

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับ
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว



ดวงเดือน บุคดา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สิงหาคม 2559

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับ
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว



ดวงเดือน บุคดา

วิทยานิพนธ์นี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิงหาคม 2559

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับ
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ดวงเดือน บุคคา

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

..... ประธานกรรมการ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร คำผลศิริ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา)

..... กรรมการ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา) (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล)

30 สิงหาคม 2559

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา และ รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้ง คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ คำแนะนำในระหว่างการศึกษาตลอดจนจบหลักสูตร

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง ประชาน และอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลยางเนิ้ง กลุ่มผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว ที่กรุณาอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือในการประสานงาน และให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ถือเป็นอีกหนึ่งแรงสำคัญที่ช่วยเหลือให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษา ต่อ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่านที่ให้กำลังใจ การสนับสนุน และช่วยเหลือตลอดการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา บุคคลในครอบครัว ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจและการสนับสนุนในทุกด้านเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในข้างต้นทุกท่าน

ดวงเดือน บุคดา

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว	
ผู้เขียน	นางสาวดวงเดือน บุคดา	
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)	
คณะกรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิวพร อึ้งวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ บุญเชียง	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การรับประทานอาหารควรมีความสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคด้วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนในสภาพการณ์จริง ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ 68 คน สมาชิกในครอบครัว 68 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข เขียวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาในระยะนี้ คือ แผนกิจกรรมสำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า จากการมีส่วนร่วมในทุกด้านของครอบครัวทำให้ได้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีชื่อแบบแผนว่า “กินหือดี กินหือล้า กินหือไกล โรคความดันโลหิตสูง” ที่มีสาระหลักของแผน 3 ประเด็น คือ “เพิ่มผัก” “ไม่หนักเค็ม” และ “กินพออิ่ม” และเมื่อนำแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสภาพการณ์จริง พบว่าแบบแผนฯมีความเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิต และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.50, S.D. =0.62 และ \bar{X} =2.47, S.D.= 0.61)

ข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผนฯ ได้แก่ ควรมีการเพิ่มเติมรายละเอียดในแต่ละข้อของแบบแผนฯ และควรปรับสื่อที่ใช้ประกอบการเผยแพร่แบบแผนฯ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อการนำไปการรณรงค์ให้เกิดการปฏิบัติตัวตามแบบแผนฯอย่างต่อเนื่อง และการรณรงค์ต่อยอดในชุมชนรวมถึงควรมีการพัฒนาต่อยอดแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้นี้ ไปสู่การสร้างเมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่สามารถทำได้ง่าย และใช้ผักในท้องถิ่นที่มีคุณสมบัติในการลดความดันโลหิตมาเป็นวัตถุดิบต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Thesis Title	Development of Eating Pattern for People with Uncontrolled Hypertension Using Family Participation Approach	
Author	Miss Duangduen Budda	
Degree	Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)	
Advisory Committee	Assistant Professor Dr. Siwaporn Aungwattana	Advisor
	Associate Professor Dr. Waraporn Boonchiang	Co-advisor

ABSTRACT

Eating is the essential factor which influence in controlled blood pressure level among hypertensive persons, as the result of this reason the eating pattern have to suit with the context and life style of these person. The developmental research design was used to conduct the study. This study aimed to develop eating pattern for people with uncontrolled hypertension using family participation based on the family participation concept from related literature reviewed and to study about feasibility of using the eating pattern in the real situation. The population in the study consisted of 1) People with uncontrolled hypertension 68 people, 2) The people with uncontrolled hypertension's family members 68 people, and 3) Healthcare volunteer villages who is health care expertise and primary health care hospital staff who has responsibility about chronic care disease 11 people. The study instruments comprised of 1) a questionnaires regarding eating situation of People with Uncontrolled Hypertension 2) a questionnaires regarding eating situation of the family member 3) focus group question outline for approach the healthcare volunteer villages and primary health care hospital staff 4) a questionnaires regarding feasibility of using the eating pattern in the real situation and 5) Developmental plan of the eating pattern for people with uncontrolled hypertension using family participation Approach. The data were analyzed using descriptive statistics and qualitative analysis.

The result of using the family participation approach to develop the eating pattern for people with uncontrolled hypertension consisted of 1) the eating pattern which compounded of three main ideas; increasing vegies consume, low salt consume and appropriated eating 2) the feasibility of using the eating pattern in the real situation showed that the eating pattern was suited with the uncontrolled hypertensive persons and their family member context and their life style moderately, the average feasibility score and the standard deviation of these issues is 2.50 and 2.47 (\bar{X} =2.50, S.D. =0.62 and \bar{X} =2.47, S.D.= 0.61) respectively. Therefore, the eating pattern have to add more detail and adjust some detail of the eating pattern mass media because of future benefits like for promote uncontrolled hypertensive persons and their family members to continue with the eating plan and promote this eating pattern in the community space. Moreover, in the future, the eating plan is should developed to become the hypertension recipe that using the local vegetables which action on lowering high blood pressure and a menu in the recipe should be easy for cooking.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
ABSTRACT	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
โรคความดันโลหิตสูง	10
อาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	18
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	27
การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	50
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	50
การอภิปรายผล	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	100
สรุปผลการวิจัย	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	103
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	104
เอกสารอ้างอิง	105
ภาคผนวก	112
ภาคผนวก ก เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	113
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล	118
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	129
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ภาคผนวก จ การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	135
ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองโครงการวิจัย	136
ประวัติผู้เขียน	138

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ คำนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้จัดเตรียมอาหาร	51
ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็น โรค ความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ คำนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้รายได้ต่อเดือน และผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่สมาชิกในครอบครัว ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	54
ตารางที่ 4-3 จำนวนและร้อยละของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลยางน่อง จำแนกตาม เพศ	56
ตารางที่ 4-4 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้ จำแนกตามอาหารที่เลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน และ ระดับความถี่ในการปฏิบัติ	57
ตารางที่ 4-5 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้ จำแนกตามการประกอบอาหาร และระดับความถี่ในการปฏิบัติ	59
ตารางที่ 4-6 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้ จำแนกตามปัญหา และอุปสรรคในการรับประทานอาหาร ให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	60
ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามอาหารที่เลือกรับประทานในชีวิต ประจำวัน และระดับความถี่ในการปฏิบัติ	61
ตารางที่ 4-8 จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็น โรค ความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามการประกอบอาหาร และ ระดับความถี่ในการปฏิบัติ	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4-9 จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามปัญหา และอุปสรรคในการจัดเตรียม และประกอบอาหารให้เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว และระดับความถี่ในการปฏิบัติ	64
ตารางที่ 4-10 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	85
ตารางที่ 4-11 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	86
ตารางที่ 4-12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯ จำแนกตามรายด้าน	87

สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 2-1	ธงโภชนาการ	23
ภาพที่ 2-2	Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet pyramid)	24
ภาพที่ 3-1	ขั้นตอนการพัฒนาแบบแผน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในแต่ละชั้น	48
ภาพที่ 4-1	ภาพแสดงวัตถุดิบในการประกอบอาหารแยกตาม และอาหารที่ประชากรชุมชน ยางเนิ้ง นิยมรับประทานในรอบปี	72
ภาพที่ 4-2	ภาพแสดงอาหารที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานนิยมนำรับประทาน ในแต่ละมื้อแต่ละวัน	72
ภาพที่ 4-3	แผนภาพเปรียบเทียบระหว่างสัดส่วนอาหารที่คนในชุมชนรับประทานในแต่ละวัน กับสัดส่วนอาหารตามธงโภชนาการ	73
ภาพที่ 4-4	ภาพแสดงสาระสำคัญในแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงส่วนที่ 1	78
ภาพที่ 4-5	ภาพแสดงสาระสำคัญในแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงส่วนที่ 2	79
ภาพ 4-6	ภาพสื่อสติกเกอร์ที่ใช้ประกอบการเผยแพร่แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ทั้งเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องเฝ้าระวัง จากรายงานข้อมูลสถิติปี ค.ศ. 2013 ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ในสหรัฐอเมริกา พบประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 31 และในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ ประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (World Hypertension League, 2013) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยของสำนักระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2556 พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความชุกเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน โดยอัตราความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสะสม จากปี พ.ศ. 2550-2555 เท่ากับ 3,112.60 ต่อแสนประชากร และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีอัตราเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยเพิ่มจาก 500.65 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 937.58 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายจังหวัด พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี คิดอันดับ 1 ใน 5 ของภาคเหนือ โดยจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากอัตราป่วย 1,115 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2550 มาเป็น 1,707.19 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556 เมื่อพิจารณาข้อมูลความชุกของโรคตามช่วงวัยและกลุ่มอายุ จากรายงานการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2556 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุช่วง 35-59 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด โดยมีสัดส่วนการป่วยถึงร้อยละ 57.37 จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีการแสดงอาการที่เด่นชัดหรือจำเพาะ ส่วนใหญ่มักตรวจพบจากการคัดกรองสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงคิดว่าตนเองไม่มีความเจ็บป่วยใดๆ หรือหายจากโรคแล้ว ทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนขาดความสม่ำเสมอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ จนทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตน

ให้อยู่ในระดับปกติได้ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) ดังการศึกษาของ จี และคณะ (Gee et al., 2012) ที่พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เกิดจากการที่โรคไม่มีอาการที่เด่นชัด ทำให้ผู้ที่เป็นโรคขาดความตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตของตน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา จากข้อมูลรายงานสรุปข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคเพียงร้อยละ 20.47 เท่านั้น ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายของการรักษายังมีสัดส่วนที่น้อยมาก จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงอำเภอสารภีจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์ของโรคในระดับประเทศ โดยข้อมูลจากฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่า ในพื้นที่มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสะสม จำนวน 10,621 ราย และมีเพียง 1,348 ราย (ร้อยละ 12.69) เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2559) เมื่อพิจารณาตามรายตำบล พบว่าตำบลยางหนึ่ง มีจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตที่ไม่มีโรคอื่นร่วม เพิ่มจาก 548 ราย ในปี 2555 มาเป็น 581 ราย ในปี 2557 และมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 68 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง, 2557)

เมื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนได้เป็นระยะเวลานาน (Uncontrolled Hypertension) จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ส่งผลให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้ จากข้อมูลสถิติปี 2554 พบว่าร้อยละ 97.74 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีสัดส่วนของภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจสูงสุด คือ ร้อยละ 63.18 และรองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 19.08 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จนอยู่ในระดับที่รุนแรงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ หรือการเสียชีวิตสุขภาพ (Disability-adjust life years: DALYs) ข้อมูลจากกรมสถิติปี 2552 พบว่า คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.2 ของ DALYs คิดเป็นอันดับสามรองจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) เมื่อพิจารณาข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายจังหวัด พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงติดอันดับ 1 ใน 3 ของภูมิภาคโดยอัตราการตายในช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2555 อยู่ที่ 5.82 ถึง 6.18 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

นอกจากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้เสียชีวิตหรือพิการแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านอื่นด้วย ได้แก่ ด้านจิตใจ โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล (ชูชาน เพอร์, 2550) ส่วนด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าเดินทางเพื่อไปรับการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนเกินอื่นๆ จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,926 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งถือว่ามียาจ่ายสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถานการณ์และผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่เด่นชัดแต่หากผู้ที่เป็นโรคมักปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดความเสียหายหลายด้านตามมา ดังนั้นการได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อลดผลกระทบจากโรค และช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคมียุทธศาสตร์ชีวิตที่ดี

การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อยับยั้งหรือชะลอวงกระบวนการดำเนินของโรค (วารสารณ์ บุญเชียง และ วารสารณ์ เลิศพูนวิไลกุล, 2556) และ เป็นที่กล่าวขานมากในปัจจุบันเนื่องจากเป็นหนึ่งในกลยุทธ์เพื่อการจัดการโรคเรื้อรังตามกรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข ปีพุทธศักราช 2554-2563 อันมีเป้าหมายหลักในการดูแลคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในทุกระยะของโรค (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีผลอย่างมากต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ปริวัตร เฟิงแก้ว, 2555; พัชรพล ลอมแปลง, นงนุช โอบะ, และ ชมนาด วรรณพรศรี, 2555) โดยเฉพาะการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคนั้น ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุดนอกจากนี้ ดังข้อมูลจากสรุปการประชุม JNC8 และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014) ได้ให้คำแนะนำว่า กลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตสูงที่สุด คือ การรับประทานอาหารตามแนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิธีนี้สามารถลดระดับของความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่การออกกำลังกายสามารถลดระดับของความดันโลหิตได้เพียง 4-9 มิลลิเมตรปรอท และการงดดื่มสุราสามารถลดระดับของความดันโลหิตได้เพียง 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีหลายการศึกษาที่
ให้ผลชัดว่าอาหารและการประกอบอาหาร มีความสัมพันธ์กับการลดระดับของความดันโลหิต เช่น
ในการศึกษาของ รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์ (2556) ที่พบว่า ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม
กับโรค เช่น การทานอาหารหวาน มัน เค็ม และยังคงชอบทานประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้
การศึกษาของ เซลส์ และคณะ (Sales et al., 2012) ที่พบว่า การเลือกรับประทานที่เหมาะสมสำหรับ
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการลดระดับของความดันโลหิต ทั้งในขณะที่หัวใจบีบตัวและ
คลายตัว และช่วยลดน้ำหนักตัวในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษาของ
อักเตอร์ และคณะ (Akter et al., 2013) ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแบบแผนอาหารเพื่อสุขภาพ
ของชาวญี่ปุ่นนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
และการศึกษาของ กาดิราจู, พาเทล, กาเซียโน, และ ดิจูส (Gadiraju, Patel, Gaziano, & Djousse, 2015)
ที่พบว่า ความนิยมในการประกอบอาหารด้วยวิธีการทอดน้ำมัน และความนิยมในการรับประทาน
อาหารจำพวกผักทอด นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น และหาก
ความถี่ของการบริโภคต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก็จะเพิ่มมากขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสถานการณ์ของโรค และความสำคัญของอาหารที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิต
สูงดังกล่าว ทำให้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการช่วยลดระดับ
ความดันโลหิตมาใช้ในทางปฏิบัติโดยมีการจัดทำคู่มือให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารและ
การจัดสำรับอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้แม้ในคู่มือต่างๆจะมีการกำหนดปริมาณ
ส่วนของอาหารแต่ละชนิดและรายการอาหารทดแทนเป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในธง
โภชนาการ แต่ในด้านการนำไปประยุกต์ใช้นั้นพบว่า มีรูปแบบหรือแนวทางในการนำไปใช้ที่กว้างซึ่ง
อาจไม่เหมาะสมกับบริบทที่จำเพาะต่อแบบแผนการรับประทานอาหารของแต่ละภาคของประเทศอาจ
ทำให้ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงและเนื่องจากการรับประทานอาหารเป็นวัฒนธรรมทาง
สุขภาพที่มีแบบแผนและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตามแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งกับการแสดงออกหรือ
เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารหรือการประกอบอาหารเพราะแต่ละชุมชน
จะมีวิถีการปฏิบัติในการจัดเตรียมอาหาร และการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันที่ส่งต่อกันจาก
รุ่นสู่รุ่นในครอบครัว (กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และ นันทนา เบญจจิตลารักษ์, 2542) และจากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่าวัฒนธรรมการกินของชุมชนทางภาคเหนือมีความแตกต่างจากภาคอื่น คือ นิยม
อาหารที่มีรสเค็มและเผ็ด ดังนั้นเครื่องปรุงหลักในการประกอบอาหารตามท้องถิ่นจึงมีรสเค็ม ในด้าน
บริบทการกินอาหารนั้นพบว่าประชาชนนิยมการรับประทานอาหารมื้อใหญ่และมีการตั้งวงกินอาหาร

ร่วมกันกับสมาชิกในบ้าน (ฉลาดชาย รมิตานนท์, ชวลิต เสถียรพัฒน์พงศา, ปัทมาวดี กสิกรรม, และ ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, 2543; เสาวภา ศักยพันธ์, 2548; สมถักษ์มี นิมสกุล และคณะ, 2546) จากสภาพการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในบริบทชุมชนทางภาคเหนือนี้ครอบครัวถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการรับประทานอาหารเช้า และเป็นสิ่งที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำสมาชิกในครอบครัวอันประกอบไปด้วยตัวผู้ที่เป็นโรค และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการส่งเสริมให้เกิดการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นที่ได้ผลว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น เช่น การศึกษาของ เสาวนีย์ วรรณอ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2555) ที่พบว่าเมื่อสมาชิกอื่นในครอบครัวกระทำบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการดูแลเอาใจใส่ตลอดจนการช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร ช่วยเตรียมอาหาร และยินดีร่วมปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานรวมถึงการร่วมให้คำแนะนำหรือเตือนและช่วยห้ามในการรับประทานอาหารเช้าบางประเภทนั้นทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงความห่วงใยและได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคลายความวิตกกังวล และมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไปทางด้านบวกจนก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาของ เรียม นมรักษ์ (2558) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ คือ เมื่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีความเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ดีด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่พบเช่นกันว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ แต่ทั้งนี้ในการศึกษาทำนมายังมิได้มีขั้นตอนการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบหรือพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารเช้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน และมีสมาชิกครอบครัวไม่ได้เข้าร่วมในทุกกระบวนการศึกษาอย่างแท้จริง ดังนั้นเพื่อจะให้เกิดแบบแผนการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรคและบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุด สมาชิกในครอบครัวควรต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการดำเนินการอย่างแท้จริง ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา การร่วมในการดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (จาริณี พงษ์นันท์ และ นิตยา พันธุเวทย์, 2558; รัชณี นามจันทรา, 2552; วัชราริ้วไพบูลย์, ปัทมา ศิริเวช, พรณพิมล

วิบุลากร, ชาติชาย มุกสง, และ แพรว เอี่ยมน้อย, 2553; Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005; Stonehouse, 2009)

จากสถานการณ์โรคที่มีความเปลี่ยนแปลง และการตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีสมรรถนะในการให้คำปรึกษา การให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และการพัฒนาระบบเพื่อป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน จึงสนใจที่จะนำรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาใช้ในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยผลในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปช่วยส่งเสริมให้การรับประทานอาหารมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรค และบริบทด้านการกินของครอบครัว เพื่อให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวสามารถนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีลักษณะอย่างไร
2. การใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความเป็นไปได้เพียงใด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2559

นิยามศัพท์

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ หมายถึง กระบวนการในการสร้างรูปแบบหรือแบบแผนที่มีความครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านการเลือกชนิดอาหารในการรับประทานและกรรมวิธีในการประกอบอาหาร โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินการ และกิจกรรมที่ได้จากการสร้างรูปแบบหรือแบบแผนนั้นต้องมีความเหมาะสมกับโรคและบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรค

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ในทุกขั้นตอนตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่การเข้าร่วมในการตัดสินใจ ร่วมในการวางแผนร่วมในการดำเนินการร่วมรับประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาแบบแผนฯ และร่วมประเมินผลหลังการใช้แบบแผนฯ

ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และสมาชิกในครอบครัวตามสภาพการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความครอบคลุมใน 2 ประเด็นคือ 1) ความเหมาะสมของแบบแผนฯที่พัฒนาขึ้นกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และ 2) ความเป็นได้ในการนำแบบแผนฯที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ผู้ที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง แลได้เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใดๆ ในการรักษาจากแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติโดยมีระดับของความดันโลหิตเฉลี่ยภายใน 3 เดือนเมื่อวัด ที่โรงพยาบาล คลินิกหรือสถานพยาบาล ความดันโลหิตเฉลี่ยสูงเกิน 140/90 มม.ปรอท หรือเมื่อวัด ความดันโลหิตที่บ้านมีค่าเฉลี่ยสูงเกิน 135/85 มม.ปรอท (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับประเด็นที่ต้องการศึกษาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 ความหมาย และชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
2. อาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 แบบแผนการรับประทานอาหาร
 - 2.2 การจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.1 ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.2 ระดับของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
4. การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายและชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง โรคหรือภาวะที่แรงดันเลือด ในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่ามาตรฐาน โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้หลายประเภท โดยใช้เกณฑ์ที่หลากหลาย เช่น การแบ่งตามความฉุกเฉินของโรค แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค หรือแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค และแบ่งตามวิธีการวัดความดันโลหิต (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014) โดยทั่วไปในสถานพยาบาลนิยมแบ่งระดับของความดันโลหิตสูงตามช่วงค่าของความดันโลหิตที่วัดได้ โดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวางแผนในการให้การรักษา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การแบ่งประเภทของโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีการวัดความดันโลหิตตามคู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เนื่องจากมีการให้คำจำกัดความที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา การแบ่งโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีวัดนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ความดันโลหิตปกติ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (Sustained normotension or Controlled Hypertension or normal office and home blood pressure) คือ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ขณะวัดที่โรงพยาบาล ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ขณะวัดที่บ้าน ไม่เกิน 135/85 มิลลิเมตรปรอท

2. โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Sustained hypertension or uncontrolled hypertension or persistent office and home blood pressure) คือ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ขณะวัดที่โรงพยาบาล มีค่าสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ขณะวัดที่บ้าน มีค่าสูงเกิน 135/85 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นั้นเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมาก เพราะเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายต้องบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ผ่านหลอดเลือดที่มีแรงต้านทานสูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ผลที่ตามมาคือ เกิดความผิดปกติบริเวณหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย เกิดหลอดเลือดบริเวณสมองแตกได้ หรืออวัยวะต่างๆขาดเลือดไปเลี้ยง นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

(ลิเวอร์พูล อุนนากริกซ์, จันทนา รัตนพิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร , 2552)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในระดับรุนแรงเป็นเวลานาน ขาดความสม่ำเสมอในการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มักพบอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ (ลิเวอร์พูล อุนนากริกซ์ และคณะ, 2552)

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยลักษณะอาการปวดศีรษะมักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อยๆดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และตาพร่ามัวร่วมด้วย อาการปวดศีรษะเกิดจากมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอนเนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับ ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้น จึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้นจึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ
2. เลือดกำเดาไหล(epistaxis)
3. เหนื่อยหอบขณะทำงาน หรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ แสดงถึงการมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณหัวใจ เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว
4. อาการอื่นๆที่อาจพบร่วม ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนา จากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน

จากอาการแสดงที่ไม่เด่นชัดหรือจำเพาะ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงคิดว่าตนเองไม่มีความเจ็บป่วยใดๆหรือหายจากโรคแล้ว ทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนขาดความสม่ำเสมอหรือไม่มีประสิทธิภาพ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) ดังเช่นผลการศึกษาของจี และคณะ (Gee et al., 2012) ที่พบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เกิดจากการที่โรคไม่มีอาการที่เด่นชัด ทำให้ผู้ที่เป็นโรคขาดความตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตของตน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

นอกจากนี้ จากข้อมูลสถิติของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อแยกความชุกตามกลุ่มวัยพบว่า ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุช่วง 35-59 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด โดยมีสัดส่วนการป่วยถึงร้อยละ 57.37 จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะว่าบุคคลวัยนี้จะบรรลุถึงจุดยอดแห่งความเข้มแข็งทางกาย ความมีพลังทางเศรษฐกิจ และความมีหน้าตาทางสังคมแล้ว จึงเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง ทั้งนี้จะเริ่มเห็นความเสื่อมลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเข้าสู่ตอนปลายของวัย (จूरिพร คงประเสริฐ, นิตยา พันธุเวชย์, ญัฐฉิรธรรม พันธุ์มุง, และ ลินดา จำปาแก้ว, 2558) ประกอบกับอาการของโรคที่ไม่ชัดเจนทำให้ประชากรในช่วงวัยดังกล่าวเกิดความประมาทต่อการควบคุมโรคของตน

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีระดับความดันโลหิตที่สูงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่การเกิดผลกระทบในหลายด้าน โดยทั่วไปผลกระทบอันเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับของค่าความดันโลหิตที่สูงกว่าค่าปกติเป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ในหลายระบบของร่างกาย หรือภาวะ Target organ damage (TOD) (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนารณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัสลีพกุล และพัสมณณ์ คุ่มทวีพร, 2552) ดังนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนด้านระบบประสาท: ระดับของความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดผลต่อหลอดเลือดบริเวณสมองทั้ง arterial และ arteriolar โดยทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบ Autoregulation กระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Cerebral Thrombosis or infarction) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) หรือเกิดโรคสมองเสื่อม (Vascular dementia) ได้

1.2 ภาวะแทรกซ้อนต่อไต: มักพบภาวะนี้ชัดเจนในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ที่มีระดับของความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้หลอดเลือดดังกล่าวเกิดการตีบแข็ง ส่งผลให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง และการทำงานของไตไม่เต็มประสิทธิภาพเช่นเดิม มักเรียกภาวะดังกล่าวว่า Hypertensive nephrosclerosis

