

## ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท

### THE EFFECTS OF BEHAVIORAL MODIFICATION IN FOOD CONSUMPTION PROGRAM IN UNCONTROLLED HYPERTENSION PATIENTS, NONGMAMONG DISTRICT, CHAINAT PROVINCE

ชั้นยี่สิบตา ยอดอ่อน<sup>1</sup>, มุกดา หนูยศรี<sup>2</sup>

Tunsita Yod-on , Mukda nuysri

(Received: January 23,2020; Accepted: March 10,2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มม.ปรอท อย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่มีรับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ จำนวน 32 คนและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่มีรับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพานหินจำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามมี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 4) สายวัดรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบวิลคอกซ์ซันซายน์แรนจ์ และการทดสอบแมนวิทนียู

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังใช้โปรแกรม การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p=.000$ ) 2) ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีน้ำหนักไม่แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.299$ ) แต่น้ำหนักของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.041$ ) กลุ่มทดลองมีรอบเอวหลังใช้โปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรมและไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.543$  และ  $p=.388$  ตามลำดับ) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.000$ )

#### Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare the perceptions on hypertension and food consumption, food consumption behaviors, body weight, waist circumference, and the systolic blood pressure level of the experimental group between before and after using the program and between the experimental group and the comparison group after using the program. The subjects were primary hypertension patients who were treated with antihypertensive drug and their level of systolic blood pressure was between 140-159 mmHg for at least 2 consecutive months. Experimental group comprised 32 hypertension patients who attended at Ban Nam Pu Subdistrict Health Promotion Hospital and comparison group comprised 32 hypertension patients who attended at Sapanhin Subdistrict Health Promotion Hospital. The experimental tool was the behavioral modification in food consumption program for uncontrolled hypertension patients. This program was developed based on the Health Belief Model and the program was used for 8 weeks. The data collection tool were 1) questionnaire composed of 3 parts: (1) personal data, (2) perceptions about hypertension and food consumption, and (3) food consumption behaviors 2) digital blood pressure monitor, 3) weighing scale, and 4) waist tape measure. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Chi-square test, Wilcoxon Signed Ranks Test, and Man Whitney U test.

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup> อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

The results showed as follows. 1) After using the program, perception about hypertension and food consumption and food consumption behaviors of the experimental group were significantly higher than before and higher than the comparison group ( $p < .001$ ). 2) Health status: after using the program, the body weight of the experimental group were significantly less than the comparison group ( $p < .05$ ) but was not significantly different from before ( $p > .05$ ). The waist circumference of experimental group after using the program was not significantly different from before and not significantly different from the control group ( $p > .05$ ). The level of the systolic blood pressure of the experimental group after using the program was significantly lower than before and lower than the control group ( $p < .001$ ).

**Keywords :** program, behavior modification, food consumption, hypertension

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นฆาตกรเงียบที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรที่สำคัญของประชากรโลก เนื่องจากโรคนี้นักไม่มีสัญญาณเตือนที่เป็นอาการและอาการแสดงของโรค หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย ซึ่งทำให้เกิดความพิการ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาและมีโอกาสเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (2013) รายงานว่า ปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs (Disability adjusted life years) นอกจากนี้ยังพบว่า สองในสามของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน โดยคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญไปกว่านั้นคือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่ามีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ในกรณีเป็นผู้ป่วยใน เฉลี่ย 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,010.22 บาทต่อครั้ง และมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากขาดงานและความพิการเฉลี่ย 101,681.20 บาทต่อปี และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตเฉลี่ย 15,766.66 บาทต่อปี รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี

ประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 โดยเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 21.5 เป็น ร้อยละ 25.6 ส่วนเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 21.3 เป็น

