

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Factors Affecting Eating Behaviors among Hypertensive Patients

อัมภกร หาญณรงค์, พย.ม.¹ Ampakorn Hanarong, M.N.S.

ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, ปร.ด.^{2,*} Chanandchidadussadee Toonsiri, Ph.D.

สมสมัย รัตนกรีกากุล, ส.ด.² Somsamai Rattanagreethakul, Dr.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอตำบลจันทน์ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม จำนวน 109 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 92.86$, $SD = 15.53$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = -.510$) และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($\beta = .236$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 41.1 ($R^2 = .411$, $p < .001$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม/โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และคงอยู่อย่าง

ยั่งยืนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีในระยะยาว โดยเน้นเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this research was to identify factors predicting eating behaviors among hypertensive patients. A cluster random sampling method was used to recruit the sample of 109 hypertensive patients in Dankhunted district, Nakhonrachasima province. Research instruments included a demographic data, knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and eating behaviors questionnaires. Data collection took place from February to March, 2016. Data were analyzed by using descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the sample had the mean score of eating behaviors at a good level ($M = 92.86$, $SD = 15.53$). The significant predictors of eating behaviors were perceived barriers ($\beta = -.510$) and knowledge ($\beta = .236$).

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดพิमान ต.กุดพิमान อ.ตำบลจันทน์ จ.นครราชสีมา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: stoonsiri@hotmail.com

The model explained 41.1 % of variance. These findings suggest that nurses and related health care providers could apply these study results to develop activities/ programs to promote proper eating behaviors and sustainable among hypertensive patients for good health status in long term. The program should focus on perceived barriers and knowledge.

Key words: Predictive factors, eating behaviors, hypertensive patients

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประชากรไทยมากที่สุด จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557 พบว่าในรอบ 8 ปี ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 964.29 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 เป็น 1,411.78 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการสำรวจของสำนักสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2556 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3,457.96 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติในอวัยวะหลายระบบไม่เพียงแต่ระดับความดันโลหิตเท่านั้น ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดตลอดจน

อวัยวะอื่น ๆ ที่สำคัญ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้มาจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การบริโภคเกลือในปริมาณสูง รับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง มีแคลเซียมและโปแตสเซียมปริมาณน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การมีน้ำหนักตัวเกิน ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด (WHO, 2006) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่เหมาะสมจะสามารถลดความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น ควรต้องมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นคือ พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดเกลือแร่ในอาหาร ซึ่งจะสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee [JNC], 2003)

สำหรับตำบลกุดพิมาน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 472 ราย คิดเป็น 4,710 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้จำนวน 323 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.43 (คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลด่านขุนทด, 2557) และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ประชาชนในพื้นที่มีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเป็นอาหารพื้นบ้านที่ค่อนข้างมีรสเค็มและเป็นอาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม เป็นต้น เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและราคาถูก จากการศึกษาของ วราพร ศรีแก้ว (2554) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยการใช้เครื่องปรุงรส ผงชูรส อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร ดังนั้น การส่งเสริมและทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพ (Rigsby, 2011) และการศึกษาของ Elmer et al. (2006) พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความ เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารด้วยเช่นกัน

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) เชื่อว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ บุคคลมีการรับรู้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อตามการรับรู้ต่าง ๆ ได้แก่ รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความรุนแรงและ ส่งผลกระทบต่อชีวิต รับรู้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นั้นจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคและ ช่วยลดความรุนแรงของโรค รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการ บริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้น หากมีความรู้เรื่องที่จะปฏิบัติ แล้ว ก็จะช่วยสนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ($r = .228, p < .01$) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ($r = .368, p < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .372, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .271, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .399, p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = -.175, p < .01$) (วาสนา ครุขเมือง, 2547; สุภาพร พูลเพิ่ม, 2554; อรุณลดา นางแย้ม, 2550) และพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($\beta = .425, p < .001$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .196, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .225, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($\beta = .139, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($\beta = -.218, p < .001$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนาย โดยเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) มาช่วยอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านการรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลและส่งเสริมพฤติกรรมในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

