



# การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

## Development of Eating Pattern for People with Uncontrolled Hypertension Using Family Participation Approach

|          |             |           |               |
|----------|-------------|-----------|---------------|
| ดวงเดือน | будда*      | Duangduen | Budda*        |
| ศิวพร    | อึ้งวัฒนา** | Sivaporn  | Aungwattana** |
| วารารณ์  | บุญเชียง**  | Waraporn  | Boonchieng**  |

### บทคัดย่อ

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การรับประทานอาหารควรมีความสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคด้วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนในสภาพการณ์จริง ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ 68 คน สมาชิกในครอบครัว 68 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ (1) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ 2) แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนฯ 4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ(2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนกิจกรรมสำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาแบบแผนฯ นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.927 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับประทานอาหาร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่าจากการมีส่วนร่วมในทุกด้านของครอบครัวทำให้ได้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีชื่อแบบแผนว่า “กินหื้อดี กินหื้อลำ กินหื้อไกลโรคความดันโลหิตสูง” ที่มีสาระหลักของแผน 3 ประเด็น คือ “เพิ่มผัก” “ไม่หนักเค็ม” และ “กินพออิ่ม” และเมื่อนำแบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสภาพการณ์จริง พบว่าแบบแผนฯ มีความเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิต และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.50$ , S.D. = 0.62 และ  $\bar{x}=2.47$ , S.D.= 0.61) และจากกระยะประเมินได้ข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผนฯ ได้แก่ ควรมีการเพิ่มเติมรายละเอียดในแต่ละข้อของแบบแผนฯ เพื่อประโยชน์ต่อการประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการ

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, d.2230.bb@gmail.com

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



รณรงค์ให้เกิดการปฏิบัติตัวตามแบบแผนอย่างต่อเนื่องและการรณรงค์ต่อยอดในชุมชน รวมถึงควรมีการพัฒนาต่อยอดแบบแผนนี้ไปสู่การสร้างเมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่สามารถทำได้ง่าย และใช้ผักในท้องถิ่นที่มีคุณสมบัติในการลดความดันโลหิตมาเป็นวัตถุดิบต่อไป

**คำสำคัญ:** แบบแผนการรับประทานอาหาร โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว

### Abstract

Eating the right foods for the disease is essential for controlling blood pressure level among hypertensive persons, therefore it is important that eating patterns suit the context and lifestyle of these persons. A developmental research design was used to conduct this study. This study aimed to develop eating patterns for people with uncontrolled hypertension using family participation based on the family participation concept from literature reviewed and to study the feasibility of using the eating pattern in real situations. The population in the study consisted of: people with uncontrolled hypertension (N=68) and family members of people with uncontrolled hypertension (N= 68), and people who involved in caring for people with high blood pressure in the community (N=11). The study instruments were comprised of: 1) Data collection tools; (1) People with Uncontrolled Hypertension Eating Questionnaire, (2) Family Members Eating Questionnaire, (3) Focus Group discussion guide for Village Healthcare Volunteers and Health promoting Hospital Staff, (4) Feasibility of Using the Eating Pattern in Real Situation Questionnaire, and (2) Developmental Plan of the eating pattern for people with uncontrolled hypertension using family participation approach. The questionnaire content validity were test and CVI are 0.927, 0.99 and 1.00 respectively. The questionnaire reliability were test by using Cronbach's alpha coefficient formula, the reliability is 0.88 and 0.82 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and qualitative analysis.

Two main results were found. The first documented that eating patterns were comprised of three main ideas: increasing consumption of vegetables, following a low salt diet, and appropriate eating. The second finding showed that the eating pattern developed in this study was suitable for the lifestyle of persons with the uncontrolled hypertension and their family members at a moderate level ( $\bar{x}$ =2.50, S.D. = 0.62) and was feasible. ( $\bar{x}$ =2.47, S.D.= 0.61). Therefore, it is important to use mass media to provide more information about eating patterns to highlight the future benefits for uncontrolled hypertensive persons. Communities should encourage this group and their family members to use the eating plan and promote this eating pattern in the community. Moreover, in the future, the eating plan should include



recipes for hypertensives that use local vegetables known to lower high blood pressure. These recipes should be easy for to prepare.