ร้อยละ 23.9 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปีงบประมาณ 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 20.49, 24.82, 29.96, 36.38 และ 41.75 ตามลำดับ (ข้อมูล HDC 2 พ.ย. 2561) ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายคือ มากกว่าร้อยละ 50 จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2560 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็น 25,114, 28,145 และ 31,685 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในจังหวัดชัยนาทนั้น สถานการณ์การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเดือน กรกฎาคม 2562 มีผู้ป่วยมากจัดเป็นอันดับที่ 1 จาก 10 อันดับโรค จำนวน 207,126 คน โดยใน พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยจำนวน 50,211, 49,176 และ 52,156 คน หรือมีอัตราความชุก 19,020.59, 22,119.38 และ 22,373.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนคือ โรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 40, 40 และ 37 คน หรือคิดเป็นอัตราความชุก 1,141.13, 1,102.55 และ 1,347.80 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรคหลอดเลือดหัวใจใน พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 62, 20 และ 20 คน หรือคิดเป็นอัตราความชุก 209.48, 159.51 และ 161.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรคไตวาย (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5) พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 718, 859, 1,004 คน คิดเป็นอัตราความชุก 216.54, 259.96 และ 304.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจใน พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 143, 109 และ 168 คน คิดเป็นอัตราตาย 43.12, 32.98 และ 50.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 223, 152 และ 265 คน คิดเป็นอัตราตาย 67.25, 46.00 และ 80.37 ต่อแสน

ประชากร ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC จังหวัดชัยนาท วันที่ 16 พฤศจิกายน 2562)<sup>(๑)</sup>

ส่วนสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอหนองมะโมง พบว่า จากการจัดลำดับ การป่วยของประชาชน 10 อันดับแรก โรคความดันโลหิตสูง (ในเดือนกรกฎาคม 2562) มีผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 1 จำนวน 13,144 คน โดยใน พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยจำนวน 2,778, 2,803 และ 3,021 คน หรือมีอัตราความชุก 14,299.15, 14,570.43 และ 15,689.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือใน พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 179, 329 และ 362 คน หรือมีอัตราอุบัติการณ์ 909.83, 1,671.58 และ 1,836.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งขนาดและความรุนแรงของโรค โดยใน พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 230, 262 และ 309 คน หรือคิดเป็นอัตราความชุก 1,204.05, 1,364.16 และ 1,598.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ มีการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 5, 15 และ 25 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.36, 76.21 และ 126.83 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 92, 102 และ 115 คน คิดเป็นอัตราความชุก 346.14, 183.29 และ 216.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 4, 9 และ 10 คน โรคไตวาย (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5) พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 40, 46 และ 36 คน คิดเป็นอัตราความชุก 203.31, 233.71 และ 182.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ในการสำรวจข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของตำบลสะพานหิน อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 30 คน ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (กองสุขภาพ, 2558) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มกาแฟ ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งอยู่ระดับเสี่ยงมาก ร้อยละ 86.66 ในการรับประทานกล้วยเตี๋ยน้ำ บะหมี่ กล้วยเตี๋ยวราดหน้า เดิมเครื่องปรุงรสทุกครั้ง และเดิมประมาณ 2-4 ช้อนชาต่อครั้ง ร้อยละ 83.33 รับประทาน

อาหารทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยทอด ไข่ทอด 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 83.33 รับประทานหมูสามชั้น หนึ่งไก่ คอหมูย่าง 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 80 เป็นต้น และยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามวิถีชีวิตแบบเดิมที่เคยปฏิบัติมา โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติมากที่สุด ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลดีจากการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การรับรู้ข่าวสารด้านภาวะโภชนาการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ ซึ่งมีองค์ประกอบคล้ายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยให้มีความครอบคลุมทั้งการพัฒนาความรู้ การสร้างการรับรู้ ทั้ง 5 ด้าน และการพัฒนาทักษะของกลุ่มทดลองและสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับยังไม่มีผู้นำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยครอบคลุมการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน

### วัตถุประสงค์วิจัย

1 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารพฤติกรรม กรรมการบริโภคอาหาร น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

