 2541. โรคอ้วน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 12(1): 56-61.

สุพรชัย กองพัฒนากุล. 2542. เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนปัจจัยด้าน
พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุภา อินทร. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่
วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี ด่านธำรงกุล. 2543. การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.

ใน สาลิกา เมธนาวิน, และสุภาวดี ด่านธำรงกุล (บรรณาธิการ.), คู่มือการเรียนรู้ด้วย
ตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ลดาวัลย์ พรินท์ติ้ง.

- สุกัลกษณ์ บุญความดี. 2541. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี หล่อรักษาเศรษฐ. 2549. ลดความดัน 2: อยู่อย่างไรไม่ให้ความดันสูง. กรุงเทพมหานคร: ก.พล (1996).
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, นันทวัน สุวรรณรูป. 2547. การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของ แบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ-II ฉบับภาษาไทย. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 19 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2547): 44-63.
- อารยา ตามภานนท์. 2542. ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาล นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Alexander, E.A., Shimp, L. A., Smith, M. A. 2000. Obesity and eating disorder. In M. A. Smith & L. A. Shimp (Eds.), Woman's health care (pp. 161-19). New York: McGraw-Hill.
- Arakawa K. 1983. Antihypertensive mechanism of exercise. The Journal of Hypertension 11, 223-229.
- Bandura, A. 1997. The nature and structure of self-efficacy, sources of self-efficacy. In A. Bandura, Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.
- Bengtson, A. R. 2003. The Nurses's Role and Skills in Hypertension Care: A Review. Clinical Nurse Specialist 17 (5): 260-268.
- Black, H. R., Bakris, G. L., & Elliott, W. J. 2001. Systemic arterial hypertension. In V. Fuster, R. W. Alexander, & R.A. O'Rourke (Eds.), The heart: Volume 2. 10th ed. St. Louis: McGraw-Hill.
- Bolander, V. B. 2002. Communication: A cornerstone in health promotion. In J. A. Maville & C. G. Huerta (Eds.), Health promotion in nursing. New York: Delmar.
- Blamlage, P. 2004. Hypertension in overweight and obese primary care patients is highly prevalent and poorly controlled. The American Journal of Hypertension 17(10): 904-1000.
- Byrne, D. 2003. The EU and the obesity epidermis. Europe health 1(9): 16-20.

- Cappuccio, F. P., Siani, A., & Strazzullo, P. 1989. Oral calcium supplementation and blood pressure: an overview of randomized controlled trials. The Journal of Hypertension 7, 941-946.
- Catoldo, C. B., Brunye, L. K., & Whitney, E. N. 1999. Nutrition and diet therapy. Belmont: West/Wads Worth.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2006. Hypertension-Related Mortality Among Hispanic Subpopulations United States, 1995-2002. MMWR February 24, 55(07): 177-180.
- Chaweewan Jitsacorn. 2000. Perceive benefits and barriers to exercise behavior in coronary artery disease patients. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies. Mahidol University.
- Christensen, B., & Kockrow, E. 1995. Case of the patient with a blood or lymphatic disorder. In B. Christensen & E. Kockrow (Eds.), Foundations of nursing. 2nd ed. St.Louis: Mosby.
- DeFronzo, R. A. 1981. Insulin and renal sodium handling: clinical implications. International Journal of obesity 5(Suppl), 93-104.
- Dickens, C. 1988. The heart: Preventing cardiovascular disease. In G. Edlin & E. Golanty (Eds.), Health & Wellness: A holistic approach. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Dunton, G. F., Schneider, M. 2006. Perceived barriers to walking for physical activity. Prevention Chronic Disease. Oct; 3 (4): A116. Epub 2006 Sep 15.
- Fagard, R., Bielen, E., & Hespel, P. 1990. Physical exercise in hypertension. In Brenner, B., Largh, J. (Eds.), Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management. New York: Raven Press.
- Fetzer, S. J. 2001. Blood pressure. In P. A. Potter & A. G. Perry, Fundamentals of nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Fields L. E., Burt V. L, Cutler J. A., Hughes J., Roccella E. J., Sorlie, P. 2004. The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000:a rising tide. Hypertension 44(4): 398-404.
- Fox, S. I. 1999. Cardiac out put, blood flow, and blood pressure. In S. I. Fow (Ed.), Human Physiology. 6th ed. Boston: McGraw – Hill.