**Keywords:** Eating pattern, Uncontrolled Hypertension, Family participation

### ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ในประเทศไทยพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความชุกเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวานและมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีอัตราเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เมื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนได้เป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่การเกิดผลกระทบหลายด้าน เช่น เกิดการเสียชีวิต เกิดความพิการ เกิดการเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจ (Bureau of Epidemiology, 2013; Office of Policy and Strategy, 2013) พื้นที่ตำบลยางน่องมีจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตที่ไม่มีโรคอื่นร่วมเพิ่มจาก 548 ราย ในปี 2555 มาเป็น 581 ราย ในปี 2557 และมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 68 ราย (Yang-Noey Health Promoting Hospital, 2014)

การป้องกันผลกระทบจากโรคมักกระทำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยกย่องมากในปัจจุบัน จากผลพวงของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคนั้นถือเป็นเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุด (Thai Hypertension Society, 2015; National Heart Lung and Blood Institute, 2006) จากความสำคัญของการที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นนำการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการช่วยลดระดับความดันโลหิตมาใช้ในทางปฏิบัติโดยมีการจัดทำคู่มือให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารและการจัด

สำหรับอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้แม้ในคู่มือต่างๆจะมีการกำหนดปริมาณส่วนของอาหารแต่ละชนิดและรายการอาหารทดแทนเป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในธงโภชนาการ แต่ในด้านการนำไปประยุกต์ใช้นั้นพบว่ามีความมีรูปแบบหรือแนวทางในการนำไปใช้ที่กว้าง ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับบริบทที่จำเพาะต่อแบบแผนการรับประทานอาหารของแต่ละภาคอาจทำให้ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Department of Disease Control, 2013; Scholl, 2012) และบริบทการรับประทานอาหารของประชาชนทางภาคเหนือนั้นพบว่าครอบครัวถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการรับประทานอาหาร และเป็นสิ่งที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำสมาชิกในครอบครัวอันประกอบไปด้วยตัวผู้ที่เป็นโรค และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการส่งเสริมให้เกิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้ หน่วยงานรัฐและภาคประชาชนในชุมชนยังถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวด้วย (Saowapa Sakayapant, 2005; Chalardchai Ramitanon, Satienpatanapong, Kasikam, & Maneelert, 2000); Ratchanee Namchantra, 2009; Umporn Wongtib, 2015) ทั้งนี้ในการศึกษาที่ผ่านมายังมิได้มีขั้นตอนการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบหรือพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจนและมีสมาชิกครอบครัวไม่ได้เข้าร่วมในทุกระยะของการศึกษาอย่างแท้จริง ดังนั้นเพื่อจะให้เกิดแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุด สมาชิกในครอบครัวควรต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระยะ



ของการดำเนินการอย่างแท้จริง (Cohen, & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 5 ขั้นตอน (Cohen, & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มาใช้ในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้เพื่อให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวสามารถนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวันต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

#### คำถามการวิจัย

1. แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีลักษณะอย่างไร
2. การใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความเป็นไปได้เพียงใด

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental design) ดำเนินการศึกษา ณ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2559 การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

#### ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (2 สัปดาห์)

ในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจขั้นต้น มาเป็นกลวิธีที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงๆ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลด้านการรับประทานอาหาร รวมถึงสถานการณ์ของการจัดการด้านอาหารจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อค้นหา ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง และหาแนวทางสำหรับการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้แบบสอบถามสถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 1.1: สำหรับผู้เป็นโรคฯ ชุดที่ 1.2 สำหรับสมาชิกในครอบครัว) และการสนทนากลุ่มกับที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคฯในชุมชน (แบบสนทนากลุ่ม (ชุดที่ 1.3)) ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และมีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จำนวน 68 คน สมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยตรงจำนวน 68 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้งที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง รวมทั้งสิ้น 11 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ปัญหาในการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในระยะดำเนินการพัฒนาแบบแผนฯ

#### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ระยะนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อตึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจขั้นต้น การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มาใช้ในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่



ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อยได้แก่

**ระยะพัฒนาแบบแผน (4 สัปดาห์)** ระยะนี้เป็นการสร้างรูปแบบของแบบแผนการรับประทานอาหาร

อาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นฐานการพัฒนาและนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแบบแผนฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบ purposive sampling ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 10 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้งรวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร มีความเต็มใจในการเข้าร่วมและสามารถเข้าร่วมจนกระทั่งการดำเนินการพัฒนาแบบแผนฯ เสร็จสิ้น เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการระยะนี้คือแบบแผนการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เมื่อได้แบบแผนฯ แล้วกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดแนวทางการนำแบบแผนไปใช้ และได้สื่อประกอบการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในรูปแบบของสื่อสตีกเกอร์

**ระยะนำแบบแผนไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริง (4 สัปดาห์)** ระยะนี้เป็นการนำแบบแผนฯ

ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริงเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยประชากรที่ร่วมใช้แบบแผน ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ระยะนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมในการการประเมินผล และการรับผลประโยชน์มาใช้ในการดำเนินการ เพื่อประเมิน

ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นหลังจากระยะทดลองใช้เสร็จสิ้น ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 3.1) ใช้ระยะเวลาในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 2 วัน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามสถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 1.1: สำหรับผู้เป็นโรคฯ ชุดที่ 1.2 สำหรับสมาชิกในครอบครัว) และแบบการสนทนากลุ่มกับที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคฯ ในชุมชน (ชุดที่ 1.3) ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและทำการปรับแก้ให้มีความเหมาะสมแล้วไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.927 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดที่ 1.1 และ 1.2 โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา ณ ตำบลหนองผึ่ง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยภูมิ จำนวนทั้งหมด 10 ราย จากนั้นหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย 031/2559) ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนดสามารถบอกเลิกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ



และนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอ  
ข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวิเคราะห์โดยการ  
แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับประทาน  
อาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่  
1.1) แบบสอบถามการรับประทานอาหารของสมาชิก  
ในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่  
ได้ (ชุดที่ 1.2) และ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการ  
ใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรค  
ความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 3.1: ส่วนที่ 1)  
ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการ  
แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง  
เบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแนวคำถามการสนทนา  
กลุ่มสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรค  
ความดันโลหิตสูงในชุมชน (ชุดที่ 1.3) และข้อเสนอแนะ  
ต่อการใช้แบบแผนผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล  
เชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลได้ตามระยะของการ  
วิจัยได้ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์:** จากการที่  
ครอบครัวเข้าร่วมในการตัดสินใจในระยะวิเคราะห์  
สถานการณ์ทำให้พบปัญหาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรับ  
ประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่  
ได้แก่ อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด  
ควบคุมไม่ได้ในชุมชนตำบลยางเนิ้งและสมาชิกครอบครัว  
นิยมเลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กลุ่มเนื้อ  
สัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์และเครื่องในสัตว์ รวมถึงกลุ่ม  
อาหารแปรรูปและกลุ่มขนมของหรือขนมเบเกอรี่ แต่ยังมี  
การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และแมกนีเซียม  
สูงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกับอาหาร 3 กลุ่มข้างต้น การ  
นิยมดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็มทั้งขณะประกอบอาหารและ

ขณะรับประทานอาหาร (Table salt) และปัญหาและ  
อุปสรรคหลักในการเลือกรับประทานหรือประกอบ  
อาหารอาหารให้เหมาะสมกับโรคนั้น ได้แก่ การนิยมรับ  
ประทานอาหารที่ตนเองชอบมากกว่าอาหารที่เหมาะสม  
กับโรค ความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสม  
กับโรค ความต้องการความหลากหลายของอาหาร  
ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการหาซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค  
และไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม  
กับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าไปส่งเสริม  
ให้เกิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็น  
โรคที่อยู่ในวัยทำงานนั้นมีปัญหาจริง