2 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

## ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยา แต่ยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (SBP $\leq$ 140-159 มม.ปรอท)และมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของ อ.หนองมะโมง จ.ชัยนาท จำนวน 2,431 คน (ฐานข้อมูลจังหวัดชัยนาทวันที่ 16 พฤศจิกายน 2562)<sup>(7)</sup> การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้แนวคิด Power analysis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการวิจัยของ สไปทิพย์ เชื้อเอี่ยม (2554)<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีตัวแปรที่ศึกษาค้นคว้าถึงกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคเฉลี่ย 70.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคเฉลี่ย 41.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.62 คะแนน กำหนดค่า effect size ได้ 3.645 จึงใช้ large effect size คือ 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.93 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านน้ำพุ เป็นกลุ่มทดลองและผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. สะพานหินเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจาก รพ.สต.บ้านน้ำพุ จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจาก รพ.สต.สะพานหิน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการจับคู่ 1) เพศกำหนดให้เป็นเพศเดียวกัน 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน  $\pm 2$  ปี

และ 3) ระดับความดันซิสโตลิก แตกต่างกันไม่เกิน  $\pm 5$  มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ฯ

1.1. การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เพาเวอร์พอยต์เน้นการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคฯ ที่ควบคุมไม่ได้ สื่อวีดิทัศน์รู้ทันโรค ตอน โรคความดันโลหิตสูง ของมหาวิทยาลัยมหิดล

1.2. สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ฯ โดยใช้ แอปพลิเคชัน Thai CV risk score, CKD-EPI Creatinine 2009 Equation, การเสนอตัวแบบด้านลบ

1.3. สร้างการรับรู้ประโยชน์จากการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง โดยใช้ โหมดอาหาร แผนการสอนและคู่มือเรื่องอาหารด้านความดันโลหิตสูง

1.4. ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร โดยการทำแปลงผักรวมที่รพ.สต. และแจกเมล็ดพันธุ์ผัก ประกวดครัวเรือนต้นแบบ

1.5. สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการนำเสนอตัวแบบเชิงบวก การประกวดอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตและฝึกทักษะ โดยมี 4 ฐาน ได้แก่ (1) ฐานฝึกทักษะอ่านฉลากโภชนาการ ใช้ตัวอย่างอาหาร เช่น เครื่องปรุงรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป น้ำผลไม้ อาหารกระป๋อง เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น (2) ฐานอาหารด้านความดันโลหิตสูง ใช้ตัวอย่างอาหาร ประเภทธัญพืช ผัก-ผลไม้ ถั่วเมล็ดแห้ง (3) ฐานอาหารไขมันและผลิตภัณฑ์จากนม ใช้ตัวอย่างอาหาร โดยแบ่งเป็น ประเภทไขมันอิ่มตัว/ไม่อิ่มตัว อาหารที่มีไขมันทรานส์ ผลิตภัณฑ์จากนม (4) ฐานอาหารเค็ม ตัวอย่างอาหารที่ใช้เป็นเมนูอาหารที่มีขายอยู่ในชุมชน 5 ชนิด โดยแต่ละประเภท แยกว่าเป็นประเภทอาหารที่ควรรับประทานบ่อยและไม่ควรรับประทานบ่อย

1.6. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน, บทความเกี่ยวกับอาหารด้านความดันโลหิตสูง, เกียรติบัตรสำหรับบุคคลต้นแบบและครัวเรือนต้นแบบ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 21 ข้อ

แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง(2)การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง(3)การรับรู้ประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร (4)การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร และ(5)การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 30 ข้อและ พฤติกรรมบริโภคอาหารจำนวน 51 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระดับโดยมีข้อความทางบวก และข้อความทางลบ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร,2553)<sup>(4)</sup>

	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2553)<sup>(4)</sup>

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้/มั่นใจ
4.50-5.00	สูงมาก
3.50-4.49	สูง
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	ต่ำ
1.00-1.49	ต่ำมาก

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

การปฏิบัติ	ด้านบวก	ด้านลบ
7 วัน หรือปฏิบัติทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
5-6 วัน/สัปดาห์ หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
3-4 วัน/สัปดาห์ หรือปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน

1-2 วัน/สัปดาห์ หรือปฏิบัติน้อย

ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลระดับพฤติกรรมกรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากคะแนนเฉลี่ย

5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2553)<sup>(4)</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
4.50-5.00	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

เกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตสูง

ความหมาย	ซิสโตลิก	ไดแอสโตลิก
ปกติ	< 120 มม.ปรอท	< 80 มม.ปรอท
สูงกว่าปกติ	121-139 มม.ปรอท	81-89 มม.ปรอท
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140-159 มม.ปรอท	90-99 มม.ปรอท
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	≥ 160 มม.ปรอท	≥ 100 มม.ปรอท

ผลการตรวจสอบหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ .93 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

2.2. เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักและสายวัดรอบเอว จำนวน 6 ชุด

**การตรวจสอบความเที่ยง** (1) นำเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล สอบเทียบความถูกต้องโดยศูนย์วิศวกรรมกรรมแพทย์ นครสวรรค์ (2) ผู้วิจัยให้ อสม. จำนวน 6 คน วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.สต.บ้านน้ำพุ จำนวน 10 คน พร้อมผู้วิจัยผลพบว่า อสม.จำนวน 6 คน อ่านค่าความดันโลหิตผู้ป่วย 10 คน ได้เท่ากับผู้วิจัย (3) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว ผู้วิจัยและอสม. ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ผู้ป่วยจำนวน 10 คน ผลพบว่า อ่านค่าน้ำหนักและรอบเอวได้เท่ากับผู้วิจัย

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

ดำเนินการเดือนธันวาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1** จัดกิจกรรมที่รพ.สต.บ้านน้ำพุ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมย่อยที่ 1 ให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมย่อยที่ 2 สร้างการรับรู้ความเสี่ยง ฯ โดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV risk score, CKD-EPI Creatinine 2009 Equation

กิจกรรมย่อยที่ 3 สร้างการรับรู้ความรุนแรง ฯ ด้วยการนำเสนอสถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใน อ.หนองมะโมง และเสนอตัวแบบด้านลบ

กิจกรรมย่อยที่ 4 สร้างการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร ฯ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารด้านความดันโลหิตสูง วิเคราะห์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร

**สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2**

กิจกรรมย่อยที่ 1 ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ฯ ด้วยการทบทวนองค์ความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ที่ 1 ชวนทำแปลงผักรวมและแจกเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อนำไปปลูกที่บ้าน

กิจกรรมย่อยที่ 2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่อุดมไปด้วยอาหารด้านความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้กับเจ้าของร้านค้าในชุมชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและอาหารด้านความดันโลหิตสูง, ฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ ขอความร่วมมือจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาขายในชุมชน จำหน่ายผัก และผลไม้ในราคาขอมเยาและหลากหลายชนิด

กิจกรรมย่อยที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ฯ ด้วยการสาธิตและฝึกทักษะ โดยมี 4 ฐาน ได้แก่ 1.ฐานฝึกทักษะอ่านฉลากโภชนาการ 2.ฐานอาหารด้านความดันโลหิตสูง 3.ฐานอาหารไขมันและผลิตภัณฑ์จากนม และ 4.ฐานอาหารเค็ม

กิจกรรมย่อยที่ 4 ประกวดเมนูอาหาร

**สัปดาห์ที่ 4, 6 ครั้งที่ 3, 4** กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมอบรางวัลบุคคลต้นแบบ

**สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 5** กิจกรรม “ถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินการ” ประเมินผลการใช้โปรแกรม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอว และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ฯ และผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาพร้อมทั้งขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

**สังเขปทำให้เกิดการปฏิบัติ** กิจกรรมย่อยที่ 2 การเยี่ยมบ้านโดย อสม. กิจกรรมย่อยที่ 3 ประกวดครัวเรือนต้นแบบ กิจกรรมย่อยที่ 4 กระตุ้นให้บริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าว (สัปดาห์ที่ 2-8)

**กลุ่มเปรียบเทียบ** ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติ รับยาที่ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้งและนัดหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8

**สัปดาห์ที่ 8** ประเมินผลการได้รับการพยาบาลในระบบบริการตามปกติ และให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ฯ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Dependent t-test) สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) สถิติการทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) และสถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\alpha = .05$ )

### การพิทักษ์สิทธิ์

ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 016/2562 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มสธ.