- Franz, I. W., et al. 2002. Blood coagulation in normotensives and hypertensive in relation to their body mass index. Dutsch Medicine Wochenschr 127(45): 2374-8.
- Frisancho, A. R., & Flegel, P. N. 1982. Relative merits of old and new indices of body mass with reference to skinfold thickness. The American Journal of Clinical Nutrition 36, 697-699.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. 1996. Psychiatry and medicine. In M., Gelder, D., Gath, R., Mayou, & P. Cowen (Eds.), Oxford textbook of psychiatry. 3rd ed. Oxford: Oxford University.
- Grodner, M., Anderson, S. L., & De Young. 2000. Foundations and clinical application of nutrition: A nursing approach. Philadelphia: Mosby.
- Groer, M. W. 2001. Behavioral processes in human illness states, hypertension. In M. W. Groer, Advanced path physiology application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott.
- Hanzen, M. 1998. Disorder of the circulation. In M. Hansen, Path physiology foundation of disease and clinical intervention. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Havlik, R. J., Hubert, H. B., Fabxitz, R. R., & Feinleib, M. 1983. Weight and hypertension. American international of Medicine 98, 855-859.
- Heshka, S., Bulh, K., & Heymsfield, S. B. 1994. Obesity: Clinical Evaluation of Body Composition and Energy Expenditure. In G.L. Blac kburn & B. S. Kander(Eds), Obesity:Pathophysiology Psychology and treatment. New York: Chapman& Hall.
- Joint National Committee. 1997. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure. Archive Internal Medicine 157, 2413-2466.
- Joint National Committee. 2003. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension42:1206
- Kanjanarat lamsa-Ard. 2003. Factor related to Physical activity behavior of Phichit Health promotion Hospital target population based on behavioral ecological model. M.S. (Public Health) Thesis. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Kaplan, N.M. 1991. Long-term effectiveness of nonpharmacological treatment of hypertension. Hypertension 18 (suppl I): I-153-I-160.

- Kaplan, N. M. 1998. Hypertension in the population all large, treatment of hypertension non drug therapy. In N. M. Kaplan, Clinical hypertension. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Kawasaki, T., Delea, C. S., Bartter, F. C., & Smith, H. 1978. The effect of high sodium and low-sodium intakes on blood pressure and other related variables in human subjects with idiopathic hypertension. The American Journal of Medicine 64, 193-198.
- Kotcharin, S. 2001. The effectiveness of a self-care participation promotion program on perceived self-care efficacy, well-being, and disease control in essential hypertensive patients. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies. Mahidol University.
- Kotchen, T. A., & Kotchen, J. A. 1999. Lifestyle modifications. In J. L. Izzo & H. R. Black (Eds.), Hypertension Primer: The essentials of high blood pressure. 2nd ed. Dallas: American Heart Association.
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., Jeffery, R. W. 2006. The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. Health Psychol May 25(3): 282-91.
- Linden, W., Joint National Committee. 1997. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Archive Internal Medicine 157 (24): 2413-2440.
- Linden, W., Lenz, J. W., & Con, A. H. 2001. Individualized stress management for primary hypertension. Archive Internal Medicine 161 (23): 1071-1080.
- Maban, L. K., & Escott-stump, S. 1996. Food, nutrition, & diet therapy. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Macmahon, S.W., Wilcken, D. E. L., & Macdonald, G. J. 1986. The effect of weight reduction of left ventricular mass: a randomized controlled trial in young, overweihgt hypertensive patients. New England Journal of Medicine 314, 334-339.
- Mannix, E. T., Dempsey, J. M., Engel, R. J., Schneider, B., & Busk, M. F. 1999. The role of physical activity, exercise, and nutrition in the treatment of obesity. In D.J. Goldstein (Ed.), The management of eating disorders and obesity (pp. 155- 172). New Jersey, New York: Humana.
- Mansfield, J., & Daley, K. 2000. Hypertensive emergencies. American Journal of Nursing 8, 20-23.