1.3 ภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจ: ระดับความดันโลหิตที่สูงมากสามารถทำลายผนังของหลอดเลือด โดยมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัวมากขึ้น (Atherosclerosis) และยังทำให้มีการเกาะของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นหรือเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่งผลให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นจนทำให้เกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular Hypertrophy: LVH) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลวได้

1.4 ภาวะแทรกซ้อนต่อตา: ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่เรตินา โดยหลอดเลือดดังกล่าวจะเกิดการตีบ เมื่อการตีบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดเกร็งและมีเลือดออก หากภาวะดังกล่าวมีความรุนแรงจะส่งผลให้เกิดการบวมบริเวณ optic disk ทำให้การมองเห็นภาพเสียไป อาจมีการมองเห็นลดลงหรือมีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา (scotomata) หรือมีต้อลม และมีโอกาสตาบอดได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ

เนื่องจากความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และพบมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ ส่งผลให้เมื่อเกิดการรับรู้ว่าคุณเองเป็นโรค ผู้ที่เป็นโรคมักเกิดความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนและข้อปฏิบัติมากมายที่ตนเองต้องกระทำ ในบางรายอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น บางรายอาจท้อแท้และเบื่อหน่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้สูญเสียความสามารถทางร่างกาย หรือมีภาวะพิการทุพพลภาพปัญหาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดผลกระทบต่อการแสดงบทบาทต่างๆ ในสังคมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้รู้สึกลำบากใจ ความมีคุณค่าของตนเองลดลง (ชูชาน เพอร์, 2550)

ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าเดินทางเพื่อไปรับการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนเกินอื่นๆ จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,926 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งถือว่าค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากสถานการณ์และผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถึงแม้จะมีอาการแสดงที่ไม่เด่นชัดในระยะแรก แต่หากผู้ที่เป็นโรคนั้นไม่ระวังและมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับปกติได้จะทำให้เกิดความเสียหายหลายด้านตามมา ดังนั้นการได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึงและการส่งเสริมการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่เกิดผลกระทบจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ตามแนวทางของเวชปฏิบัติในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นกล่าวไว้ว่า เป้าหมายสูงสุดในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่เป็นโรคสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับปกติได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งโดยหลักการแล้วจะใช้วิธีในการควบคุมความดันโลหิต 2 วิธี คือ การปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาลดความดันโลหิตจะมีหลากหลายชนิด โดยแต่ละชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ในการลดระดับความดันโลหิตที่แตกต่างกัน แต่ในปัจจุบันกลุ่มยาที่นิยมใช้ในการเริ่มต้นรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Drug of Choice) แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014) คือ

- 1.1. ยากลุ่ม Thiazide-type Diuretics
- 1.2. ยากลุ่ม Calcium Channel Blockers (CCBs)
- 1.3. ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs)
- 1.4. ยากลุ่ม Angiotensin receptor blockers (ARBs)

สำหรับยาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ยากลุ่ม Alpha blockers (Abs) นั้น ไม่นิยมใช้เป็นยาเริ่มต้นรักษาในปัจจุบัน แต่สามารถใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มหลักทั้ง 4 ชนิดได้ ส่วนยากลุ่ม Beta blockers (BBs) นั้นจะใช้เป็นยาตัวเริ่มต้น ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดปกติร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนยาลดความดันโลหิตพวก Methyldopa Clonidine หรือ Reserpine นั้นมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์มาก และมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพในระยะยาวน้อย จึงแนะนำให้ใช้เป็นยาลำดับหลัง

โดยใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ยากกลุ่มหลักในกลุ่มผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับโลหิตของตนเองได้เป็นระยะเวลา
เวลานาน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) เพราะการใช้ยาเป็นระยะเวลา หรือ
การใช้ยาในการลดระดับความดันโลหิตมากกว่า 2 ขึ้นไปนั้น ทำให้ผู้ที่เป็โรคเสี่ยงต่อการได้รับ
ผลเสียจากฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์ของยา (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2556) เช่น ในการศึกษาของ กอร์เกียดี
และคณะ (Gheorghiadu et al., 2013) ที่พบว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตหลายตัวร่วมกัน มีผลต่อการ
ลดปริมาณ โปรีตีนในปัสสาวะ และลดระดับ biomarker ของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีผลในการลด
อัตราการตาย และอัตราการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นก่อนการให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแพทย์ผู้รักษาจะทำการประเมินความ
เสี่ยงโดยรวมของผู้ที่เป็นโรคต่อการเสียชีวิตจาก Cardio vascular disease (CVD) ในอีก 10 ปีข้างหน้า
ก่อนให้ยา และก่อนการรักษาด้วยยานั้นผู้ที่เป็นโรคทุกรายจะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน การให้ยาจะพิจารณาให้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก CVD ใน
ระดับสูงและสูงมากเท่านั้น ส่วนในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ จะเริ่มให้ยาหลังจากที่ระดับความดันโลหิตยังคง
อยู่ที่ระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
และในกลุ่มที่ความเสี่ยงปานกลาง จะเริ่มให้ยาหลังจากที่ระดับความดันโลหิตยังคงอยู่ที่ระดับมากกว่า
หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์(สมาคมความ
ดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ เป็น
การกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อยับยั้ง หรือชะลอวงกระบวนการดำเนินของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (วารภรณ์ บุญเชียง และ วารภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, 2556) การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นที่กล่าวขานมากในปัจจุบันเนื่องจากผลพวงของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี
วิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข ปีพุทธศักราช 2554-2563 ที่มีเป้าหมายหลักในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรัง
ในทุกระยะของโรค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)
ในกลุ่มที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นได้เกิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่นำเอากลวิธีต่างๆ เช่น
การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับความดันโลหิต การออกกำลังกาย การควบคุม
น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การจัดการความเครียด และลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
เป็นต้น มาใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง แต่ทั้งนี้
ประสิทธิภาพของแต่ละวิธีนั้นมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
ความดันโลหิตสูง เช่น อาหารลดเค็ม อาหารที่ไม่มีไขมันสูงหรือมีโคเรสเตอรอลสูง อาหารกลุ่มโปรตีน

คุณภาพดี และอาหารที่อุดมไปด้วยแร่ธาตุจำพวก โพแทสเซียม แมกนีเซียม หรือแคลเซียม) นั้นสามารถลดระดับของความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่การออกกำลังกายสามารถลดระดับของความดันโลหิตได้เพียง 4-9 มิลลิเมตรปรอท และการงดดื่มสุราสามารถลดระดับของความดันโลหิตได้เพียง 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014)

สาเหตุที่อาหารมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากการรับประทานอาหารนั้นเป็นกิจวัตรประจำวัน และเป็นหนึ่งในวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น การนิยมการกินอาหารบางชนิดซ้ำๆจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวันนำมาซึ่งการเกิดโรคเมตาบอลิกหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างมาก เช่น ในการศึกษาของ เซลส์ และคณะ (Sales et al., 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบของการรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) พบว่า การรับประทานที่ช่วยลดระดับความดันโลหิต มีผลต่อการลดระดับของความดันโลหิต ทั้งในขณะที่หัวใจบีบตัว และคลายตัว และช่วยลดน้ำหนักตัวในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับรูปแบบของอาหารที่มีผลต่อโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดของ สกอลล์ (Scholl, 2012) ที่พบว่า การรับประทานอาหารกลุ่มผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีคุณภาพดี รวมถึงการลดปริมาณการใช้เกลือในการประกอบอาหารนั้นมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต ในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นการรับประทานอาหารตามแบบแผนของชาวเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นการรับประทานผักผลไม้ในสัดส่วนที่สูงต่อวัน (10 ส่วนต่อวัน) การรับประทานผลิตภัณฑ์จากนม รวมถึงการใช้เกลือและน้ำตาลน้อยๆ ช่วยให้อัตราความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง เมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารแบบชาวตะวันตก สอดคล้องกับการศึกษาของ อักเตอร์ และคณะ (Akter et al., 2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรับประทานอาหาร และการเกิดโรคกลุ่มเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) ในประชากรกลุ่มวัยทำงานของประเทศญี่ปุ่นอายุ 21-67 ปี พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่นิยมรับประทานอาหารแบบชาวตะวันตก (Western Eating Pattern) กลุ่มที่นิยมรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ (Animal food Pattern) และกลุ่มที่รับประทานอาหารตามแนวทางอาหารสุขภาพดีแบบชาวญี่ปุ่น (Healthy Japanese dietary pattern) ที่เน้นการรับประทานผักผลไม้ โปรตีนจากถั่วเหลือง และชาเขียวในทุกมื้ออาหาร พบว่า การรับประทานอาหารตามแบบแผนของชาวญี่ปุ่นนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอาหารแบบชาวตะวันตก รวมถึงอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การศึกษาของ เรบโฮล์ซ และคณะ (Rebholz et al., 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง กับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนไป ในผู้ที่เป็็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดีนั้นสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ทั้งความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก มากกว่าการรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตคุณภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลที่ได้จากโปรตีนจากพืช และโปรตีนจากกลุ่มเนื้อสัตว์นั้น ให้ผลต่อการลดระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาการรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ ในกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันปกติ และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของ โฮสเซนินาซาบ, โนรูซี, เนมาตี, และ โบนัคดาร์น (Hosseininasab, Norouzy, Nematy, & Bonakdaran, 2015) พบว่า การรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยลดระดับของความดันซิสโตลิก ได้ถึง 14 มิลลิเมตรปรอท และลดระดับความดันไดแอสโตลิก ได้ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากชนิดอาหารที่เป็นองค์ประกอบหลักในแต่ละแบบแผนการรับประทานอาหารแล้ว รสนิยมนหรือความชอบในวิธีการประกอบอาหาร และปริมาณอาหารก็มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนแปลงเช่นกัน เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความถี่ของมืออาหาร (Eating frequency) และปริมาณอาหารกับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ของประเทศเกาหลี ของ คิม และคณะ (Kim et al., 2014) พบว่า ความถี่ของมืออาหารและปริมาณของอาหารในแต่ละมือ มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ระดับความดันโลหิต จะลดลงเมื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานอาหาร จำนวนมือเล็ก 4-5 มือ และ ระดับความดันโลหิต จะเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารจำนวนมือหนัก มากกว่า 2 มือ หรือทานมือหนัก 3 ในแต่ละวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าแบบแผนการรับประทานอาหารนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมีความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตน และบริบททางวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของตน

อาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

แบบแผนการรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต และอาหารที่รับประทานนั้นล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อสุขภาพ กาญจนา แก้วเทพ, ขนิษฐา นิลผึ้ง, และ รัตติกาล เจนจัด (2556) ได้กล่าวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับมิติสุขภาพไว้ว่า อาหารมิใช่เพียงสิ่งที่เรารับเข้าไปในร่างกายแล้วก่อให้เกิดการทำงานของกระบวนการชีวภาพในร่างกายเท่านั้น แต่อาหารยังสามารถช่วยให้เราดำรงชีวิตด้วยความปกติสุข และอาจบอกตัวตนของคนๆหนึ่งได้ เช่น ผู้ที่มีนิสัยในการรับประทานอาหารที่ไม่ดี เช่น ชอบทานอาหารไขมันสูงอยู่เสมอ มักจะมีรูปร่างที่อวบอ้วนเกินความพอดี เป็นต้น อาหารมีมากมายหลายประเภท และมีลักษณะหรือรูปแบบที่แตกต่างกัน ในแต่ละพื้นที่ทั่วโลก เนื่องจากสภาพภูมิประเทศ สภาพอากาศ และประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า คำว่า “แบบแผนการรับประทานอาหาร” นั้น ไม่มีผู้ที่ให้คำนิยาม หรือคำจำกัดความไว้ชัดเจน ทั้งนี้ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ได้ให้ความหมายของแบบแผนและการกินไว้ว่า แบบแผน หมายถึง ขนบธรรมเนียมหรือรูปแบบ หรือแนวทางที่กำหนดใช้หรือเคยปฏิบัติสืบต่อกันมา การกินหรือการรับประทานอาหาร หมายถึง กริยา การเคี้ยว หรือเคี้ยวกลืน กริยานี้มักใช้กับอาหาร เช่น กินข้าว กินถ้วยเดียว หรืออาจจะหมายถึงการดื่ม เช่น หากพูดว่ากินน้ำ หมายถึง ดื่มน้ำ ก็ได้ ตามปกติมักใช้คำว่า “กิน” นี้ในการพูดทั่วไป ถ้าพูดอย่างสุภาพก็มักจะใช้คำว่า “รับประทานอาหาร” (สมพรรณ ก้อนคำ, 2553) ดังนั้นสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ว่า แบบแผนการรับประทานอาหาร หมายถึง ขนบธรรมเนียมหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่กำหนดใช้หรือเคยปฏิบัติสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าแต่ละพื้นที่จะมีชื่อเรียกแบบแผนของการรับประทานอาหารที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตน โดยแต่ละแบบแผนจะมีชนิดและส่วนประกอบของอาหารที่นำมารับประทานในแต่ละวันแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุดิบที่หาได้ในพื้นที่นั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น แบบแผนการรับประทานอาหารแบบตะวันตก (Western Eating Pattern or American diet) แบบแผนนี้นิยมรับประทานกันในกลุ่มชาวอเมริกันเป็นส่วนใหญ่และทางภูมิภาคยุโรปบางประเทศ ใน 1 มื้อจะประกอบไปด้วย การเน้นหนักที่ขนมปัง เนื้อสัตว์ อาหารไขมันสูง ธัญพืชหรือธัญพืชอบกรอบ และผลิตภัณฑ์จากนม (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2556; Codain et al., 2005) หรือแบบแผนการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean Eating Pattern or Mediterranean Style diet) ที่ได้รับการกล่าวขานว่ามีการกำหนดสัดส่วนอาหารในแต่ละหมวดที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แบบแผนนี้