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ:** จากการมีส่วนร่วมใน  
การวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการทำให้ได้  
แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความ  
ดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีชื่อแบบแผนว่า กินหื้อ  
ดี กินหื้อล่า กินหื้อไกลโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มเป้าหมาย  
ของแผนคือ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด  
ควบคุมไม่ได้ กลุ่มวัยทำงานทั้งชายและหญิง อายุ 35 –  
59 ปี 2) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่  
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรค  
หัวใจ โรคไตวาย หรือไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเกาต์ และ  
3) สมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
ภายในแผนมีการกำหนดสัดส่วนอาหารในรูปแบบของ  
ธงโภชนาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
(วัยทำงาน) ตำบลยางเนิ้ง ซึ่งเน้นอาหารในกลุ่มข้าว แป้ง  
และอาหารในกลุ่มผักผลไม้ในการกำหนดข้อปฏิบัติใน  
แบบแผน ได้มีการกำหนดเป็นรูปแบบของไค้ดคำ โดย  
แต่ละไค้ดมีสาระสำคัญดังนี้

1. เพิ่มผัก: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดัน  
โลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวมีการ  
เพิ่มสัดส่วนของผักที่อุดมด้วยแร่ธาตุโพแทสเซียม และ  
แมกนีเซียมในจานอาหาร และรับประทานให้ได้ 4-5 ส่วน  
ต่อวัน ในการรับประทานและการประกอบอาหารนั้นเน้น  
สีส้มของผักที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความน่ารับประทาน  
และเน้นการรับประทานผักที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นตาม  
แต่ละฤดูกาลเพื่อลดต้นทุนในการประกอบอาหารที่  
เหมาะสมกับโรคได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดทุกชนิด คะน้า



เห็ด ผักหวาน ยอดมะขาม ผักบุ้ง มะเขือเทศ ฟรุ้ง กล้วย น้ำว้า และส้มเขียวหวาน

2. ไม่นักเค็ม: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มในการประกอบอาหารเช่น เต้าเจี้ยว เกลือ กะปิ น้ำปลา ปลาร้า ซีอิ๊ว ซอสต่างๆ ตลอดจนผงชูรส ผงปรุงรส หรือซุบก้อนปรุงรส ลดการเติมเครื่องปรุงรสเค็มก่อนรับประทานอาหาร (Table salt) เช่น พริกน้ำปลา ซอสและน้ำจิ้มทุกประเภทโดยเริ่มจากการลดลงจากปริมาณเดิมครึ่งหนึ่ง และให้ชิมอาหารก่อนปรุง หากเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานให้ลดการชดน้ำแกง

3. กินพออิ่ม: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวไม่รับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป โดยคำว่า “อิ่ม” หมายถึง “เมื่อสิ้นสุดการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ผู้รับประทานอาหารยังสามารถดื่มได้อีกประมาณ 2 แก้วก่อนจบบื้ออาหาร และต้องรู้สึกสบายท้อง ไม่นึก

ท้อง หรือจุกแน่นท้องจนเกินไป ” เพื่อให้วงจรการหิว-อิ่มของธรรมชาติของแต่ละบุคคลสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น และแต่ละมื้อควรทานแต่พอดีและทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารในกลุ่มข้าวและแบ่งเป็นอาหารหลัก รองลงมาคือกลุ่ม กลุ่มผักผลไม้

ด้านแนวทางการนำแบบแผนฯไปใช้ในสภาพการณ์จริง ได้นำใช้ในรูปแบบของสื่อสติ๊กเกอร์ที่ประกอบไปด้วย โค้ดคำและสรุปสาระสำคัญของแต่ละโค้ดคำ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล: ผลการประเมินความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนฯไปใช้ ประกอบด้วยสามส่วน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