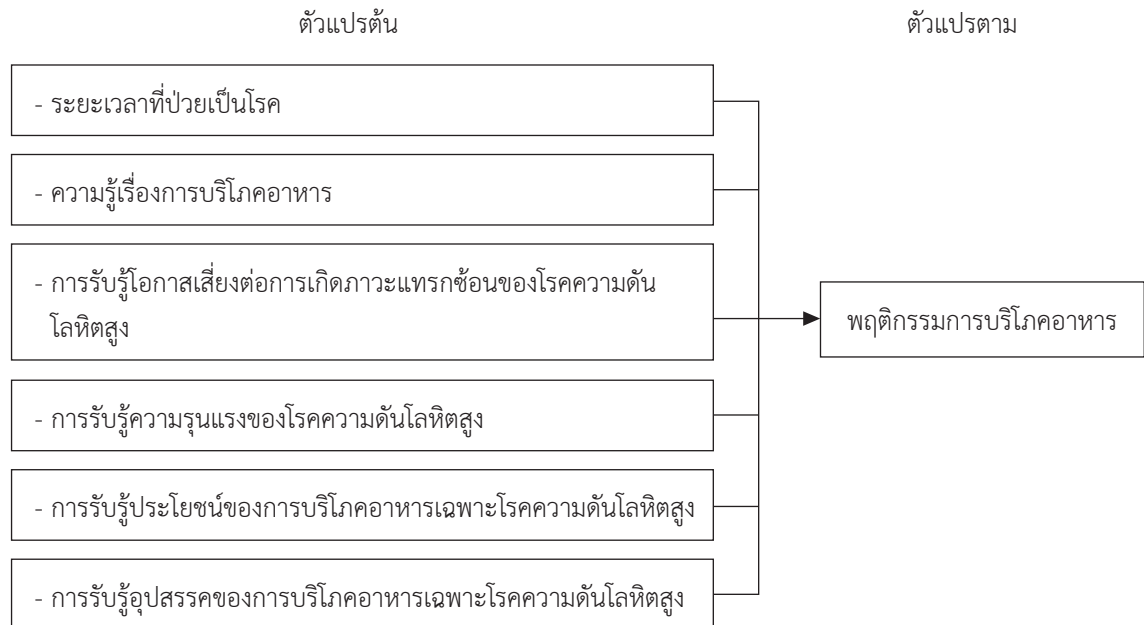
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดัน

โลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health beliefs model) ของ (Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ เชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ ขึ้นกับปัจจัยหลัก 3 ประการ ประการแรก ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ประการที่สอง ได้แก่ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และประการที่สามคือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ชักนำมาจากภายในหรือภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์ของสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลอื่น การป่วยของสมาชิกในครอบครัว

เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม (modifying factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งตามทฤษฎีเชื่อว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) มาช่วยอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยที่ได้คัดเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านการรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอต่างชนบท จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) อายุ 35-65 ปี สัญชาติไทย (2) มีระดับความดันโลหิต 140/ 90 mmHg ขึ้นไป วัดโดยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล (Digital sphygmomanometer) ทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที (3) เป็นผู้มิสตีลสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น สื่อสารตามปกติได้ (4) มีความยินดีและ เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในสมการทำนายค่าจากหลายตัวแปร (Tabachnick & Fidell, 2007) มีสูตรในการคำนวณ คือ $n \geq 50 + 8(m)$ เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรต้น แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น $50 + 8(6) = 98$ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 98 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ (Lemeshow, Hosme, Klar, & Lwanga, 1990) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดพื้นที่ดำเนินการวิจัย เป็นอำเภอต่างชนบท ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มตำบลจำนวน 4 กลุ่มตำบลตามสายการบริหารงานในพื้นที่ ซึ่งแต่ละกลุ่มตำบลมีความคล้ายคลึงกันด้านคุณลักษณะประชากร เช่น เพศ ระดับการศึกษา บริบททางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม สุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) จาก 4 กลุ่มตำบลที่อยู่ในอำเภอต่างชนบท ด้วยวิธีการจับสลากมา 1 กลุ่มตำบล ได้กลุ่มตำบลหนองบัวตะเกียด ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองบัวตะเกียด ตำบลบ้านแปรง ตำบลหนองไทร ตำบลกุดพิमान และตำบลหนองกรด