เน้นให้ประชาชนมีการรับประทานคาร์โบไฮเดรตคุณภาพดี เน้นการรับประทานผักผลไม้ในสัดส่วนที่มากที่สุดในแต่ละวัน และเน้นรับประทาน โปรตีนจากกลุ่มเนื้อสัตว์ รวมถึงการใช้เครื่องปรุงรสกลุ่มน้ำตาลและเกลือให้น้อยที่สุด (Clinical Nutrition Services Department, 2009)

ในประเทศไทยนั้นถือได้ว่าการรับประทานอาหารเป็นวัฒนธรรมทางสุขภาพที่มีความเป็นมาที่ยาวนานและเป็นประเทศที่มีความหลากหลายด้านอาหารเป็นอย่างมากเนื่องจากความหลากหลายด้านการเกษตรกรรมทำให้ได้วัตถุดิบที่มีเอกลักษณ์ประจำแต่ละภูมิภาค แบบแผนการรับประทานอาหารไทยในแต่ละท้องถิ่นมีการอาศัยธรรมชาติรอบตัวและวัตถุดิบในท้องถิ่นนั้นๆเป็นหลักในการประกอบอาหารและมีการถ่ายทอดเทคนิคและความรู้ด้านอาหารจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งโดยไม่มีตำรา คนรุ่นหลังเรียนรู้จากบิดามารดาหรือเครือญาติในครอบครัว (กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และ นันทนา เบญจศีลารักษ์, 2542) แบบแผนการรับประทานอาหารของไทยในแต่ละภูมิภาคมีชื่อแตกต่างกัน ในภาคเหนือเรียกแบบแผนการรับประทานอาหารที่ประชากรในเขตภาคเหนือนิยมนับประทานกันว่า “แบบแผนการกินแบบล้านนา (Northern Eating Pattern)” แบบแผนการกินแบบล้านนานี้มีความแตกต่างจากภาคอื่น คือ นิยมนับประทานอาหารที่มีรสเค็มนำ และรสเผ็ดที่ไม่จัดจ้านเกินไป ส่วนอาหารที่มีรสหวานจากน้ำตาลนั้นไม่นิยม นิยมนำผักมาใช้เป็นส่วนประกอบหลักในสำหรับอาหาร และเครื่องปรุงหลักในการประกอบอาหารในท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เป็นสิ่งที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบในระดับสูง เช่น กะปิ น้ำปลา เกลือ หรือปลาร้า ในด้านลักษณะการกินอาหารนั้นนิยมการเลี้ยงอาหารมื้อใหญ่ในกรณีงานสำคัญต่างๆในชุมชน ในครอบครัวนิยมตั้งสำรับ และมีการตั้งวงกินอาหารร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ถึงแม้ในปัจจุบันการกินของประชาชนภาคเหนือ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างตามกระแสการบริโภคของสังคม แต่ในสังคมภาคเหนือโดยส่วนใหญ่แล้วยังมีลักษณะดังกล่าวอยู่ (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และคณะ, 2543; สมลักษณ์ นิ่มสกุล และคณะ, 2546; เสาวภา ศักยพันธ์, 2548)

จากสภาพการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าลักษณะแบบแผนการรับประทานอาหารตามบริบทของประชาชนในเขตภาคเหนือมีความขัดแย้งกับอาหารตามแนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง และอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นไปได้ยาก ดังข้อมูลสถิติจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พบว่าประชาชนในเขตภาคเหนือมีประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และติดอันดับ 1 ใน 5 ของภาคเหนืออีกด้วย

การจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การจัดอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากอาหารและส่วนประกอบของอาหารหลายชนิดมีผลต่อระดับของความดันโลหิตดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น การรับรู้และตระหนักว่าอาหารชนิดใดเหมาะสมกับภาวะโรคที่ตนเป็นอยู่นั้นนอกจากจะเกิดผลดีต่อตัวผู้ที่เป็นโรคแล้ว ยังเป็นการช่วยส่งเสริมการรักษาของแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น โดยทั่วไปเป้าหมายของการจัดอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555) มีดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสภาพของตนเอง และมีการรับประทานอาหารที่หลากหลาย เพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารที่เพียงพอในการดำรงชีวิตแต่ละวัน
2. เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุด
4. เพื่อรักษาน้ำหนักตัวหรือเส้นรอบเอว ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

และเป้าหมายสูงสุดที่มุ่งหวัง คือ การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการจัดหรือกำหนดอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะต้องคำนึงถึงลักษณะพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงลักษณะส่วนบุคคล และการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่าในประเทศไทยได้นำกรอบแนวคิดที่หลากหลายมาใช้ในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามแต่ละช่วงวัย แต่พบว่ามีเพียงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุ ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมที่สุด สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยผู้ใหญ่ หรือวัยทำงาน โดยทั่วไปนั้นใช้การจัดอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อคนไทยมีสุขภาพดี และแบ่งสัดส่วนอาหารต่อมื้อตามธงโภชนาการควบคู่ไปกับการจัดอาหารตามแนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงตามหลัก Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หลักการจัดอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อคนไทยมีสุขภาพดี
กรมอนามัยได้จัดทำโภชนบัญญัติ 9 ประการขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป และเพื่อลดปัญหาอันเกิดจากการบริโภค

ที่เกินพอดี หรือน้อยเกินไป (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555) โภชนบัญญัติ 9 ประการนั้น ประกอบด้วย

- 1) กินอาหารครบหมู่ โดยควรกินให้หลากหลาย คือกินให้ได้ 20-30 ชนิดต่อวัน และหมุนเวียนน้ำหนักรับประทาน
- 2) กินข้าวเป็นหลักสลับกับแป้งในบางมื้อ โดยเน้นการกินข้าวซ้อมมือเนื่องจากมีคุณค่าทางอาหารมาก
- 3) กินผักให้มากกินผลไม้เป็นประจำ โดยเน้นผัก และผลไม้ไร้คลอโรสเตรอลและปลอดสารพิษ โดยกินให้ได้วันละครั้งกิโลกรัม ผักและผลไม้หลายชนิดให้พลังงาน ให้สารแคโรทีน วิตามินต่างๆ การกินผักผลไม้ที่หลากหลายเป็นประจำจะช่วยลดการเกิดโรคอ้วน ลดความเสี่ยงจากไขมันอุดตันในหลอดเลือด และโรคเรื้อรังต่างๆ และเพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงจึงควรกินผักและผลไม้ทุกมื้อ สลับกันไปตามฤดูกาล ผลไม้ควรกินเป็นประจำสม่ำเสมอหลังกินอาหารหรือกินเป็นอาหารว่าง
- 4) กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และถั่วเมล็ดแห้ง เพราะเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี เป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับให้เพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสลาย
- 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย เช่น วัยเด็กควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุวันละ 1-2 แก้ว ผู้มีปัญหาโรคอ้วน หรือ มีไขมันในเลือดสูงควรดื่มนมพร่องมันเนย กรณีที่ซื้อนมเปรี้ยวชนิดดื่มควรเลือกชนิดที่ทำจากนม ที่มีเนื้อมนมในปริมาณสูงโดยให้ดูที่ข้างกล่องหรือขวด จะทำให้ได้คุณค่าอาหารใกล้เคียงนมสด
- 6) กินไขมันแต่พอควร ผู้ใหญ่ที่ร่างกายหยุดความเจริญเติบโตแล้วให้หลีกเลี่ยงของทอดของผัด หรือแกงใส่กะทิ
- 7) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด หรือเปรี้ยวจัด
- 8) กินอาหารที่สะอาดและปราศจากสิ่งปนเปื้อน
- 9) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจดื่มได้บ้างเล็กน้อยวันละ 2 จอก หรือถ้าเป็นเบียร์ไม่เกินวันละ 1-2 กระป๋อง

2. การจัดอาหารตามธงโภชนาการ

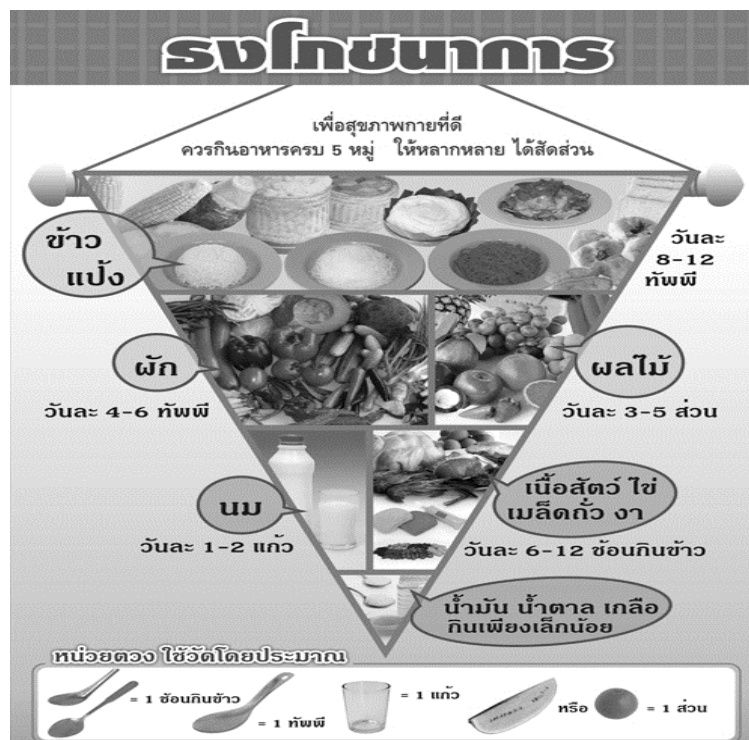
ธงโภชนาการ คือเครื่องมือที่ใช้ช่วยอธิบายและทำความเข้าใจโภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยแสดงเป็นรูปสามเหลี่ยมหัวกลับแสดงสัดส่วนอาหารในแต่ละกลุ่มเห็นเป็นภาพอย่างชัดเจน ธงโภชนาการจะบอกชนิดและปริมาณความมากน้อยของสารอาหารที่ควรกินใน

แต่ละวันเพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆตามข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วันให้ได้ทั้งในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปถึงวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนของอาหารในแต่ละกลุ่มสามารถปรับให้เหมาะสมตามช่วงวัยและสถานะของกลุ่มเป้าหมาย หลักการใช้ธงโภชนาการในการจัดอาหารในแต่ละวัน (พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555) มีดังนี้

1) กลุ่มอาหารที่บริโภคแสดงด้วยพื้นที่ในภาพ พื้นที่ในภาพของธงโภชนาการ เป็นการแสดงปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน โดยกลุ่มอาหารใดมีพื้นที่ของธงโภชนาการมาก หมายถึงสามารถรับประทานได้มาก และกลุ่มใดที่มีพื้นที่ของธงน้อย หมายถึงให้รับประทานกลุ่มนั้นให้น้อยตามปริมาณที่ธงโภชนาการได้แนะนำไว้ เช่น น้ำตาล เกลือ ที่อยู่ส่วนล่างสุดของธงให้กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น เป็นต้น