3.1 ด้านความเหมาะสมของแบบแผนฯกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เห็นว่าแบบแผนฯมีความเหมาะสมวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในด้านต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนฯกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (N=136)

| ความเป็นไปได้ของการใช้<br>แบบแผนการรับประทานอาหาร                                                                         | ระดับความเหมาะสม |        |         |        |       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|---------|--------|-------|--------|
|                                                                                                                           | มาก              |        | ปานกลาง |        | น้อย  |        |
|                                                                                                                           | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| แบบแผนฯไม่ขัดแย้งกับวัฒนธรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ที่ครอบครัวยึดถือ                                  | 78               | 57.4   | 49      | 36.0   | 9     | 6.6    |
| แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผนฯ มีความสอดคล้องกับอาหาร และวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหารในชุมชน | 75               | 55.1   | 56      | 41.2   | 5     | 3.7    |



**3.2 ด้านความเหมาะสมของแบบแผนฯกับการดำเนินชีวิตประจำวัน** พบว่าประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกใน

ครอบครัว ให้ความเห็นว่าแบบแผนฯมีความเหมาะสมและง่ายต่อการนำไปใช้ในชีวิิตประจำวัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิิตประจำวัน (N=136)

| ความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิิตประจำวัน                                              | ระดับความเหมาะสม |        |         |        |       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|---------|--------|-------|--------|
|                                                                                             | มาก              |        | ปานกลาง |        | น้อย  |        |
|                                                                                             | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความง่ายเนื้อหาในแบบแผนฯต่อการทำความเข้าใจ                                                  | 68               | 50.0   | 57      | 41.9   | 11    | 8.1    |
| ความง่ายในการนำแบบแผนการรับประทานอาหารไปใช้ในชีวิิตประจำวัน                                 | 81               | 59.6   | 48      | 35.3   | 7     | 5.1    |
| แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิิตในแต่ละวัน | 73               | 53.7   | 54      | 39.7   | 9     | 5.6    |

**3.3 สรุปความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯ** พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของระดับความเป็นไปได้ในการนำแบบแผนไปใช้ใน

สภาพการณ์จริงอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯจำแนกตามรายด้าน (N=136)

| ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯ                                     | ค่าเฉลี่ย<br>$\bar{x}$ | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน<br>(S.D) | ระดับความเป็นไปได้ |
|------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------|
| ความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 2.50                   | 0.62                          | ระดับปานกลาง       |
| ความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิิตประจำวัน                   | 2.47                   | 0.61                          | ระดับปานกลาง       |

#### การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5 ขั้นตอน (Cohen, & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) โดยผลการศึกษานำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ในระยยะที่ 1 สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากคนวัยทำงานนั้นมีความต้องการพลังงานที่แตกต่างกับวัยอื่น เป็นวัยที่ต้องทำงานและมีการเผชิญกับความเครียดในหลายรูปแบบ ดังนั้นแม้ว่าร่างกายจะหยุดการเจริญ



เติบโตแล้วแต่ร่างกายยังต้องการพลังงานที่เพียงพอ และสารอาหารที่ครบถ้วนเพื่อบำรุงรักษาและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายให้คงสภาพและทำงานต่อไป (Pattanan Srimuang, 2012) โดยทั่วไปผู้ที่มีอายุในช่วง 35 – 59 ปีนั้นควรได้รับพลังงานอยู่ในช่วง 1,500 – 1,700 kcalต่อวันในเพศหญิง และได้รับพลังงานอยู่ในช่วง 2,200-2,450 kcal ต่อวันในเพศชาย (Department of Medical Services, 2006) และสัดส่วนของกลุ่มอาหารที่ได้รับต่อวันควรมีเหมาะสมโดยเน้นรับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน โปรตีนคุณภาพดี ไขมันจากพืช และบริโภคน้ำตาลหรือเกลือให้น้อยที่สุด (Porrarat Supanimitiyothin, 2013) แต่อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชนตำบลยางนึ่งและสมาชิกครอบครัวนิยมเลือกรับประทานในชีวิตประจำวันนั้นส่วนใหญ่อุดมด้วยเกลือและน้ำตาลในปริมาณสูง เน้นไขมันจากสัตว์ และพบว่าการบริโภคที่ผิดสัดส่วนทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติถึงท้วม