2. สุ่มแบบกลุ่ม ตำบลที่อยู่ในกลุ่มตำบลหนองบัวตะเกียด จำนวน 5 ตำบล ด้วยวิธีการจับสลาก มา 1 ตำบล ได้ตำบลกุดพิमान ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 177 คน

3. ตำบลกุดพิमान มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน ทำการสุ่มแบบกลุ่มมาทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ได้หมู่ที่ 1, 3, 6, 7, 12, 14 และ 15 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเกณฑ์ไว้ในหมู่บ้าน ที่ทำการสุ่มตัวอย่างได้ทั้ง 7 หมู่บ้าน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้มาทั้งสิ้น 109 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเฉพาะโรค เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อความประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ผลต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ การควบคุมอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหารที่เกลือโซเดียมสูง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องบริโภคอาหารเฉพาะโรคมก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เรื่องบริโภคอาหารเฉพาะโรคน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับผลกระทบของการมีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีต่อด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ของโรคของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับประโยชน์ที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค และรับรู้ว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นอกจากจะช่วยลดความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ยังช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ควบคุมการบริโภคอาหารประเภทไขมัน การงดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์

ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอุปสรรคของการบริโภคอาหาร ซึ่งมีการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการทำอาหาร การติดในรสชาติของอาหาร ความชอบของอาหาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหาร การเลือกวิธีปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนรวม 25-125 คะแนน แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนน 91.68-125.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนน 58.34-91.67 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 25.00-58.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้ขออนุญาตจากนักวิจัยท่านอื่นที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้ว ได้ค่า Content validity index อยู่ในช่วง .90-.99

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบคำถาม ความชัดเจนของข้อคำถาม และความสะดวกในการนำไปใช้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งพบว่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .80, .87, .85 และ .90 ตามลำดับ สำหรับแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส 02-01-2559)

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับในแบบสัมภาษณ์ ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสในแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลถูกเก็บในซองกระดาษ และถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่าน และรับทราบข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม การทำลายข้อมูลกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่ตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำจดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดพิมาน เพื่อขอทะเบียนรายชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่ทำการศึกษ จำนวน 2 คน ในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล อธิบายขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และใช้เครื่องมือถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและนัดหมายวัน

เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการไปเยี่ยมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่ในทะเบียนรายชื่อที่ได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการศึกษา โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ทีละข้อและบันทึกคำตอบโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise

multiple regression) ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระต่อกันและข้อมูลไม่เกิด Autocorrelation มีคุณสมบัติเป็น Homoscedasticity ไม่มี Outliers เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด ไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกิน .85 (ไม่มี Multicollinearity) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.8) และเพศชาย (ร้อยละ 20.2) มีอายุเฉลี่ย 56.12 ปี ($SD = 6.95$) โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 48.6) รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.6) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 77.1) มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 2,621.10 บาทต่อเดือน ($SD = 2,378.26$) โดยมากกว่าครึ่งมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.6) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.57 ปี ($SD = 3.28$) โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5-9 ปี (ร้อยละ 49.5) รองลงมาคือระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 27.5)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 92.86$, $SD = 15.53$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค โดยภาพรวมและรายข้อ (n = 109)