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อทดสอบ chi-square พบว่าคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เพศ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 เท่ากัน อายุพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุ

เฉลี่ย 58.97 ปี ( $SD=8.102$ ) และ 59.62 ปี ( $SD=7.686$ ) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 46.87 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.38 และร้อยละ 43.75 ตามลำดับ บุคคลที่ทำอาหารหรือซื้ออาหารให้รับประทาน พบว่า ส่วนใหญ่ทำอาหารเอง ร้อยละ 84.37 และร้อยละ 78.13 ตามลำดับ ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานยาอินาลาพริล (Enalapril) ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 40.63 ตามลำดับ การรับประทานยาต่อเนื่องทุกชนิด ร้อยละ 93.75 และร้อยละ 90.63 ตามลำดับ การไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่

ตามนัด พบว่า ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่ตรงตามนัด ร้อยละ 87.50 และ 90.62 ตามลำดับ การรับประทานยาหรือสมุนไพรอื่น ๆ อาหารเสริม/วิตามิน/น้ำผลไม้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทุกคนไม่รับประทาน ร้อยละ 100 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 87.50 และ 93.75 ตามลำดับ ลักษณะการใช้แรงงาน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้แรงงานมาก ร้อยละ 43.75 และ 56.25 ตามลำดับ ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=32)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t	df	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ				Lower	Upper
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	2.83	0.90	ปานกลาง	4.78	0.27	สูงมาก	-4.93 <sup>b</sup>	-	.000*	-	-
การรับรู้ความรุนแรงฯ	3.38	0.95	ปานกลาง	4.79	0.27	สูงมาก	-4.87 <sup>b</sup>	-	.000*	-	-
การรับรู้ประโยชน์ฯ	3.38	1.17	ปานกลาง	4.64	0.32	สูงมาก	-4.19 <sup>b</sup>	-	.000*	-	-
การรับรู้อุปสรรคฯ	3.22	0.72	ปานกลาง	4.56	0.33	สูงมาก	9.16 <sup>a</sup>	31	.000*	1.04	1.63
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ	2.87	0.87	ปานกลาง	4.78	0.20	สูงมาก	-13.06 <sup>a</sup>	31	.000*	1.61	2.21
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.85	0.53	ปานกลาง	4.67	0.12	สูงมาก	19.15 <sup>a</sup>	31	.000*	1.62	2.01

<sup>a</sup>หมายถึง ค่า t <sup>b</sup>หมายถึง ค่า Z \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนใช้โปรแกรมฯ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ การรับรู้ประโยชน์ฯ ผลการรับรู้อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ การรับรู้ความสามารถ

ตนเองฯ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้โปรแกรมฯ มีระดับการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งหลังใช้โปรแกรมฯ มีระดับการรับรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .000$ )

ตาราง 2 การเปรียบเทียบน้ำหนักตัว รอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=32)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t	df	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ				Lower	Upper
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	61.25	12.74	-	58.31	10.97	-	1.06 <sup>a</sup>	31	.299	-8.60	2.73
รอบเอว (เซนติเมตร)	87.09	10.62	-	85.47	10.53	-	0.62 <sup>a</sup>	31	.543	-7.01	3.75
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	149.28	4.69	สูงระดับ	124.41	10.19	ปกติ	-13.47 <sup>b</sup>	31	.000*	-28.64	-21.11

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) รอบเอว (เซนติเมตร) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(มม.ปรอท) ก่อนใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)  $M=61.25$   $SD=12.74$  ค่าเฉลี่ยรอบเอว (เซนติเมตร)  $M=87.09$   $SD=10.62$  และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(มม.ปรอท)  $M=149.28$

$SD=4.69$  ส่วนหลังใช้โปรแกรมฯ น้ำหนักและรอบเอวน้อยกว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p= .299$  และ  $p= .543$  ตามลำดับ) ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังใช้โปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p= .000$ )

ตาราง 3 ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ( $n=32$ )