ในระยะที่ 2 แบบแผนแบ่งออกเป็นสองส่วน โดยส่วนที่ 1 ประกอบด้วยชื่อแบบแผนฯ กลุ่มเป้าหมายของแบบแผนฯ และธงโภชนาการที่สอดคล้องกับทุนด้านอาหารและวิถีด้านการจัดการอาหารของพื้นที่ยางนึ่ง ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อปฏิบัติของการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ แสดงในลักษณะ Code ซึ่งมีการระบุรายละเอียดที่ความสอดคล้องกับสัดส่วนของอาหารตามธงโภชนาการที่กำหนดและสาระสำคัญของแผน ในด้านสาระสำคัญของแบบแผนฯในส่วนของธงโภชนาการและ Code นั้น มีความสอดคล้องกับหลักในการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ตามหลักการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH diet eating plan) และธงโภชนาการสำหรับวัยทำงาน คือ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานผักและผลไม้ที่อุดมด้วยแร่ธาตุโพแทสเซียม และแมกนีเซียมในจานอาหารให้ได้ 4-5 ส่วนต่อวัน และเน้นสีส้มของผัก

ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความน่ารับประทานและได้แร่ธาตุวิตามินครบถ้วน (Bureau of Nutrition, 2012; Pattanan Srimuang, 2012; National Heart Lung and Blood institute, 2003) และ 2) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป โดยแต่ละมื้อควรทานแต่พอดีและทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ตามสัดส่วนที่ถูกต้องในธงโภชนาการคือ เน้นรับประทานอาหารในกลุ่มข้าวและแป้งเป็นอาหารหลัก รองลงมาคือกลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ นม กลุ่มผักผลไม้ ลดหรือเลี่ยงการประกอบอาหารโดยวิธีที่ใช้น้ำมัน และบริโภคเกลือและน้ำตาลให้น้อยที่สุดในแต่ละวัน ด้วยการลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มในการประกอบอาหาร ลดการเติมเครื่องปรุงรสเค็มก่อนรับประทานอาหาร (Table salt) และให้ชิมอาหารก่อนปรุง (Bureau of Nutrition, 2012) และนอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมให้คำเกณฑ์ของคำว่า “อิม” ที่สอดคล้องกับบทความของ Chantana Sittijumroon (2013) และ Chattapa Hattakosol (2014) ที่กล่าวว่า ความอิมเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อให้วงจรการหิว-อิมของร่างกายคืนกับปริมาณอาหารที่ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป และทำให้วงจรหิว-อิมตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลสามารถทำงานได้ตามปกติและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยความรู้สึกอิมนั้นเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ไม่มีเกณฑ์ในการวัดที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับลักษณะร่างกาย รวมถึงลักษณะนิสัยของบุคคลนั้นๆ

ด้านสื่อสตีกเกอร์ประกอบการนำแบบแผนฯ ไปใช้นั้น ถือเป็นสื่อการสอนประเภทวัสดุซึ่งเป็นสื่อที่มีประโยชน์และคุณค่าต่อการเรียนการสอนทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นสื่อขนาดเล็กมีศักยภาพในการบรรจุเก็บเนื้อหาและถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งมีข้อดี คือ สามารถแสดงเนื้อหาตามธรรมชาติของการเข้าใจให้เข้าใจง่ายขึ้นได้ด้วยตัวสื่อเอง ไม่ต้องอาศัยผู้บรรยายประกอบ สามารถผลิตได้ง่ายต้นทุนการผลิตต่ำ และมีความสะดวกรวดเร็วในการใช้งาน แต่ทั้งนี้สื่อประเภทนี้มีข้อจำกัดคือ หากการออกแบบและการผลิตไม่ดีอาจทำให้ผู้เรียนเข้าใจยาก และสามารถใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กเท่านั้น (Karnjana



Keawtep, Khanitta Nilpueng, & Rattikarn Janejud, 2013)