- Maxwell, M. H. & Waks, A. U. 1987. Obesity and hypertension. In: Non-pharmacologic therapy of hypertension. In Kellermann J. J., & Hashomer, (Ed.). Switzerland: Effingerhof AG, 29-39.
- McAuley, E., & Coumeya, K. S. 1992. Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to Exercise. Journal of Applied Social Psychology 22, 312-326.
- McCarron, D. A., & Reusser, M. E. 1996. Body weight and blood pressure regulation. American Journal of Clinical Nutrition 63 (suppl 3): 4238-4258
- Mc Mahon, F. B., & Mc Mahon, J. W. 1986. Psychology : The Hybrid science. 5th ed. Chicago: The Dorsey Press.
- Messerli, F. H., Christie, B., DeCarvalho, J. G. R., & et al. 1981. Obesity and essential hypertension: hemodynamics, intravascular volume, sodium excretion, and plasma renin activity. Archive Internal Medicine 141, 81-85.
- Monahan, F. D., & Neighbors, M. 1998. Cardiovascular dysfunction. In F. D. Monahan & M. Neighbors, Medical-surgical nursing foundations for clinical practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Myslinski W., et al. 2002. The combined effect of systemic hypertension and obesity on biventricular diastolic function. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska [med] 57(2): 431-6.
- National Research Council: Diets and Health. 1989. Implications for reducing chronic diseases risk. Washington DC, National Academy Press.
- Nutnicha Pothikanun. 1999. Perceived benefits and barriers of health-promoting behaviors in nutrition of coronary heart disease patients. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies. Mahidol University.
- National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases of the National Institutes of Health. Obesity: Physical activity and Weight control glossary [Online]. National Institutes of Health [producer], 2004. Available from:
[http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/glossary/MthruZ.htm#\[2004,May 19\]](http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/glossary/MthruZ.htm#[2004,May 19])
- National Institutes of Health. 1998. Clinical Guidelines of the Identification, and treatment of Overweight and Obesity in Adult. NIH Publication No.98-4083 September.
- Olson, J. P., & Warren, D. 2000. Hypertension and ischemic heart disease. In M. A. Smith & L. A. Shimp (Eds.), Woman's health care. New York: McGraw-Hill.

- Palmieri V., et al. 2001. Relation of various degrees of body mass index in patients with systemic hypertension to left ventricular mass, cardiac output, and peripheral resistance (The Hypertension Genetic Epidemiology Network Study). American Journal Cardiology 88(10): 1163-8.
- Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. 2002. Health promotion in nursing practice. 4th ed. United States of America: Appleton and Lange.
- Pender, N.J. Murdaugh, C., & Parsons, M.A. 2002. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River
- Pender, N. J., Bar - Or, O., Wilk, B., & Mitchell, S. 2002. Self – efficacy and perceived exertion of girls during exercise. Nursing Research 51(2): 86 - 91.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. 2006. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health, Inc.
- Pescatello, L. S., Fargo, A. E., Leach, C. N. Jr., & Scherzer, H.H. 1991. Short term effect of dynamic exercise on arterial blood pressure. Circulation 83, 1557-1561.
- Polit, F. D., & Hungler, P. B. 1999. Sampling designs, assessing data quality. In F.D. Polit & P. B. Hungler (Eds.), Nursing research principle and methods. 6th ed.. Philadelphia: Lippincott.
- Porth, C. M. 1998. Alteration in blood pressure: Hypertension and orthostatic hypotension. In C. M. Porth (Eds.), Pathophysiology : Concepts of altered health states. 5th ed.. Philadelphia: Lippincott.
- Pranee Thongpila. 1998. A study of health promoting behaviors in the elderly with hypertension. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies Mahidol University.
- Ravussin, E., & Swinburn, B. A. 1996. Energy metabolism. In A.J. Stunkard (Ed.), Obesity theory and therapy (pp.97-124). New York: Lippincott-Raven.
- Resnick, P. A. 2001. Testing a model of exercise behavior in older adult. Research in Nursing & Health 24, 83-92.
- Sabal, J., & Maurer, D. 1999. Weighty issues. New York: Aldine DeGruyter.