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	df	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ				Lower	Upper
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.83	0.90	ปานกลาง	3.07	0.50	ปานกลาง	-1.335 <sup>a</sup>	48.49	.188	-0.610	.123
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.78	0.27	สูงมาก	3.16	0.37	ปานกลาง	-7.222 <sup>b</sup>	-	.000*	-	-
<b>การรับรู้ความรุนแรงฯ</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	3.38	0.95	ปานกลาง	3.20	0.56	ปานกลาง	.929 <sup>a</sup>	50.09	.358	.181	.195
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.79	0.27	สูงมาก	3.22	0.32	ปานกลาง	-6.987 <sup>b</sup>	-	.000*	-	-
<b>การรับรู้ประโยชน์ฯ</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	3.38	1.17	ปานกลาง	2.99	0.56	ปานกลาง	-1.661 <sup>b</sup>	-	.097	-	-
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.64	0.32	สูงมาก	2.99	0.13	ปานกลาง	-7.320 <sup>b</sup>	-	.000	-	-
<b>การรับรู้อุปสรรคฯ</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	3.22	0.72	ปานกลาง	3.17	0.44	ปานกลาง	.316 <sup>a</sup>	62	.753	-0.249	.344
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.56	0.33	สูงมาก	3.26	0.87	ปานกลาง	-6.563 <sup>b</sup>	-	.000	-	-
<b>การรับรู้ความสามารถตนเองฯ</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.87	0.87	ปานกลาง	2.77	0.34	ปานกลาง	.612 <sup>a</sup>	40.28	.544	-0.232	.433
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.78	0.20	สูงมาก	2.30	0.02	ต่ำ	-7.326 <sup>b</sup>	-	.000	-	-
<b>พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.85	0.53	ปานกลาง	2.89	0.14	ปานกลาง	-.395 <sup>a</sup>	35.42	.695	-0.233	.157
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.67	0.12	สูงมาก	2.40	0.78	ต่ำ	16.236 <sup>a</sup>	32.52	.000	1.98	2.55

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ การรับรู้ประโยชน์ฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ซึ่งไม่แตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ระดับสูงมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05( $p=.000$ )

ตาราง 4 ความแตกต่างของน้ำหนัก รอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ(n=32)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	df	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ				Lower	Upper
<b>น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	61.25	12.74	-	63.50	11.62	-	-0.738 <sup>a</sup>	62	.463	-2.250	3.047
หลังใช้โปรแกรมฯ	58.31	10.97	-	64.25	11.79	-	-2.086 <sup>a</sup>	62	.041*	-11.627	-2.477
<b>รอบเอว (เซนติเมตร)</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	87.09	10.62	เกินเกณฑ์	88.06	12.92	เกินเกณฑ์	-3.28 <sup>a</sup>	62	.744	-6.879	4.941
หลังใช้โปรแกรมฯ	85.47	10.53	เกินเกณฑ์	88.03	12.93	เกินเกณฑ์	-8.70 <sup>a</sup>	62	.388	-8.453	3.328
<b>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)</b>											
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	149.28	4.69	สูงระยะที่ 1	151.4	4.83	สูงระยะที่ 1	-1.511 <sup>b</sup>	-	.131	-	-
หลังใช้โปรแกรมฯ	124.41	10.19	สูงกว่าปกติ	145.5	6.21	สูงระยะที่ 1	-10.030 <sup>a</sup>	36.79	.000*	-21.787	-14.149

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 4 ก่อนใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักตัว รอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีน้ำหนัก ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.041$ ) ส่วนรอบเอวก่อนใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $p=.388$ ) ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.000$ )

### สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง , การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง , การรับรู้ประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร , การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง , การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง , พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตซิสโตลิก

ผลการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฯ เป็นไปตามสมมติฐานวิจัยซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ มีกิจกรรมประเมินความเสี่ยงของตนเอง โดยการใช้แอปพลิเคชัน ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ มีตัว