2) อาหารที่หลากหลายชนิดในแต่ละกลุ่ม สามารถเลือกกินสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันได้ภายในกลุ่มเดียวกัน อาหารในธงโภชนาการถูกแบ่งออกเป็นกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มนม กลุ่มไขมัน น้ำตาลและเกลือ โดยแต่ละกลุ่มให้สารอาหารที่สำคัญต่างกัน หรือแม้แต่ในกลุ่มเดียวกันยังให้สารอาหารในปริมาณที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องกินอาหารให้ครบทุกกลุ่มและกินในแต่ละกลุ่มให้มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารที่ครบถ้วนและถึงแม้ว่าอาหารแต่ละชนิดจะให้สารอาหารที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่แล้วในกลุ่มเดียวกันจะให้สารอาหารหลักที่ใกล้เคียงกันจึงกินทดแทนสลับสับเปลี่ยนกันได้ จึงจะได้สารอาหารที่ครบถ้วนและเป็นการเลี่ยงการสะสมสารพิษซึ่งอาจปนเปื้อนในอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งที่กินเป็นประจำ

3) ปริมาณอาหาร บอกจำนวนเป็นหน่วยของเครื่องใช้ในครัวเรือน ปริมาณอาหารที่ระบุในธงโภชนาการ จะมีการกำหนดปริมาณอาหารไว้เป็นหน่วยของเครื่องใช้ในครัวเรือน เช่น ทัพพี ช้อนกินข้าว แก้ว และผลไม้ โดยเรียก 1 หน่วยของเครื่องตวงนั้นๆ เป็น 1 ส่วนของอาหาร เช่น ทัพพีใช้ในการตวงน้ำปริมาณอาหารกลุ่มข้าว และแป้ง และข้าวเจ้า 1 ส่วน หมายถึง ข้าวเจ้าสุก 1 ทัพพี (ประมาณ 60 กรัม) เป็นต้น



ภาพที่ 2-1. ธงโภชนาการ

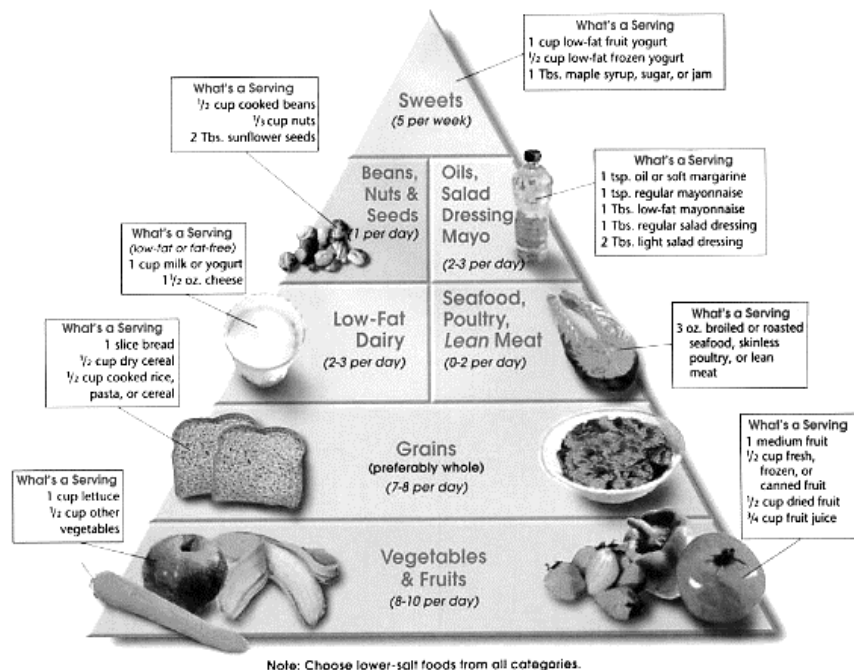
หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก กินเค็มน้อยลงลดสัคนิด พิษิตโรคอ้วน, โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555, กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไปสามารถกินเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีได้โดยกินตามสัดส่วนที่แนะนำไว้ในธงโภชนาการ แต่ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น การจะเลือกกินหรือจัดอาหารให้แก่ตนเองอย่างเหมาะสม โดยอาจต้องมีการปรับลด หรือเพิ่มสัดส่วนอาหารบางกลุ่มในธงโภชนาการให้มีความเหมาะสมกับสภาวะหรือพยาธิสภาพของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยในการจัดอาหารสำหรับประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นได้มีการนำแนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตามหลัก Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet) เข้ามาประยุกต์ใช้ในการจัดอาหารร่วมกับกรอบการจัดอาหารตามธงโภชนาการ และหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อให้การตัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีความเหมาะสมมากขึ้น

3. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet)

Dietary Approaches to Stop Hypertension หรือ DASH diet นั้นได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยการศึกษาวิจัยขององค์กร National Heart Lung and Blood Institute (2003) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ลักษณะอาหารที่ผู้ที่

เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานให้ได้ในแต่ละวันควรประกอบไปด้วย ผักผลไม้ที่มีสีสรรที่หลากหลาย การรับประทานโฮสเตรตจากกลุ่มข้าว แป้ง และธัญพืช (Whole grain) การรับประทานโปรตีนคุณภาพดีจากเนื้อปลา และถั่วเมล็ดแห้ง และจำกัดการรับประทานอาหารกลุ่มไขมันสูง เนื้อแดง และอาหารที่มีรสหวานจัด เต็มจัด นอกจากนี้สัดส่วนของอาหารที่ควรได้รับต่อวันควรมีความเหมาะสม คือ ได้รับอาหารกลุ่มข้าว แป้ง และธัญพืช จำนวน 7-8 ส่วนต่อวัน ทานผัก 4- 5 ส่วนต่อวันและผลไม้ 4-5 ส่วนต่อวัน ผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ หรือไร้ไขมัน (Low fat or fat free dairy food) จำนวน 2-3 ส่วนต่อวัน เนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลาควรรับประทานที่ น้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน ถั่วเมล็ดแห้ง และกลุ่มธัญพืช ควรรับที่ 1 ส่วนต่อวัน อาหารกลุ่มไขมัน หรือน้ำมันควรรับที่ 2-3 ช้อนชาต่อวัน และน้ำตาลไม่ควรรับเกิน 5 ส่วนต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ DASH diet eating plan ได้กล่าวถึงการใช้เกลือในการประกอบอาหารว่า ไม่ควรใช้เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน และลดการเติมเกลือบนโต๊ะอาหาร (Table salt) ด้วย สัดส่วนอาหารตาม Dietary Approaches to Stop Hypertension แสดงได้ดังภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet pyramid)

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก กินอย่างไรให้ไตแข็งแรง: อาหารหลักของผู้เป็นความดันโลหิตสูง, โดยชนิดา ปโชติการ และ เอกหทัย แซ่เตีย, 2557, กรุงเทพฯ: เฮลท์ เวิร์ค.

และจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ หรือวัยงานสามารถสรุปหลักการในการจัดเตรียมอาหาร (กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข, 2549; พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555; National Heart Lung and Blood Institute, 2003) ได้ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

1. หลักในการจัดอาหารจำกัดโซเดียม

การจัดอาหารจำกัดโซเดียม หมายถึง การจัดอาหารที่มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่าปริมาณที่ปกติควรได้รับ การลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ควรลดให้เหลือไม่เกิน 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 2.4 กรัมของโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ (เกลือแกง 1 ช้อนชา) จะสามารถลด Systolic Blood pressure (SBP) ได้ถึง 8 มิลลิเมตรปรอท โดยแหล่งโซเดียมที่สำคัญ คือ เกลือ และเครื่องปรุงรสที่มีเกลือเป็นส่วนผสม ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เป็นต้น รวมถึงในอาหารแปรรูปต่างๆ เช่น ขนมกรุบกรอบ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม และอาหารที่ใส่สารกันบูดเป็นต้น (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555)

อาหารจำกัดโซเดียม เป็นรสอาหารที่ไม่เป็นที่ถูกปากสำหรับคนไทย โดยเฉพาะประชาชนในเขตภาคเหนือ เนื่องจากความนิยมในการทานอาหารที่มีรสเค็ม และเผ็ด ดังนั้น การจัดสำรับที่มีอาหารจำกัดโซเดียม ควรมีความน่าสนใจ และช่วยให้ผู้ที่ป่วยโรคหัวใจการยอมรับในการรับประทานอาหารในมื้อนั้นๆ เช่น การจัดอาหารให้มีสีสันที่ชวนรับประทาน หรือมีการจัดอาหารให้มีกลิ่นหอม โดยใช้กลิ่นของเครื่องเทศในสำรับอาหาร หรือจัดให้สำรับอาหารในแต่ละมื้อมีรสชาติที่หลากหลาย แต่รสไม่จัดนัก (พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555)

2. หลักในการจัดอาหารจำกัดไขมัน

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดไขมันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณที่แนะนำส่วนใหญ่ คือ ให้ผู้ที่เป็นโรครับไขมันจากอาหาร ไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน โดยหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว โดยแหล่งอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ เนย มันหมู ไข่ขาว มันไก่ ไข่แดง น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม เป็นต้น และควรแนะนำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำกัดโคเลสเตอรอลในอาหาร มิให้เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแหล่งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ สมอสัตว์ ไข่ปลาชนิดต่างๆ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง กุ้ง หอย และปู เป็นต้น ทั้งนี้ควรให้คำแนะนำผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการเลือกบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัวด้วย โดยเฉพาะกรดไลโนเลอิก (Linoleic Acid) เนื่องจาก เป็นกรดไขมันที่จำเป็นแก่ร่างกาย และช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยแหล่งอาหารที่มีกรดไลโนเลอิกสูง ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหาร (พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555) และความถี่ในการประกอบอาหารด้วยการใช้น้ำมันนั้นไม่ควรถี่เกินไป เช่นดังการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ

กาดิราจ และคณะ (Gadiraju et al., 2015) พบว่า ความนิยมในการประกอบอาหารด้วยวิธีการทอดน้ำมัน และความนิยมในการรับประทานอาหารจำพวกผัดทอด นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยิ่งมีความถี่ของการบริโภคต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก็จะเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากกระบวนการออกซิเดชัน (Oxidation Process) ขณะทอด นั้นไปทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของไขมันทรานส์ (Trans-fatty acid) ในอาหาร ซึ่งไขมันดังกล่าวจะไปสะสมอยู่ตามหลอดเลือด เมื่อเวลาผ่านไปจะทำให้บุคคลนั้นเกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือมีระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นจากปกติ

3. หลักในการจัดอาหารจำกัดคาร์โบไฮเดรต

ถึงแม้ว่า อาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตจะมีความจำเป็นต่อร่างกาย โดยตามธงโภชนาการแนะนำให้บริโภคเป็นกลุ่มหลัก และการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตในมนุษย์ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) แต่ในกรณีของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หรือมีภาวะโภชนาการเกิน ควรแนะนำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง บริโภคอาหารที่เป็นกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าวโพด งาอาหารที่มีการปรุงรสด้วยน้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟ ชาร้อนที่เติมน้ำตาล รวมทั้งขนม หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมห่มเชื่อม ขนมห่มกวน ลำไย ละมุดหวาน เป็นต้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; พัชพันธ์ ศรีม่วง, 2555)

4. หลักในการจัดอาหารกลุ่มผักและผลไม้

อาหารกลุ่มผักผลไม้ อุดมไปด้วยสารอาหาร และเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย และมีผลต่อการทำงาน รวมถึงการควบคุมระดับโลหิตของร่างกาย โดยเฉพาะ โพแทสเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งจะพบมากใน ผัก (เช่น หน่อไม้ฝรั่ง บร็อคโคลี่ ดอกกะหล่ำ มันเทศ แครอท แขนงกะหล่ำ มันฝรั่ง ผักโขม ผักบุง ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักตำลึง หรือใบแค) เห็ด และผลไม้ (เช่น กัวยูททุกชนิด ฝรั่ง กระทอน ลูกพลับ แคนตาลูป ส้ม ลูกพรุน หรือกีว) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มประชากรที่ได้รับโพแทสเซียมจากอาหารมากจะมีความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่าง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโพแทสเซียม น้อย ปริมาณโพแทสเซียมที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน คือ 7,500 มิลลิกรัม ส่วนแมกนีเซียมนั้น ปริมาณแนะนำให้บริโภคต่อวัน คือ 250-350 มิลลิกรัม (พัชพันธ์ ศรีม่วง, 2555; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า กลุ่มอาหารหลักที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานเพื่อประโยชน์ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนนั้น ได้แก่ อาหารกลุ่มผักผลไม้