- Sarafino, P. E. 1997. Health psychology: Biopsychosocial interaction. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Seo, HM., Hah, Ys. 2004. A study of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly application of Pender's health promotion model. Taehan Kanho Hakhoe Chi Dec 34(7): 1288-97.
- Siriluk Ouppavanich. 1996. Survey of nutrition status and factors related to nutritional status among Primary school children in Sukhothai province. M.Sc Chulalongkorn University.
- Soubhi H., Potvin L., & Paradis G. 2004. Family process and parent's leisure time physical activity. American Journal of Health Behavior 28(3): 218-30
- Sowers, J. R. 1987. Hypertension in the elderly. The American Journal of Medicine 82: 1-8.
- Swales, J. D. 1995. Epidemiology of blood pressure. In J. D. Swales (Ed.), Manual of hypertension. London: Blackwell Science.
- Tan, D., Zwar, N. A., Dennis, S. M., Vagholkar, S. 2006. Weight management in general practice: what do patients want?. Medicine Journal of Australia Jul 17; 185(2):73-5
- Thorndike, R. M. 1978. Co relational procedures for research. New York: Garder.
- Varaporn Totermuck. 2000. The study of perceived benefits and situational influences to exercise behavior in the elderly with diabetes mellitus. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies Mahidol University.
- Vishuda Charoenkitkarn. 1999. The study or perceived self-efficacy and interpersonal influences to exercise behavior in the elderly with essential hypertension. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies Mahidol University.
- Walker, S. N., Pullen, C. H., Hertaog, M., Boedkner, L., Hageman, P. A. 2006. Determinants of older rural women's activity and eating. Western Journal of Nursing Research Jun 28(4):449-68; discussion 469-74
- Wardlaw, G. M. 2002. Contemporary nutrition issue and insights. St. Louis: McGraw-Hill.
- White, N. E., Richter, J. M., Fry, C. 1992. Coping, social support, and adaptation to chronic illness. Western Journal of Nursing Research 14(2): 211-224.
- Wilaiporn Onchim. 1999. A study of self-efficacy and self-care behavior of hypertensive patients. The degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies Mahidol University.

- Wilcox, S., Der Ananian, C., Abbott, J., Vrazel, J., Ramsey, C., Sharpe, P. A., Brady, T. 2006. Perceived exercise barriers, enablers, and benefits among exercising and non exercising adults with arthritis: results from a qualitative study. Arthritis Rheumatoid Aug 15, 55(4): 616-27.
- Williams, B. R., Bezner, J., Chesbro, S. B., Leavitt, R. 2006. The effect of a walking program on perceived benefits and barriers to exercise in postmenopausal African American women. The Journal of Geriatric Physical Therapy 29(2): 43-9.
- Wing, R. R., & Klem, K. L. 1997. Weight gain in black and white US women age 30-35 y. American Journal Clinical Nutrition 53, 1515s-1518s.
- Wittemen, J. C., Willett, W. C., Stampfer, M. J., & et al. 1989. A prospective study of nutritional factors and hypertension among US women. Circulation 80: 1320-1327.
- World Health Organization-International Society of Hypertension. 1999. World health organization-International society of hypertension guidelines for the management of hypertension. Journal of Hypertension 17, 151-183.
- World Health Organization. 2000. The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and Its treatment. Knoll Pharmaceutical and steering committee.
- World Hypertension League. 1991. Physical exercise in the management of hypertension. Journal of Hypertension 9: 223-228.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ	อาจารย์สังกัดภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผศ.ดร.สุนันท์ สลโกสุม ดร.วณิชา กิจวรพัฒน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒวิทยาเขตประสานมิตร ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวภัทรพร เขียวหวาน	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และหากผู้วิจัยตรวจพบความผิดปกติที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจะมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และหากตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะแนะนำให้พบแพทย์ต่อไป

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(นางธนธรณ์ เก็บไว้)

ผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
ชื่อผู้วิจัย	นางธนธรณ์ เก็บไว้ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลปะทิว อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077-591028 ต่อ113
โทรศัพท์เคลื่อนที่	01-8911809

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2. เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

3. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยครั้งนี้ คือ

- การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มจังหวัดในภาคใต้ตอนบน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบไม่แทนที่ได้ 1 จังหวัด จาก 7 จังหวัด (กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี) ขั้นตอนที่ 2 สุ่มจังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่แทนที่ได้ 1 จังหวัดจาก 7 จังหวัด (ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ขั้นตอนที่ 3 สุ่มโรงพยาบาลชุมชนจากแต่ละจังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่แทนที่ได้จังหวัดละ 3 โรงพยาบาล รวมเป็น 6 โรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน โดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง โดยคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 20 คน ในแต่ละโรงพยาบาล จะได้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งสิ้น 120 คน

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 8 ตอน คาดว่าจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 1 ชั่วโมง

- ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามและการตรวจร่างกาย โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด และหากพบว่าน้ำหนักเกินมาตรฐานจนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจะมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมน้ำหนักตัว หากพบภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะ แนะนำให้พบแพทย์ต่อไป

5. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เข้าร่วมการวิจัย

6. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

เลขที่ใบรับรอง 018/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS IN BODYWEIGHT CONTROL OF HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OVERWEIGHT

ผู้วิจัยหลัก : นางธนรณห์ เกือบไว้
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

ขอนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....

.....

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริดา ทิสนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล)

รับรองวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

- คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มี 8 ตอน ประกอบด้วย
- ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 5** แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 6** แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 7** แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
- ตอนที่ 8** แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง
ของตัวท่าน

1. อายุ.....ปี (เต็ม)
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า
 แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมต้น, ปวช.
 มัธยมปลาย, ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท
 10,001 – 15,000 บาท 15,001 – 20,000 บาท
 มากกว่า 20,000 บาท
6. อาชีพ รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย
 พนักงานบริษัท รับราชการ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
8. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้			
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น	ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น	ตรงกับความคิดเห็น ของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น	ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

การที่ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้นั้นมีประโยชน์ต่อตัวท่านอย่างไร

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย
1	ทำให้มีรูปร่างได้สัดส่วน บุคลิกภาพดี					
2	ช่วยให้ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตราย ของโรค ความดันโลหิตสูง					
3	ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพ					
	.					
	.					
	.					
7	ทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นมากขึ้น					
8	ทำให้กล้าออกสังคมได้มากขึ้น					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้		
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครั้งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เหตุผลที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมน้ำหนักตัวข้อใดตรงกับความเห็นของท่าน

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1	การควบคุมน้ำหนักตัวโดยการเตรียมอาหารเพื่อรับประทานเองเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา					
2	การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เสียเวลาในการทำงานเพื่อหารายได้					
	.					
	.					
18	อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักมีรสชาติไม่อร่อย					
19	การควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเวลาไปงานเลี้ยงไม่ได้เนื่องจากรสชาติอร่อย					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของท่านในการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณารายการแต่ละข้อว่าท่านมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการควบคุมน้ำหนักตัวของท่านอยู่ในระดับใด และให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

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

ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้

ลำดับ	รายการ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1	รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว มะเขือเทศ					
2	หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ และ/หรือ ขนมหวานที่ให้พลังงานสูง เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ลำไย ลิ้นจี่ ละมุด องุ่น ทองหยิบ ฝอยทอง สังขยา ขนมน้ำเชื่อมต่าง ๆ					
	.					
	.					
	.					
17	ออกกำลังกายหลังเลิกงาน					
18	ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงความรู้สึกนึกคิดของท่านที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้		
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการควบคุมน้ำหนักตัว