แบบด้านลบมาเล่าประสบการณ์ ทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงซึ่งเกิดจากความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือเป็นโรค เมื่อกลุ่มทดลองได้วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเองแล้ว จะทำให้เกิดความกลัวและจะทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารด้านความดันโลหิตสูง เป็นการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารฯ กล่าวคือบุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย เช่น การรับประทานอาหารเพื่อด้านความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร โดยการมีกิจกรรมทำให้สภาพแวดล้อมในบ้านและในชุมชนอุดมไปด้วยผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ และอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หาซื้อได้ง่ายและมีราคาถูกซึ่งเป็นกิจกรรมลดอุปสรรคจึงทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ มีกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองโดยการค้นหาบุคคลต้นแบบ ครีวเรือนต้นแบบ ประกวดเมนูอาหารด้านความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะเอาชนะการรับรู้อุปสรรคและลงมือปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่า

ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัตินั้น ๆ ทำให้บุคคลมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ 5 ด้านหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $p=0.000$ ) และกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งอาหารด้านความดันโลหิตสูงเน้นการรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ และพวกธัญพืชซึ่งเป็นอาหารที่มีโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง จำกัดและควบคุมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง รับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานโปรตีนจากเนื้อปลาและถั่วเหลือง รับประทานอาหารโซเดียมต่ำจะทำให้ปริมาณเกลือหรือโซเดียมในกระแสเลือดลดลง ซึ่งจะส่งผลให้แรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงลดลงด้วย (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) <sup>(7)</sup> ส่วนการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำจะช่วยให้อัตราการเพิ่มของปริมาณไขมันในเลือด จึงมีผลต่อการลดของระดับความดันโลหิตด้วย เนื่องจากหากมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้มีการตกตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังหลอดเลือด ส่งผลให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง มีลักษณะแข็งและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง และแรงดันการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย จะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ จึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เป็นเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (พีระ สมบัติดี, ธนพล ต่อปัญญาเรือง และสายสมร พลดงนอก, 2557) <sup>(8)</sup> ส่วนอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงจะส่งเสริมการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากเมื่อร่างกายได้รับโพแทสเซียมในปริมาณสูงขึ้น ไตก็จะขับโซเดียมออกจากร่างกายมากขึ้น โดยอัตโนมัติ (สง่า นิลวางกูร, 2526) <sup>(9)</sup> อาหารที่มีแมกนีเซียมสูงจะช่วยป้องกันการเกาะของโคเลสเตอรอลในหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดไม่ตีบแคบ จึงลดความดันโลหิตลงได้ สำหรับอาหารที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยให้อัตราการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แคลเซียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งการที่มีค่าระดับความดันโลหิตซิส

โตลิกของกลุ่มทดลองลดลงเป็นการสะท้อนว่า กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดน้อยลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และลดลงน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่มีการจัดกิจกรรมเพื่อชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและไม่มีการสร้างปัจจัยร่วมที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเปรียบเทียบบริโภคอาหารที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพร มาลีวรรณ (2559) <sup>(10)</sup> ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน การปฏิบัติตัว และ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 2) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 3) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 4) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 5) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม (2554) <sup>(11)</sup> ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยประยุกต์

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

น้ำหนักตัว และรอบเอว ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ( $M = 58.31, S.D. = 10.97$ ) น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ( $M = 61.25, S.D. = 12.74$ ) แต่ น้ำหนักตัวก่อนและหลังใช้โปรแกรมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .229$ ) และเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของทั้งสองกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้โปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักตัว ( $M = 64.25, S.D. = 11.79$ ) มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .041$ ) ส่วนผลการวัดรอบเอว พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีรอบเอวอยู่ระดับเกินเกณฑ์ ( $M = 85.47, S.D. = 10.53$ ) ซึ่งน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ( $M = 87.09, S.D. = 10.62$ ) แต่ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ รอบเอวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .543$ ) เมื่อเปรียบเทียบรอบเอวของทั้งสองกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มเปรียบเทียบมีรอบเอวอยู่ในระดับเกินเกณฑ์ ( $M = 88.03, S.D. = 12.93$ ) ซึ่งรอบเอวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .388$ ) เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน เนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรม มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันต่ำ อยู่ในระดับสูงมาก ( $M = 4.87, S.D. = 0.34$ ) รับประทานผักต่างๆ มือละ 2 ทัพพีเป็นประจำทุกวัน อยู่ในระดับสูงมาก ( $M = 4.68, S.D. = 0.47$ ) และสามารถรับประทานผลไม้ต่าง ๆ อย่างน้อย 2 จานเล็กเป็นประจำทุกวัน ระดับสูงมาก ( $M = 4.68, S.D. = 0.47$ ) เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มทดลองมีการรับประทานอาหารเช้าแต่ละมื้อในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย คือ อิ่มพอดี ไม่รู้สึกแน่นหรืออึดอัดเกินไป อยู่ในระดับสูงมาก ( $M = 4.78, S.D. = 0.42$ ) และ