คาร์โบไฮเดรตจากกลุ่มข้าว แป้ง และธัญพืช(Whole grain) และอาหารกลุ่มโปรตีนคุณภาพดี โดยสัดส่วนของอาหารจะต้องมีความเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับพลังงานที่ผู้ที่ เป็นโรคควรได้รับในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรคและผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมสำหรับ หรือผู้ที่ดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นควรคำนึงถึงหลักการสำคัญดังกล่าวเพื่อจะได้จัดอาหารที่มีความเหมาะสมกับโรค ตลอดจนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกัน ในระหว่างสมาชิก เมื่อมีความเจ็บป่วย บาดเจ็บ การตาย หรือปัญหาใดๆเกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือหลายคน รวมทั้งมีผลกระทบโดยรวมต่อครอบครัว ครอบครัวจึงถือเป็นส่วนสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพ เป็นแหล่งทรัพยากรที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรค และเป็นศูนย์กลางของการดูแลผู้ที่เป็นโรคในด้านการรักษาและการควบคุมโรค การดูแลสุขภาพครอบครัวที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การให้คำแนะนำและการปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพแก่ครอบครัว จะช่วยให้ครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพทั้งจากวิถีการดำเนินชีวิตและอันตรายจากสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว อันส่งผลถึงความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว และจากการที่ครอบครัวเป็นระบบประคับประคองสนับสนุนที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงควรได้รับการประเมิน และการดึงเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับการดูแลสุขภาพของสมาชิกด้วย (สิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555)

ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีผู้ใดชี้ชัดว่าความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

รัชณี นามจันทรา (2552) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวว่า หมายถึง การมองว่าครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเป็นส่วนส่วนกันในการวางแผนการดูแลและการให้การดูแล

สโตนเฮ้าส์ (Stonehouse, 2009) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวว่า หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรค ทั้งนี้เข้ามามีส่วนร่วมนั้นมิใช่

เพียงแต่ร่วมในการให้การดูแลเท่านั้น แต่ยังรวมถึง การร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ และการร่วมประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการด้วย

วีชรา ธีวไพบูลย์ และคณะ (2553) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ว่า คือ วิธีการดัดศักยภาพของคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู สมรรถภาพ ทั้งนี้ในการมีส่วนร่วมในการกิจกรรมต่างๆจะกระทำโดยการนำเอาความรู้ซึ่งเป็นภูมิปัญญาใน ครอบครัว มาใช้ในการดูแลร่วมกับความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวของบุคคลนั้นมีโอกาสได้เข้ามามีส่วนในทุกกระบวนการของการดูแล และแก้ไขปัญหาสุขภาพ และในการศึกษารุ่นนี้ได้มีการดึงสมาชิกครอบครัวที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเช้าของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบ แผนการรับประทานอาหารเช้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน (self mobilization) ซึ่งถือเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ มากที่สุด เนื่องจาก โดยเป็นระดับที่ประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น มองเห็นถึงปัญหาที่แท้จริงตลอดจนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดตัดสินใจและดำเนินการในทุกขั้นตอนและ ทุกกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้รวมถึงการร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน

ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ถึงแม้จะมีหลายการศึกษาที่นำสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในผู้ป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ แต่ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวนั้นมิได้มีการระบุไว้แน่ชัด จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีผู้กล่าวถึงขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหามีความเป็นระบบไว้ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

โคเฮน และ อูพอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมขององค์กรประชาชนในทุกกระบวนการ อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการริเริ่มตัดสินใจเลือกแนวทาง ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะสามารถนำไปปฏิบัติหรือวางแผนแก้ไขปัญหาโดยในขั้นตอนนี้ แบ่งย่อยออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

1.1 การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) เป็นขั้นตอนของการค้นหาความต้องการที่แท้จริงรวมถึงวิธีการสำหรับการเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินการ

1.2 การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (ongoing decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางแก้ไขปัญหารวมถึงการลำดับความสำคัญของแต่ละขั้นตอนเพื่อวางแผนในการดำเนินการ

1.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ (operating decision) เป็นการสรรหาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรืออาสาสมัครเข้าร่วมดำเนินการมีการมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินการมีผู้ประสานงานตลอดจนมีการรวมกลุ่มกันของผู้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) คือ ขั้นตอนที่มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรเวลาแรงงานด้วยความเต็มใจ และเกิดความรู้สึกของความเป็นเจ้าของในการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ชั้นได้แก่

2.1 การมีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร (resource contribution) เป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรบุคคลงบประมาณวัสดุอุปกรณ์รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของชุมชนด้วยความเต็มใจ

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและติดต่อประสานงาน (administration and coordination) เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จโดยมีการติดต่อประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานองค์กรต่างๆและแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมดำเนินการ

2.3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (programmer enlistment activities) เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการแบ่งหน้าที่ในการดำเนินการอย่างชัดเจนโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับมีบทบังคับและควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่วางแผนไว้

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) คือ กระบวนการในการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการร่วมกันซึ่งแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นออกเป็น 3 ด้านดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ (material benefits) คือการมีส่วนร่วมในการรับผลผลิตทรัพย์สินวัสดุที่ถาวรรวมถึงสิ่งประดิษฐ์ที่สามารถนำไปใช้ดำเนินงานต่อไปได้ซึ่งถือเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

3.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ด้านสังคม (social benefits) คือผลประโยชน์ที่เกิดแก่ชุมชนสังคมโดยรวมหลังจากดำเนินการได้แก่สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรมเช่นสถานที่สาธารณะส่วนกลาง โรงเรียนวัด เป็นต้น

3.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ด้านบุคคล (personal benefits) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) คือ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการค้นหาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการดำเนินงาน ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุด

Creighton (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือกระบวนการที่ความกังวล ความต้องการและคุณค่าของประชาชน ได้รับการบูรณาการในกระบวนการตัดสินใจของภาครัฐ ผ่านกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง โดยมีเป้าหมายโดยรวมเพื่อที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากประชาชนและส่วนร่วมควรต้องประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์การตัดสินใจ (decision making and analysis): ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์องค์ประกอบ สภาพแวดล้อมของการบวนการตัดสินใจใดๆที่กระบวนการมีส่วนร่วมนั้น จะถูกจัดทำขึ้น ในขั้นตอนนี้จะกำหนดองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วมทั้งหมดได้แก่ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและความโปร่งใสของกระบวนการและตารางเวลาสำหรับกิจกรรมต่างๆของกระบวนการมีส่วนร่วมรวมถึงการวิเคราะห์ว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจนี้หรือไม่ หรือมีความจำเป็นด้วยเหตุผลอื่นขั้นตอนนี้สำคัญโดยเฉพาะการตัดสินใจว่าใครจำเป็นต้องอยู่ในทีมวางแผน เพราะแต่ละขั้นตอนของการวางแผนอาจมีผู้มีส่วนได้เสียเพิ่มเข้ามาในแต่ละระยะที่แตกต่างกัน ซึ่งหากไม่ครบถ้วนก็จะเกิดปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การวางแผนกระบวนการ (Process Planning): ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดกิจกรรม และเทคนิคการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ค้นหาเทคนิคการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุดในการประยุกต์ใช้ในการแต่ละขั้นของกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับขั้นตอนการตัดสินใจรวมถึงการกำหนดผู้มีส่วนได้เสีย หรือผู้ได้รับผลกระทบจากการ

ตัดสินใจนั้น ๆ ตลอดจนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเข้ามามีส่วนในการกำหนดแผนหรือแนวทางร่วมกับรัฐด้วย

ประเด็นสำคัญในขั้นตอนนี้ คือการวางแผนอย่างระมัดระวังและปรึกษากับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างรอบคอบซึ่งการวางแผนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างรอบคอบ ก็จะสามารถลดระยะเวลาของการดำเนินการที่อาจเกิดข้อผิดพลาดได้และควรระลึกเสมอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นศิลปะที่ต้องวางแผนการดำเนินงานอย่างรัดกุมในทุกขั้นตอน

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผน(Implementation): ขั้นตอนสุดท้ายนี้เป็นการนำแผนการที่กำหนดไว้ทั้งหมดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่างๆไปปฏิบัติจริง และทำการประเมินผลของกิจกรรมมีส่วนร่วม ตลอดจนการนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมตามกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมตามแบบของ โคเฮน และ อูพอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) นั้นมีข้อดีคือ มีขั้นตอนที่ละเอียด แสดงให้เห็นถึงแนวทางการเข้ามามีมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ค่อนข้างชัดเจนในทุกๆระยะ แต่ยังคงขาดขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งการวางแผนนั้นถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีความเป็นระบบและทำให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมได้มากขึ้น แตกต่างจากของ เครกตัน (Creighton, 2005) ที่มีข้อดีคือ มีการแสดงเทคนิคหรือวิธีการเพื่อใช้ในการแสวงหาการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย ส่วนข้อเสียคือ เนื่องจากเป็นการแสดงแนวทางไว้อย่างกว้างๆอาจทำให้ยากต่อการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการในการดำเนินการที่เป็นระบบ มีความครอบคลุมชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ และเป็นการสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในทุกๆระยะของการพัฒนา ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้ขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) มาปรับใช้เป็นแนวทางในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สรุปขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่นำใช้ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงนั้นพบว่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นรับประทานอาหารที่มีผลต่อการช่วยลดระดับความดันโลหิต มาใช้ในทางปฏิบัติมากขึ้น แต่ทั้งนี้ การกำหนดปริมาณส่วนของอาหารแต่ละชนิด และรายการอาหารทดแทน ตามเมนูที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำนั้น มีรูปแบบหรือแนวทางในการนำไปใช้ที่กว้าง ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับบริบทที่จำเพาะต่อวัฒนธรรมการกิน ของแต่ละภาคของประเทศ ที่มีความแตกต่างกัน อาจทำให้ยากต่อการนำไปปฏิบัติ และอาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิดผลสำเร็จในระยะยาว นอกจากนี้พบว่ามีหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพและการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ นั้นให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรค เช่น การศึกษาของ เสาวนีย์ วรระออ และคณะ (2555) ที่พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวกระทำบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการดูแลเอาใจใส่ตลอดจนการช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร ช่วยเตรียมอาหาร และยินดีร่วมปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรค รวมถึงการร่วมให้คำแนะนำหรือเตือนและช่วยห้ามในการรับประทานอาหารบางประเภท ส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงความห่วงใยและได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว คลายความวิตกกังวล และมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไปทางด้านบวก และก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาของ เรียม นมรักษ์ (2558) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คือ เมื่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีความเหมาะสม จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกิดพฤติกรรมออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ดีด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่พบเช่นกันว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังขาดความชัดเจนในขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวมิได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแบบแผนการรับประทานอาหารหรือการปฏิบัติตัวด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยแบบแผนที่

พัฒนาขึ้นจะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับโรคบริบทวิถีชีวิต และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ แบบแผนที่พัฒนาขึ้นนั้นควรต้องมีความครอบคลุมทั้งการรับประทาน และการประกอบอาหาร ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรม (Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) จำนวน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานในแต่ละระยะของการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research design) ซึ่งประกอบด้วยการทำงานจำนวน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้นำการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ขั้นการมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) ของสมาชิกครอบครัวอันประกอบด้วยตัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัว มาใช้ในการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การประกอบอาหาร และอุปสรรคในการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ที่โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในพื้นที่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ในขั้นการมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) และการมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (ongoing decision) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Process Planning) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) มาใช้ในการระดมสมองร่วมกันในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมความดันไม่ได้ รวมถึงการพิจารณาแนวทางการนำแบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสภาพการณ์จริงในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ระยะนี้ผู้วิจัยได้นำการร่วมรับผลประโยชน์ (benefits) และการมีส่วนร่วมประเมินผล (evaluation) โดยการร่วมรับผลประโยชน์ (benefits) นั้นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวัตถุ และด้านบุคคล ในด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล (evaluation) เป็นการที่ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นใน 2 ประเด็น คือ 1) ความเหมาะสมของแบบแผนฯ กับบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 2) ความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยในการพัฒนาเนื้อหาและสาระสำคัญของแบบแผนฯ นั้น ผู้วิจัยกระทำภายใต้กรอบของหลักการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเข้ามาประยุกต์เป็นกลวิธีในการดำเนินการเพื่อพัฒนาแบบแผนฯ ในแต่ละระยะของการวิจัยเชิงพัฒนา ซึ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เมื่อได้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และนำแบบแผนฯ ไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริงแล้ว ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และสมาชิกครอบครัวร่วมประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนที่พัฒนาขึ้นใน 2 ประเด็น คือ 1) ด้านความเหมาะสมของแบบแผนฯ กับบริบทวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และ 2) ความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา(Developmental research design) เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 มีรายละเอียดการดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งในครอบครัว และในระดับพื้นที่ ได้แก่

กลุ่มที่ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จากบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่องปี 2558 ช่วงเดือนจำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 2) สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 3) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

โดยประชากร มีความสมัครใจยินยอมให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

ระยะดำเนินการ

การวิจัยในระยะนี้ ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การจัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างแบบแผนการรับประทานอาหาร และการนำแบบแผนที่ได้ไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน รายละเอียดของประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

1. การจัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างแบบแผนการรับประทานอาหาร

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงทั้งในครอบครัว และในระดับพื้นที่ ได้แก่

กลุ่มที่ 1) ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จากบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง ปี 2558 จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 2) สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 3) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน รวม 11 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีค่าความดันโลหิตภายใน 3 เดือนเฉลี่ย มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
- 3) มีความสมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มที่ 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง คือ คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ของกลุ่ม 2)

- 1) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
- 2) มีความสมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มที่ 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
- 2) มีความสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. การนำแบบแผนไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ได้แก่

กลุ่มที่ 1) ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จากบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่งปี 2558 จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 2) สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน

โดยประชากรมีความสมัครใจยินยอมให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

ระยะประเมินผล

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จากบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่งปี 2558 จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 2) สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน

โดยประชากรมีความสมัครใจยินยอมให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในแต่ละระยะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ชุดที่ 1.1 แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ที่เป็น โรคลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรับประทานอาหารที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้รับประทานในชีวิตประจำวัน จำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ อาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน 10 ข้อ การประกอบอาหาร 6 ข้อ และปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้น

ในการตอบคำถามผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนด และต้องตอบให้ครบทุกข้อ

ชุดที่ 1.2 แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ รายได้ต่อเดือน และการมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรับประทานอาหารที่สมาชิกครอบครัวรับประทานในชีวิตประจำวัน จำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ อาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน 10 ข้อ การประกอบอาหาร 6 ข้อ และปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องนั้น

ในการตอบคำถามผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนด และต้องตอบให้ครบทุกข้อ

ชุดที่ 1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อครอบครัวและชุมชน ค่านิยมด้านการรับประทานอาหารของชุมชน ผลของการดำเนินงานในด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ผ่านมา

รวมถึงปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาในระยะนี้ คือ แผนการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม (Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ชุดที่ 3.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของแบบแผนการรับประทานอาหารกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันและความเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนดและต้องตอบให้ครบทุกข้อ ระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับโดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของแบบแผนฯอยู่ในระดับมาก

2 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของแบบแผนฯอยู่ในระดับปานกลาง

1 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของแบบแผนฯอยู่ในระดับน้อย

การแปลผลระดับของความเป็นได้ในการใช้แบบแผนฯโดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3-3.99 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯอยู่ในระดับมาก

2-2.99 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯอยู่ในระดับปานกลาง

1-1.99 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ข้อดี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา กระทำโดยการหาความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ ชุดที่ 1.1 แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ชุดที่ 1.2 แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ชุดที่ 1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน และชุดที่ 3.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านอาหาร 2 ท่าน ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชุดที่ 1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1.2 และแบบสอบถามชุดที่ 3.1 ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.927, 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ ชุดที่ 1.1 และชุดที่ 1.2 ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับ อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลา ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า ร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการ เข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนด สามารถบอกเลิกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มี ผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นความลับและ นำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อ สงสัยในการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นทางการพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำ วิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะขอให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อ แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยทำการนัด หมายวันและเวลาในการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามแบบของการวิจัยเชิงพัฒนา และได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการจำนวน 2 สัปดาห์ โดยสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ระยะนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ในขั้นการตัดสินใจขั้นต้น (initial decision) มาเป็นกลวิธีที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และ ประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลด้านการรับประทานอาหาร รวมถึงประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหา ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และหาแนวทางสำหรับการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว รายละเอียดการดำเนินการ มีดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง
2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชุดที่ 1.1 (แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้) ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และแจกแบบสอบถามชุดที่ 1.2 (แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว) ให้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับแบบสอบถามคืนภายในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนผู้ที่ไม่มาผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมที่บ้าน
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด เมื่อพบว่าข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบ ผู้วิจัยได้ทำการขอข้อมูลเพิ่มเติม โดยการไปติดตามเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปสถานการณ์ที่ได้จากแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 2

ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานด้านโรคเรื้อรัง และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เวลาในการสนทนา 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยบอกรวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม และขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึก จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยในการสนทนาผู้วิจัยจะทำการเปิดประเด็นคำถามแก่ผู้เข้าร่วมประชุมทีละข้อ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันอภิปราย และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มสามารถให้ข้อมูลได้อย่างอิสระ ตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ และเมื่อเสร็จสิ้นการอภิปรายในข้อคำถามข้อนั้นแล้ว ผู้วิจัยทำการสรุปผลการอภิปรายที่ได้ แล้วจึงถามคำถามข้อต่อไป
2. เมื่อเสร็จสิ้นคำถามทั้งหมดผู้วิจัยกล่าวทบทวนประเด็นสำคัญ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
3. ผู้ศึกษาทำการถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และทำการจัดหมวดหมู่ จากนั้นทำการสรุปผลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล เพื่อนำเสนอให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้วิจัยได้ทำการวางแผนการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน ระยะที่ 2 ของการวิจัย (ระยะดำเนินการ)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแบบแผน และระยะนำแบบแผนไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ระยะละ 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดจำนวน 8 สัปดาห์ โดยสถานที่ในดำเนินการ คือ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ในระยะนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อดึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ (decision making) (ขั้นการตัดสินใจขั้นต้น (initial decision) การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (ongoing decision) และการมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (Operating decision) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Process Planning) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มาใช้ในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ผ่านการคัดเลือกจากประชากรทั้งหมดของ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดัน

โลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน โดยรายละเอียดในการดำเนินการ มีดังต่อไปนี้

ระยะพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร (สัปดาห์ที่ 1-4)

ระยะพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2559 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2559 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้มีการดำเนินงานดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยชี้แจงแผนกิจกรรม และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพในการประสานงาน และยื่นหนังสือเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมการประชุมระดมสมองตามแผนกิจกรรมที่ได้วางไว้ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยวันนัดหมายคือวันที่ 11 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-15.00 น.

สัปดาห์ที่ 2

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมประชุมระดมสมอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 11 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 30 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพจากแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 คน รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการนำเสนอข้อสังเกตและข้อสรุปโดยใช้การนำเสนอข้อมูลที่แสดงเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์โรคและการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ทั้งข้อมูลด้านอาหารที่นิยมรับประทาน การประกอบอาหาร และปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้จากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ รวมถึงทำการเปรียบเทียบข้อมูลด้านการรับประทานอาหารดังกล่าวเทียบให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ

2. จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพูดแสดงความคิดเห็นและเขียนสะท้อนความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์โรค และการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่เกิดขึ้นในชุมชน ผ่านการคำถามว่า “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” และ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” เมื่อผู้เข้าร่วม

ประชุมทุกคนเสร็จสิ้นการแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นข้อคิดเห็นสะท้อนกลับให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม

3. จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเชิญชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มาเข้าร่วมการประชุมร่วมกันเป็นทีมงานในการดำเนินการสร้างแบบแผนฯ และพิจารณาแนวทางการนำแบบแผนไปใช้ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ (operating decision) และมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแบบแผนฯ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 30 คนเข้าร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแบบแผนฯและวางแนวทางในการนำแบบแผนฯไปใช้ รวมถึงมอบหมายหน้าที่ในการประสานงานกับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัวในแต่ละครัวเรือนให้แก่ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพจากแต่ละหมู่บ้าน

4. ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันระดมสมองร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัว

5. ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันสรุปการประชุม และนัดหมายการประชุมครั้งต่อไป คือ วันที่ 18 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

สัปดาห์ที่ 3

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมประชุมระดมสมอง ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 18 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-16.00 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 30 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพจากแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 คน รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนข้อสรุปจากการประชุมในสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอเกี่ยวกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และตัวอย่างแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทของพื้นที่ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การศึกษาของ สกอลล์ (Scholl, 2012) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการกินเพื่อสุขภาพดีแบบชาวเมดิเตอร์เรเนียน อักเคอร์ และคณะ (Akter et al., 2013) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนอาหารเพื่อสุขภาพดีแบบชาวญี่ปุ่น (Healthy Japanese dietary pattern) และ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diet eating plan) (National Heart Lung and Blood Institute, 2003)

2. จากนั้นผู้วิจัยได้เชิญชวนและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันระดมสมองเพื่อสร้างแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยให้โจทย์ว่า

“การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตามสไตล์ชาวยางเน็ง เป็นอย่างไร” และเงื่อนไขของการออกแบบแบบแผน คือ ต้องสอดคล้องกับทุนทางสังคมของพื้นที่ เช่น ทุนด้านเกษตรกรรม ทุนด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาในการประกอบอาหาร เพื่อให้เกิดการใช้ ทุนด้านความรู้ ประสบการณ์เดิม รวมถึงภูมิปัญญาที่มีอยู่ของครอบครัวในการออกแบบ และ พิจารณาแนวทางที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ผู้วิจัยให้เวลาในการระดมสมอง 30 นาที ในการระดม สมอง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่ม 1 ร่วมกันระดมสมองเกี่ยวกับวัตถุดิบในการประกอบอาหารด้านความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผัก และผลไม้ต่างๆ ที่สามารถหาได้ในชุมชนตามฤดูกาลในรอบปี ผ่านการทำปฏิทินอาหาร ของชุมชน

กลุ่มที่ 2 ร่วมกันระดมสมองเกี่ยวกับสารอาหารที่คนในวัยทำงานนิยมรับประทานในแต่ละ วัน แยกตามมื้ออาหารจากนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ร่วมกันจัดกลุ่มของอาหารตามวัตถุดิบ หลักที่ใช้ในการประกอบอาหารเข้าไปในแต่ละหมู่อาหารของธงโภชนาการ และร่วมกันเปรียบเทียบ กับสัดส่วนอาหารตามธงโภชนาการที่ประชากรวัยทำงานควรได้รับต่อวัน และร่วมกันพิจารณาว่าใน แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงนั้น ควรมีสาระสำคัญในการ จัดการกับอาหารในกลุ่มใดเป็นพิเศษ

เมื่อสิ้นสุดของการระดมสมอง แต่ละกลุ่มได้นำเสนอผลจากการระดมสมองของตนเอง และร่วมกันสรุปเนื้อหาของการประชุมระดมสมองเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบแผนใน การรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (วัยทำงาน) ของชุมชน ตำบลยางเน็ง

3. ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเนื้อหาในแบบแผนการรับประทานอาหาร ร่วมกัน และร่วมกันวางแนวทางการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในสภาพการณ์จริง

4. ผู้วิจัยกล่าวทวนเนื้อหาในแบบแผนฯ และข้อสรุปสื่อที่ใช้ประกอบการนำแบบแผนฯ ไปใช้ ในสภาพการณ์จริงที่ได้จากการระดมสมองย้อนกลับให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้แก้ไข หรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันนัดหมายการประชุมครั้งต่อไปคือ วันที่ 25 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อร่วมกันตรวจสอบแบบแผนฯ และสื่อที่พัฒนาขึ้นอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมประชุม ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 25 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00-14.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 22 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพจากแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2 คน รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