ข้อความ	ช่วงคะแนน	M	SD
1. การกินข้าว วันละ 3 มื้อ	1-5	4.68	0.80
2. การกินข้าวมื้อละไม่เกิน 2 ทัพพี	1-5	4.30	1.02
3. การหลีกเลี่ยงการกินขนมทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง	1-5	4.28	1.03
4. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภทจานเดียว	1-5	4.23	1.18
5. การหลีกเลี่ยงการกินขนมขบเคี้ยวสำเร็จรูป ได้แก่ มันฝรั่งทอด ถั่วทอด	1-5	4.19	0.99
6. การหลีกเลี่ยงการกินขนมปัง ขนมเค้กหรือคุกกี้	1-5	4.17	1.08

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ช่วงคะแนน	M	SD
7. การหลีกเลี่ยงการกินผลไม้ เช่น ทุเรียน องุ่น ลำไย เงาะ	1-5	4.06	0.96
8. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารบรรจุกระป๋อง	1-5	3.99	0.87
9. การปรุงอาหารโดยการใช้ไขมันพืช	1-5	3.94	1.23
10. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภทไส้กรอก กุนเชียงหมูหยอง หรือหมูยอ	1-5	3.94	0.90
11. การหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ	1-5	3.92	1.12
12. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ ไช้แดง กุ้ง หมึก และหอยนางรม	1-5	3.89	0.99
13. การตรวจดูปริมาณโซเดียมที่ฉลากอาหารก่อนเลือกซื้อ	1-5	3.83	1.59
14. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่ปรุงสำเร็จ ได้แก่ แกงจืดถั่ว กับข้าวถุง	1-5	3.79	1.22
15. การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	1-5	3.73	1.21
16. การหลีกเลี่ยงการหมักเนื้อสัตว์ก่อนปรุงอาหาร	1-5	3.72	1.35
17. การหลีกเลี่ยงการดื่มนมปรุงแต่งที่มีรสหวานหรือนมเปรี้ยว	1-5	3.70	1.07
18. การหลีกเลี่ยงการซื้อของหวานที่มีส่วนผสมของกะทิ	1-5	3.69	1.15
19. การหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารจากน้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันหมู	1-5	3.63	1.27
20. การหลีกเลี่ยงการเลือกซื้อเนื้อสัตว์ติดมัน	1-5	3.62	0.91
21. การหลีกเลี่ยงการกินปลาร้า ปลาเค็ม ปลาต้มหรือปูเค็ม	1-5	2.94	1.22
22. การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส หรือซีอิ๊ว ก่อนกินอาหารที่ปรุงสำเร็จ	1-5	2.78	1.42
23. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภทผัดหรือทอด	1-5	2.73	1.18
24. การหลีกเลี่ยงการใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อน หรือซุปลง ในการปรุงอาหาร	1-5	2.66	1.20
25. การกินอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน	1-5	2.43	0.90
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยภาพรวม	25-125	92.86	15.53

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง (x_1) ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร (x_2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (x_3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (x_4) การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร (x_5) การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร (x_6) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (y) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

ตัวแปร	y	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₆
y	1.000						
x1	.097	1.000					
x2	.437**	1.67	1000				
x3	.039	-.040	-.285**	1000			
x4	.147	-.111	.363**	-.540**	1.000		
x5	.028	-.129	.018	-.476**	.514**	1.000	
x6	-.603**	-.123	-.394**	-.049	.059	.171	1.000

** p < .01

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ร้อยละ 41.1 ($R^2 = .411, p < .001$) ดังตารางที่ 3 ($\beta = -.510$) และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($\beta = .236$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

ตัวแปร	b	SE(b)	Beta	t	p
การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค	-1.220	.194	-.510	-6.283	< .001
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	2.032	.697	.236	2.914	.004
ค่าคงที่	104.325	11.670	-	8.940	< .001

$R^2 = .411, F(2,106) = 36.915, p < .001$

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในรูปสมการคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร} = 104.325 - 1.220 (\text{การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค}) + 2.032 (\text{ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร})$$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 92.86, SD = 15.53$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.8) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.12 ปี

ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเนื่องจากเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 103.99, SD = 11.79$) ซึ่งหมายถึงว่ามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ดี เหมาะสม

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ มีดังนี้

2.1 การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร

เฉพาะโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารน้อยก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การมีปัญหาทางสายตาทำให้ไม่สามารถดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับอาหารเฉพาะโรคได้ ($M = 3.54, SD = 0.80$) รองลงมาคือ การไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเลือกกินอาหารเฉพาะโรค เนื่องจากไม่กล้าถามแพทย์และพยาบาล ($M = 3.34, SD = 0.87$) และการที่ต้องกินอาหารร่วมกับผู้อื่น จึงไม่สามารถเลือกอาหารเฉพาะโรคได้ ($M = 3.19, SD = 0.91$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อย จึงไม่สามารถเลือกซื้ออาหารเฉพาะโรคได้ ($M = 2.92, SD = 0.96$) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.6) จึงไม่สามารถเลือกซื้ออาหารเฉพาะโรคที่อาจจะมียาแพงได้ จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นจะมีการพิจารณาเกี่ยวกับอุปสรรคต่าง ๆ ของการกระทำ ถ้ามีอุปสรรคน้อยก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติได้มาก ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็จะมีประเมินว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นมีอุปสรรคน้อยเพียงใด ถ้ามีอุปสรรคน้อยก็จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.175, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ร้อยละ 25.6

2.2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารดี จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีด้วย

แสดงถึงว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้บุคคลมีการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ตั้งแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านการรับรู้ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ (modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ซึ่งความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ดังนั้นปัจจัยด้านความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราวลัย สิตินสาร อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($r = .361, p < .001$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ มีดังนี้

3.1 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้รับการบริการและการให้คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่แตกต่างกัน เน้นให้ความรู้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการเป็นรายกลุ่ม ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วกี่ปีก็ตาม เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก จึงทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 6.57 ปี ($SD = 3.28$) ดังนั้นระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ บุชราคม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร พบว่า ระยะเวลาป่วยแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ไม่แตกต่างกัน

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยเท่ากับ 20.54 ($SD = 5.89$) นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน หรือไม่มีอาการนำมาก่อน ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงยังคงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดาพร ศิลาทอง (2553) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เคยประสบกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ ซึ่งไม่ได้ทำให้โรคมียความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้

3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 31.57 ($SD = 5.16$) นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการบริโภคอาหารเฉพาะโรคมีประโยชน์อย่างไร มักปฏิบัติตามแนะนำเดิม ๆ ตามการรับรู้ที่ตนเองมี จึงทำให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ เปียหนุ่ม (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเน้นเรื่องความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉพาะโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพและการบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีเพียง 2 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลด่านขุนทด. (2557). *สถิติผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2557*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลด่านขุนทด.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 175-201). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จันทน์ เปียนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินดาพร ศิลาทอง. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัย มข. มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(6), 749-758.
- ประคอง กรรณสูตร, (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ไจลังกา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุข สำนวนา*, 9(1), 120-136.
- วราพร ศรีแก้ว. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านขุนทด*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลด่านขุนทด.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร พูลเพิ่ม. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลชีเหลือก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 5(2), 49-54.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผู้ป่วยใน (รง.505)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550-2557*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- อรุณลดดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Becker, M. H., (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385.
- Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Simons-Morton, D., Stevens, V. J., Young, D. R., Lin, P. H., Champagne, C., Harsha, D. W., Svetkey, L. P., Ard, J., Brantley, P. J., Proschan, M. A., Erlinger, T. P., Appel, L. J. & PREMIER Collaborative Research Group. (2006). Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 485-495.
- Joint National Committee [JNC]. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *The Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2560-2571.

- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Son.
- Rigsby, B. D. (2011). Hypertension improvement through healthy lifestyle modifications. *The ABNF Journal*, 22(2), 41-43.
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 39-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *WHO global report, preventing chronic diseases. A vital investment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *A global brief on hypertension, Silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013*. Geneva: WHO.