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1	รู้สึกชื่นชอบการควบคุมน้ำหนักตัว					
2	รู้สึกเพลินเพลินใจเมื่อได้ออกกำลังกาย					
	.					
	.					
	.					
9	หลังออกกำลังกายแล้วรู้สึกเหนื่อยหน่าย					
10	รู้สึกอารมณ์ไม่ดีเมื่อนึกถึงการออกกำลังกาย					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
 วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงอิทธิพลของครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง สามีน ภรรยา บุตร)ที่มีต่อ
 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้		
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดเห็น ของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

บุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง สามีน ภรรยา บุตร) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักตัว
 ของท่านอย่างไร

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วย มาก ที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย
1	คาดหวังให้ฉันควบคุมน้ำหนักตัว					
2	เชื่อว่าการควบคุมน้ำหนักตัวเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์ต่อฉัน					
8	มีการควบคุมน้ำหนักตัวไปด้วยพร้อม ๆ กับ ฉัน					
9	ฉันเรียนรู้วิธีการควบคุมน้ำหนักตัวจากบุคคล ในครอบครัว					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม
น้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึงอิทธิพลด้านสถานการณ์ ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
ของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้		
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น ของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ท่านต้องการ ควบคุมน้ำหนักตัวเมื่อมีสถานการณ์ดังนี้

ลำดับ	รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1	ได้รับรู้การประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับการลดน้ำหนักโดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หรือหนังสือพิมพ์					
2	อยู่ในสถานการณ์ที่จำเป็น เช่น ต้องออกงาน สังคม					
7	มีสถานที่ที่มีอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายในการควบคุมน้ำหนักตัว					
8.	เมื่อมีสมาชิกรวมกลุ่มเพื่อต้องการควบคุมน้ำหนักตัวเช่นกัน					

ตอนที่ 8 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว
วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามถึง พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัวของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณารายการแต่ละข้อว่าท่านมีพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ใน
ระดับใด และให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 5 - 6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
พอประมาณ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ท่านปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างไร

ลำดับ	รายการ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	พอ ประมาณ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	รับประทานผักที่มีกากใย เช่นผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว มะเขือเทศ					
2	รับประทานผลไม้ และ/หรือ ขนมหวานที่ให้ พลังงานสูง เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลำไย ลิ้นจี่ ละมุด องุ่น ทองหยิบ ฝอยทอง สังขยา ขนม น้ำเชื่อมต่าง ๆ					
					
17	ออกกำลังกายหลังเลิกงาน					
18	ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย					



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 1711



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยุทิศ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร

เนื่องด้วย นางธนธรณ์ เก็บไว้ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน" โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือคั่นนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมาบตาบุดุต โรงพยาบาลท่าแซะ และ โรงพยาบาลสวี จำนวนแห่งละ 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามความรู้นักศึกษาที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางธนธรณ์ เก็บไว้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกุศล)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมาบตาบุดุต ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าแซะ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ผู้นิสิต

นางธนธรณ์ เก็บไว้ โทร. 0-1891-1809

ที่ ศบ 0512.11/ 1770



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/0 สิงหาคม 2549


เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะทิว

เนื่องด้วย นางชนธรม์ เก็บไว้ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน" โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามความรู้นักศึกษาคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางชนธรม์ เก็บไว้ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางชนธรม์ เก็บไว้ โทร. 0-1891-1809

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธนรณม์ เก็บไว้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกัททรพร เขียวหวาน พยาบาลประจำการหรือผู้ช่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวกัททรพร เขียวหวาน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางธนรณม์ เก็บไว้ โทร. 0-1891-1809

ที่ ศท 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โกรงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธนธรม์ เก็บไว้ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยซื่อ อาจารย์สังกัดภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยซื่อ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางธนธรม์ เก็บไว้ โทร. 0-1891-1809

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เนื่องด้วย นางธนธรรณ์ เกื้อไว้ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร” ของทาริกา คำสม (2547)
2. แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์” ของสุภา อินทร (2546)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นางธนธรรณ์ เกื้อไว้)

นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ทาริกา คำสม และสุภา อินทร

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชนธรรณ์ เก็บไว้ เกิดวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2512 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2535 จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ เข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปะทิว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) Flexible Learning คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2546



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย