



รายงานการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชาญณรงค์ ยะคะเสม

ส.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองเป็นเวลา 4 เดือน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 ราย ได้รับการบริการตามปกติ ระยะเวลาวิจัยเดือนธันวาคม พ.ศ.2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวัดความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired samples t – test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีค่าระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการทดลองที่เน้นการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

คำสำคัญ: การพัฒนาความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูง



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2564-พ.ศ.2568 เท่ากับ 6,433.61, 6,570.63, 6,621.72, 7,710.89 และ 7,894.46 ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2564-พ.ศ.2568 เท่ากับ 25.71, 25.73, 37.99, 40.95 และ 51.58 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2568) จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภอนมสาร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคามสูงเป็นอันดับต้นๆ ในจำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีจำนวนมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2564-2568 มีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 2,654 ราย, 3,837 ราย, 4,004 ราย, 5,258 ราย และ 6,840 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ.2564-2568 ร้อยละ 32.59, 30.80, 35.87, 37.83 และ 38.34 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2564-2568 เป็นจำนวนร้อยละ 3.35, 4.24, 4.40, 5.17 และ 6.29 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพนมสารคาม, 2568) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัว ตำบลบ้านช่อง อำเภอนมสาร จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 224 ราย, 317 ราย, 349 ราย, 372 ราย และ 394 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัว, 2568) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

โรคความดันโลหิตสูงถึงแม้เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การที่จะให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ปัจจัยสำคัญคือการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) เพราะการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเกิดขึ้นก่อนความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1977) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงกับการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Schwazer, (2012) คือในการมีส่วนร่วมของการกระทำกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีเป้าหมายและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความพยายามมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก การดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการกระตุ้นเตือนจากญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีกำลังใจและเกิดการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง (House, 2010)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของนักจิตวิทยาชาวแคนาดาชื่อ Albert Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้



ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจจะมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าหากพบว่าบุคคลสองคนมีความรู้ความสามารถของตนเองที่ต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันได้เช่นกัน Bandura พบว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถจะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุสาหะไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1977) แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย 1.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2.การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น(vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (modeling) การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อ 3.การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ จะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน 4.การกระตุ้นทางอารมณ์(emotional aroused) ปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกันอย่างแพร่หลายและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยเฮาส์ (House, 2010) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีกำลังใจ และเกิดการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยเชื่อว่าการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล



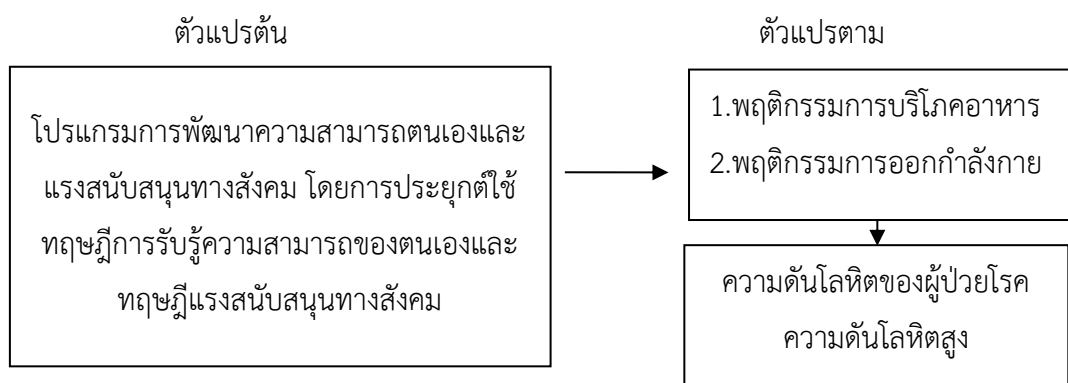
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง
5. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีวก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับความดันโลหิต ต่ำวก่อนการทดลอง
4. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวกกลุ่มเปรียบเทียบ
6. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test-post-test comparison group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัว ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 394 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัว โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง 1 ปีขึ้นไป อายุระหว่าง 35 – 60 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ไม่มีอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็นและยินดียใจเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ย้ายออกนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวระหว่างการวิจัย และเป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยได้นำมาจากสมาสี ยังอยู่สุข (2561) ที่ได้วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 วัดความดันโลหิต มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้ความรู้กลุ่มทดลองและญาติ โดยการบรรยายความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 วัดความดันโลหิตและบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ คัดเลือกตัวแบบจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีจนประสบผลสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตได้มาเล่าถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชื่นชม ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดูแลให้ญาติและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญา



กิจกรรมครั้งที่ 4 คัดเลือกตัวแบบจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ติดจนประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตได้มาแล้วถ่ายทอดประสบการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันวางแผนแก้ไข้ปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระดับความดันในปัจจุบัน ญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นการวัดการปฏิบัติของกลุ่มทดลองในแต่ละกิจกรรม ซึ่งดัดแปลงมาจาก ยุภาพร นาคกลิ้ง (2565) และอรุณ พงษ์สมบูรณ์ (2562) เป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า(rating scale) 5 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติส่วนใหญ่ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้งและไม่ปฏิบัติเลย

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลเขาหินซ้อน จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.86 และค่าความเที่ยงของพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว้า ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่ เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คนเพื่อช่วยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและจัดกิจกรรมกลุ่ม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยคัดเลือกจากประชากรที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว้า ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ จำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน

2. ขั้นการดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ โดยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวและผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย เก็บข้อมูลทั่วไป ให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไปตามปกติจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

2.2 กลุ่มทดลอง โดยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวและผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย เก็บข้อมูลทั่วไป ชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะมีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 45 นาที ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 เดือน



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติ Paired samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า ตำบลบ้านช่อง อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 45.71 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 45.71 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.28 การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.71 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทหรือต่ำกว่า ร้อยละ 57.14 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมต้น ร้อยละ 28.57 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.14 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทหรือต่ำกว่า ร้อยละ 51.43

2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รองลงมาได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ตามลำดับ

3. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย หลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย หลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รองลงมาได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ตามลำดับ

4. ความดันโลหิตก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ย 134.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.95 ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 84.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตตัวบนมีค่าเฉลี่ย 136.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.92 ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 84.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนมีค่าเฉลี่ย 129.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.56 ความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย 79.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 136.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.27 ความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย 83.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.95



5. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง รายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	52.75	0.74	86.87	0.45	6.484*	<0.05
2. การออกกำลังกาย	28.74	0.67	42.76	0.67	5.619*	<0.05
รวม	81.74	0.61	129.63	0.48	6.475*	<0.05

*p < 0.05

6. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ตัวบน	134.26	7.95	129.17	8.56	6.590	<0.05*
ตัวล่าง	84.54	6.84	79.54	5.20	4.568	<0.05*

*p < 0.05

7. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบโดยรวม หลังการทดลอง และก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน เมื่อดูรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	51.55	0.71	52.37	0.65	0.519	0.187



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

2. การออกกำลังกาย	27.74	0.62	28.65	0.55	0.594	0.556
รวม	79.29	0.67	81.02	0.58	3.100	0.114

8. ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ตัวบน	136.06	15.92	136.26	14.28	0.270	0.789
ตัวล่าง	84.09	3.63	83.94	4.95	0.209	0.836

9. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายด้านและโดยรวม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	52.75	0.74	51.55	0.71	1.138	0.259
2. การออกกำลังกาย	28.74	0.67	27.74	0.62	1.759	0.083
รวม	81.74	0.61	79.27	0.67	1.483	0.143

10. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		T	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	86.87	0.45	52.37	52.37	6.216	<0.05*
2. การออกกำลังกาย	42.76	0.67	28.65	28.65	6.602	<0.05*
รวม	129.63	0.48	81.02	81.02	7.176	<0.05*

* p < 0.05

11. ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความดัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ตัวบน	134.26	7.95	136.06	15.92	0.598	0.552
ตัวล่าง	84.54	6.84	84.09	3.63	0.349	0.728

12. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความดัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ตัวบน	129.17	8.56	136.26	14.27	2.520	0.04*
ตัวล่าง	79.54	5.20	83.94	4.95	3.624	0.03*

*p < 0.05



อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัว ตำบลบ้านช่อง อำเภอพญาเมธียร จังหวัดพะเยา อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง รายด้านและโดยรวม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ตัวแบบ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองได้ผ่านกระบวนการออกแบบอย่างเป็นระบบ โดยมีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจว่าความสามารถของตนเองจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่คาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์นั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ และแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของ Gottlieb, 1985 (อ้างถึงใน เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2560) ที่ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม 2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ และ 3) ระดับแคบหรือระดับลึก (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ซึ่งในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยเหตุนี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบไว้มีความรู้ ความเข้าใจและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับอารีรัตน์ คนสวน(2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการศึกษาความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานยิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยโรค



ความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งออกแบบมาสำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมในทุกๆด้าน ทั้งในเรื่องพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ตลอดจนแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอยู่ในโปรแกรม เมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับกษมาพร บุญมาศ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับศิริศรี โพธิ์ศรี (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่1และระยะติดตามผลครั้งที่2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ต้นแบบร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทำได้หลายวิธี ที่สำคัญคือ การฝึกปฏิบัติ (Vicarious experience) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) และการได้รับคำพูดจูงใจ (Verbal persuasion) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบ

4. ผลการศึกษาความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองนั้นได้รับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ต้นแบบ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) รวมทั้งมีการนำเอาแนวทางการปฏิบัติตนจากกิจกรรมในโปรแกรมมาปฏิบัติ



จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ระดับความดันเลือดมีแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงไปในทางทิศทางที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบนั้นยังคงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ดีเท่าที่ควร หรืออาจจะไม่ได้ปฏิบัติ จึงทำให้สภาวะความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความดันโลหิตที่มีแนวโน้มเป็นมาตรฐานมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ Sivana และคณะ (2016) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย เก็บข้อมูล 3 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง และเรื่องความดันโลหิต หลังการทดลองมีความดันโลหิตลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.045

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ผลจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันได้ดังนั้นควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

3. ควรมีการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การตั้งเป้าหมาย หรือการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค, สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2568). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข.

กษมาพร บุญมาศ. (2563). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี*

ความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2560). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ*. วันที่ค้นข้อมูล 14 กุมภาพันธ์ 2569

จาก <http://gotoknow.org/blog/benbenblogtheory/115420>.



ยุภาพร นาคกลิ้ง. (2565). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลพนมสารคาม (2568). ทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัด ฉะเชิงเทรา ประจำปี 2568.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า. (2568). รายงานประจำปี 2568. โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า.

ศิริณี โพธิ์ศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุมาลี ยังอยู่สุข .(2561). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ,มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.

อรนุช พงษ์สมบูรณ์. (2562). โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัด นครปฐม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีรัตน์ คนสวน. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Bandura, A. (1997). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

House, J.S. (2010). *Work Stress and Social Support*. California: Addison Wesley Publishing.

Lemeshow, 1990. Howmer Jr DW., Klar J. and Lwanga SK. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. West Sussex : John Wiley & Sons Ltd.

Schwazer,R. (2012). "Preface" in *self – efficacy thought control of action*. Washington D.C.Hemisphere.

Sivana,F.and Others. (2016). *Effect of Education on Blood pressure control in elderly person*.(online).Available:http://203.220.217/doh/deptd/Knowledge/_cigurete.html.(2016 May 15).