การศึกษาครั้งนี้ให้ผลประโยชน์แก่ชุมชนโดยรวม หลังจากดำเนินการ ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญได้เข้ามาร่วมสร้างแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ถือเป็นการร่วมกันทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นโรค และการหันกลับมาบริโภคอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่น ซึ่งจะก่อให้เกิดการหมุนเวียนของระบบเศรษฐกิจในชุมชน และการดำรงอยู่ของพืชพันธุ์ไม้ในท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) (World Health Organization, 1986) และการที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวได้แบบแผนในการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตของตนจากการที่ตนเองได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบแผน สอดคล้องกับแนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์วิถีชีวิตไทย (Office of Policy and Strategy, 2013) ที่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผนวกกับการส่งเสริมให้ทุกส่วนในชุมชน มีมุมมองการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการ และเป็นองค์รวม โดยเชื่อมโยงทุกมิติในระบบสุขภาพ

## ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ความเป็นได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการดำเนินงาน ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุด (Cohen, & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) จากผล

การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าแบบแผนฯ มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารที่ครอบครัวยึดถือ ในระดับมาก (ร้อยละ 57.4) และส่วนใหญ่เห็นว่าแนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน มีความสอดคล้องกับอาหาร และวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหารในชุมชน ในระดับมาก (ร้อยละ 55.1) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารตามวิถีท้องถิ่นต่อการควบคุมหรือป้องกันโรคเรื้อรังของ Wengreen et al. (2013) ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแบบแผนการรับประทานอาหารแบบชาวเมดิเตอร์เรเนียนนั้นให้ผลดีต่อการรู้จำของผู้สูงอายุเทียบเท่ากับการรับประทานอาหารแบบ DASH diet และการรับประทานอาหารแบบวิถีท้องถิ่นนั้นยังส่งผลให้เกิดการบริโภควัตถุดิบในการประกอบอาหารในพื้นที่ชุมชนในระดับที่สูงขึ้น

ในด้านความง่ายต่อการทำความเข้าใจ พบว่า แม้ครึ่งหนึ่งจากประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ให้ความเห็นว่าแบบแผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่ยังมีประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 41.9 ที่ให้ความเห็นว่า แบบแผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการขาดรายละเอียดบางประเด็นในเนื้อหาของแบบแผนฯ อาจเนื่องจากข้อจำกัดของสื่อที่เลือกใช้ประกอบการนำเสนอแบบแผนฯ ไปใช้ ในด้านความง่ายในการนำแบบแผนการรับประทานอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่าประชากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าแบบแผนฯ มีความง่ายต่อการนำแบบแผนไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 59.6) และส่วนใหญ่เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันในระดับมาก (ร้อยละ 53.7) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากสาระสำคัญของแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนั้นไม่ได้ให้งด หรือจำกัดปริมาณอาหารหรือ



เครื่องปรุงที่มีรสเค็มเสียทีเดียว แต่มุ่งให้ลดปริมาณจากเดิมลงเพื่อประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนวัยทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตด้วย จึงทำให้มีความสอดคล้องกับแบบแผนการกินแบบล้านนา (Northern Eating Pattern) ที่มีความแตกต่างจากภาคอื่น (Saowapa Sakayapant, 2005; Ramitanon, Satiengpatanapong, Kasikam, & Maneelert, 2000) และจากการสรุประดับของความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนไปใช้พบว่า ด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.50$ , S.D. =0.62) และด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.47$ , S.D.= 0.61) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลจากการไม่มีเนื้อหาและรายละเอียดในประเด็นของจำนวนโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน รวมถึงขาดการยกตัวอย่างเมนูอาหารที่ควรบริโภค และอุปสรรคจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เวลาในการจัดเตรียมอาหาร ความเคยชินเดิมของผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัว การลืมในการปฏิบัติตามแบบแผน การขาดความพยายามในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ดังปรากฏในข้อมูลด้านปัญหาและอุปสรรคจากการทดลองใช้แบบแผน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และ สมาชิกครอบครัว ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ นำแบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และ สนับสนุนการเผยแพร่แบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นให้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

2. บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นำสาระสำคัญของแบบแผนรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นไปต่อยอดในการสร้างนวัตกรรมด้านอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือพัฒนาเมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่มีความเหมาะสมกับทุนทางสังคม ด้านวัตถุดิบในการประกอบอาหารและบริบทของพื้นที่ ทั้งในพื้นที่วิจัยและในพื้นที่อื่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง และการศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนฯ ในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. *World Development*, 8(3), 211-223.
- Creighton, L. J. (2005). *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement*. USA: Jossey Bass.
- Department of Health, Bureau of Nutrition. (2012). Eat a little less salty- Conquer high blood pressure. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University. (In Thai)
- Hattakosol C. (2014). Hunger, appetite, and satiety. Retrieved May 20, 2015, from <http://www.thaihealth.or.th/Content/24563.html> (In Thai)



- Keawtep, K., Nilpueng, K., & Janejud, R. (2013). *Health-food-communication*. Bangkok: Parp Pim. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control. (2013). *Report of form review on the prevention of non-communicable diseases from life-style By reducing salt intake*. Bangkok: Veterans Relief Organization. (In Thai)
- Ministry of Health, Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. (2013). Report of chronic non-communicable disease surveillance 2011. Retrieved May 20, 2014, from [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/wesr\\_2556 %20digital/wk56\\_10.pdf](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/wesr_2556%20digital/wk56_10.pdf). (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Medical Services. (2006). *Clinical practice guidelines for nutrition therapy in patients Diabetes, high blood pressure And people with dyslipidemia for the elderly*. Bangkok: Agricultural Gathering of Thailand. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Office of Policy and Strategy. (2013). Summary of important national statistics 2013. Retrieved May 20, 2014, from [http://www.m-society.go.th/article\\_attach/11378/15693.pdf](http://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdf). (In Thai)
- Ministry of Public Health, Office of Policy and Strategy. (2013). Thailand Healthy Life-style Strategic Plan 2011-2020. Retrieved May 20, 2014, from [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703\\_1\\_.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf). (In Thai)
- Namchantra, R. (2009). Patient-and Family-centered Care: A Challenge Model of Healthcare Services. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(1). 5-10. (In Thai)
- National Heart Lung and Blood Institute. (2006). *Your guide to Lowering your blood pressure with DASH: DASH diet eating plan*. USA: U.S. Department of health and human service.
- Promsao, K., & Bensilaraksa, N. (1999). *Trace the Thai recipe*. Chiang Mai: Wannarak. (In Thai)
- Ramitanon, C., Satienpatanapongsa, C., Kasikam, P., & Maneelert, T. (2000). *Eating culture of Norther Thai People*. Chiang Mai: Ming-muang (In Thai)
- Sakayapant, S. (2005). *Local food recipe*. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University. (In Thai)
- Scholl, J. (2012). Traditional Dietary Recommendations for the Prevention of Cardiovascular Disease: Do They Meet the Needs of Our Patients?. *Hindawi Publishing Corporation Cholesterol*.
- Sittijumroon C. (2013). *Modern medicine 2013 : Obesity and appetite control*. Bangkok: P. A. Living. (In Thai)
- Srimuang P. (2012). *Healthy food and nutrition therapy*. Bangkok: M and M Laserprint.(In Thai)
- Supanimityothin P. (2013). *Food and nutrition*. Bangkok: O. S. Printing House. (In Thai)
- Thai Hypertension Society. (2015). Introduce to Thai guidelines on the treatment of hypertension update 2015. Retrieved October 20, 2015, from <http://thaihypertension.org/files/297.2015%20Conference%20-%20Document.pdf>. (In Thai)



- Wengreen, H., Munger, R. G., Cutler, A., Quach, A., Bowles, A., Corcoran, C., ...& Welsh-Bohmer K. A. (2013). Prospective study of Dietary Approaches to Stop Hypertension- and Mediterranean-style dietary patterns and age-related cognitive change: the Cache County Study on Memory, Health and Aging. *The American journal of clinical nutrition*, 98, 1263-1271.
- Wongtib, U. (2015). Development of Hypertension Prevention Program among People at Risk by Community Participation. *Nursing Journal*. 42(4), 12-24. (In Thai)
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved July 27, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Yang-Noey Health Promoting Hospital. (2014). PCA Report (Fiscal year 2014) Yang-Noey Health Promoting Hospital. Chiang nai: Author. (In Thai)