รับประทานอาหารเช้า มื้อกลางวันปริมาณมาก และ รับประทานอาหารเช้าในปริมาณน้อยกว่ามื้ออื่นอยู่ในระดับสูงมาก ( $M = 4.56, S.D. = 0.50$ ) จึงส่งผลให้หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มเปรียบเทียบมีน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการที่น้ำหนักตัวและรอบเอวก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังใช้โปรแกรมฯ รอบเอวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ทำให้น้ำหนักตัวและรอบเอวลดลงไม่มากพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของชินรัตน์ ศิริทวี (2561)<sup>(2)</sup> ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤตินิสัยสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองพีริสดี-โพริสดีของกรีนและครูเตอร์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีรอบเอวต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา ผลทวี (2559)<sup>(1)</sup> เรื่องประสิทธิผล โปรแกรมการลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลอ่าวลึกน้อย อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยประยุกต์แนวคิดแรงจูงใจและความสามารถแห่งตน ต่อการลดน้ำหนัก ลดพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกขณะลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรอบพุงมากเกินเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 34 คน รูปแบบประกอบด้วย จัดกิจกรรมเข้าค่ายพิชิตอ้วน พิชิตพุง พักค้างใช้ระยะเวลา 3 วัน จัดกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติในการกิจ 3 ข้อ คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เน้นหลักการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก 2) การออกกำลังกาย เน้นหลักการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนัก และรอบพุง 3) การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกขณะลดน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลดลง ร้อยละ 76.50 น้ำหนักเท่า

เดิม ร้อยละ 20.60 น้ำหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.90 ความแตกต่างระหว่างน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพิชิตอ้วนพิชิตพุง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพิชิตอ้วน พิชิตพุง กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$

### ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง รพ.สต.บ้านน้ำพุ แล้วปรากฏว่า ทำให้ระดับความดันโลหิตและน้ำหนักลดลง ดังนั้นควรไปขยายทำในพื้นที่ รพ.สต.อื่น ในเขต อ.หนองมะโมง จ.ชัยนาท

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะสั้น จึงทำให้รอบเวลาดังกล่าวไม่มากนัก จึงควรศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาวโดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 3,6,12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ ที่ช่วยเหลือให้คำชี้แนะและตรวจสอบข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จจลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ เป็ น อ ย่ า ง ง อ ง ขอบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่ให้คำชี้แนะแนวทางการดำเนินงานวิจัยที่ถูกต้อง เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยเล่มนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพานหินและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตะขบทุกท่าน ที่ให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนในการเก็บข้อมูลและให้คำปรึกษา พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กุลธิดา พลทวี. ประสิทธิผลโปรแกรมการลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลอ่าวลึกน้อย อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน, 3(3),427-440 , 2558.
- 2.ชรินรัตน์ ศิริ ทวี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2561.
- 3.ฐานข้อมูลจังหวัดชัยนาท. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. ระบบบริการออนไลน์ ระบบHDC, 2562
- 4.บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5: ยูเอเอ็นซีไอ อินเทอร์เน็ต. กรุงเทพฯ, 2553.
- 5.พิระ สมบัติดี, ชนพล ต่อปัญญาเรือง, และสายสมร พลดงนอก. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น, 2557.
- 6.สง่า นิลวรางกูร. น้ำและอิเล็กโทรลัยต์. โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ, 2526.
- 7.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โอ-วิทซ์ (ประเทศไทย) นนทบุรี, 2555.
- 8.สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2554.
- 9.สุภาพร มาลีวรรณ. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.วารสารออนไลน์ :ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม , 2559