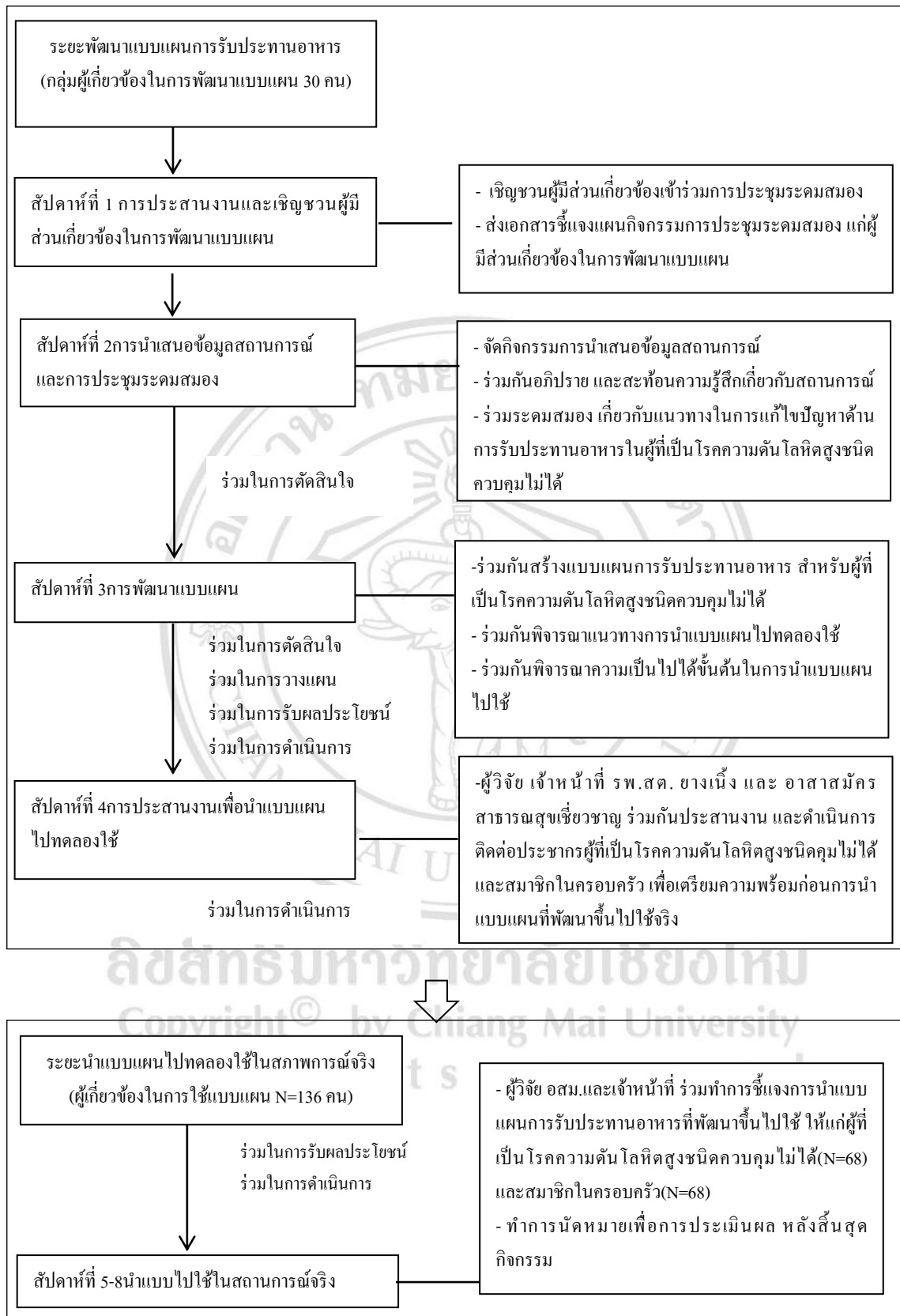
1. ผู้วิจัยนำแบบแผนฯ และสื่อที่ใช้ประกอบการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในสภาพการณ์จริงให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันตรวจทานอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ข้อเสนอแนะ
2. ที่ประชุมร่วมลงมติให้ทำการเริ่มทดลองแบบแผนในวันที่ 28 มิถุนายน 2559 และนัดทำการประเมินผลในวันที่ 29 กรกฎาคม 2559

ระยณะนำแบบแผนไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 5-8)

ผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการตามแนวทางการนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริงในกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงกรอบระยะเวลาในการนำแบบแผนไปทดลองใช้ (1 เดือน) และขั้นตอนในการนำแบบแผนฯ ไปทดลองใช้ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงกล่าวข้ยนัดทำการประเมินผล (วันที่ 29 กรกฎาคม 2559) อีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ ได้มอบแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันจำนวน 4 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง ส่วนประชากรที่ไม่พบ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ ได้นำไปให้ที่บ้าน

สรุปขั้นตอนการจัดกิจกรรมในระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และการนำแบบแผนฯ ไปทดลองใช้ได้ตามภาพที่ 3-1



ภาพที่ 3-1. ขั้นตอนการพัฒนาแบบแผน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในแต่ละขั้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินการจำนวน 2 วัน ระหว่างวันที่ 29-30 กรกฎาคม 2559 โดยสถานที่ในการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสарถิ จังหวัดเชียงใหม่ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและการรับผลประโยชน์มาใช้ในการดำเนินการตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามชุดที่ 3.1 (แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้) ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัว
2. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัว ทำการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น เมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้วจึงได้ส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด หากไม่ครบผู้วิจัยได้ทำการขอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ และทำการอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 1.1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 1.2) และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ (ชุดที่ 3.1: ส่วนที่1) ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental design) เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบการบรรยายและตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว
2. สถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
3. สถานการณ์การรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
4. สถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน และการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหา

ส่วนที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. แนวทางการนำแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 ระยะประเมินผล: ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ส่วนที่ 1 ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยได้นำการมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) ขึ้นของการมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision) มาประยุกต์ให้เป็นแนวทางในการดำเนินการหาข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาสถานการณ์ และค้นหาปัญหาที่แท้จริงในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคของผู้ที่โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในพื้นที่ ก่อนนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนฯ ในระยะที่ 2 ของการศึกษาโดยการดึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการร่วมตอบแบบสอบถามและทำการสนทนากลุ่ม โดยข้อมูลที่ได้มีการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และสมาชิกในครอบครัว

ประชากรที่ศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 147 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว จำนวน 11 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่องจำนวน 1 คน จำแนกประชากรตามข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตารางที่ 4-1 ถึง 4-3

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้จัดเตรียมอาหาร (N=68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	51.5
หญิง	33	48.5
อายุ(ปี)		
35 - 39	10	14.7
40 - 49	15	22.1
50 - 59	43	63.2

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
≤ 18.49	3	4.4
18.50 - 22.99	15	22.1
23 - 24.99	16	23.5
25 - 29.99	30	44.1
≥ 30	4	5.9
อาชีพ		
รับจ้าง	41	60.3
ค้าขาย	16	23.5
รับราชการ	4	5.9
เกษตรกร	3	4.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	5.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	41.2
มัธยมศึกษา	20	29.4
ปวช. / ปวส.	6	8.8
ปริญญาตรี	9	13.2
สูงกว่าปริญญาตรี	4	5.9
ไม่ได้เรียน	1	1.5
ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
≤ 5 ปี	51	74.9
5 - 10 ปี	15	22.1
10 - 20 ปี	2	3.0
ผู้จัดเตรียมอาหาร		
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	43	63.2
สมาชิกในครอบครัว	25	36.8

จากตารางที่ 4-1 จะเห็นได้ว่าประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 63.2 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI =25 - 29.99) ร้อยละ 44.1 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI =23 - 24.99) ร้อยละ 23.5 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.3 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 74.9 และส่วนมากให้ข้อมูลว่าผู้จัดเตรียมอาหาร คือตัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเอง ร้อยละ 63.2



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-2

จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้รายได้ต่อเดือน และผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่สมาชิกในครอบครัว ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (N=68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	29.4
หญิง	48	70.6
อายุ(ปี)		
≤25	1	1.5
26 - 35	7	10.3
36 - 45	13	19.1
46 - 55	21	30.9
56 - 65	21	30.9
≥ 66	5	7.3
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
≤ 18.49	3	4.4
18.50 - 22.99 ปกติ	25	36.8
23 - 24.99 น้ำหนักเกิน	15	22.1
25 - 29.99 อ้วน	21	30.9
≥ 30 อ้วนมาก	4	5.8
อาชีพ		
รับจ้าง	27	39.7
ค้าขาย	23	33.8
เกษตรกร	7	10.3
รับราชการ	3	4.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	11.8

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	48.5
มัธยมศึกษา	14	20.6
ปวช./ ปวส.	6	8.8
ปริญญาตรี	11	16.2
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.5
อื่นๆ (ประกาศนียบัตรฝีมือแรงงาน)	1	1.5
ไม่ได้เรียน	2	2.9
ความสัมพันธ์กับผู้ที่ เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิด		
ควบคุมไม่ได้		
สามี/ภรรยา	31	45.6
บิดา/มารดา	20	29.4
บุตร/หลาน	11	16.2
พี่/น้อง	3	4.4
ญาติสนิท	1	1.5
อื่นๆ (ผู้ร่วมอาศัย)	2	2.9
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
< 5000	19	27.9
5000 - 10000	33	48.5
10000 - 30000	15	22.1
> 30000	1	1.5
ผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ที่ เป็น โรคความดันโลหิตสูง		
สมาชิกในครอบครัว	55	80.9
ผู้ที่ เป็น โรคความดันโลหิตสูง	13	19.1

จากตารางที่ 4-2 จะเห็นได้ว่าประชากรสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี และ 56-65 ปี ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.50-22.99) ร้อยละ 36.8 รองลงมาอยู่ใน เกณฑ์อ้วน (BMI =25-29.99) ร้อยละ 30.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.8 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ คือเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5000-10000 บาทต่อ เดือน และส่วนมากให้ข้อมูลว่าตนเองเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ให้แก่ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงใน ครอบครัว ร้อยละ 60.3

ตารางที่ 4-3

จำนวนและร้อยละของประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง จำแนกตาม เพศ (N=11)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	36.4
หญิง	7	63.6

จากตารางที่ 4-3 จะเห็นได้ว่าประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิงมากกว่าเพศชาย

2. สถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

การวิเคราะห์สถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ประกอบไปด้วยสถานการณ์เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้รับประทานในชีวิตประจำวัน การประกอบอาหาร และปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค โดยแสดงผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 4-4 ถึง 4-6 ดังนี้

ตารางที่ 4-4

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามอาหารที่เลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน และระดับความถี่ในการปฏิบัติ (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์	14	20.6	47	69.1	7	10.3
2. การรับประทานเครื่องในสัตว์	5	7.4	46	67.6	17	25.0
3. การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง	22	32.4	46	67.5	0	0
4. การรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง	16	23.5	51	75.0	1	1.5
5. การรับประทานอาหารรสเค็ม	14	20.6	41	60.3	13	19.1
6. การรับประทานอาหารแปรรูป	15	22.1	50	73.5	3	4.4
7. การรับประทานขนมซองหรือขนมเบเกอรี่	10	14.7	36	52.9	22	32.4
8. การเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหาร ก่อนที่จะรับประทานอาหาร (table salt)	18	26.5	42	61.8	8	11.8
9. การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน	4	5.9	48	70.6	16	23.5
10. การซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารปรุงพร้อมรับประทาน	8	11.8	50	73.5	10	14.7

จากตารางที่ 4-4 จะเห็นได้ว่าผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรือหนังสัตว์ และเครื่องในสัตว์เป็นบางครั้ง และเป็นประจำคิดเป็น ร้อยละ 69.1 และ 67.6 ตามลำดับ รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และแมกนีเซียมสูงเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.6 และ 75 มีการรับประทานอาหารรสเค็มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 60.3 ส่วนมาก รับประทานอาหารแปรรูปเป็นบางครั้งร้อยละ 73.5 และอาหารในกลุ่มขนมขบอง หรือขนมเบเกอรี่ เป็น บางครั้ง 52.9 ส่วนใหญ่มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เพิ่มในอาหารก่อนที่จะรับประทานอาหารเป็น บางครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 61.8 และส่วนมากมีการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านบางครั้ง ร้อยละ 70.6 รวมถึงมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารปรุงพร้อมรับประทานเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.5



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-5

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามการประกอบอาหาร และระดับความถี่ในการปฏิบัติ (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประกอบอาหารโดยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือ ตุ่น	34	50.0	34	50.0	0	0
2.การประกอบอาหารโดยใช้วิธีทอดน้ำมัน	28	41.2	40	58.8	0	0
3.การใช้น้ำมัน หรือไขมันจากพืชในการประกอบอาหาร	33	48.5	35	51.5	0	0
4.การใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร	4	5.9	33	48.5	31	45.6
5.การใส่เครื่องปรุงรสขณะประกอบอาหาร	44	64.7	22	32.4	2	2.9
6.การใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส หรือ ซุปก้อน ขณะประกอบอาหาร	34	50.0	29	42.6	5	7.4

จากตารางที่ 4-5 จะเห็นได้ว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาหารโดยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือ ตุ่น เป็นบางครั้งมีอัตราส่วนเท่ากับผู้ที่กระทำเป็นประจำ ส่วนมากทำการประกอบอาหารโดยใช้วิธีทอดน้ำมัน ร้อยละ 58.8 โดยใช้น้ำมัน หรือไขมันจากพืชในการประกอบอาหารเป็นบางครั้งและเป็นประจำ ร้อยละ 51.5 และร้อยละ 48.5 ตามลำดับ ใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร ร้อยละ 48.5 รองลงมาคือไม่ใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร ร้อยละ 45.6 ในด้านการใส่เครื่องปรุงรส ส่วนใหญ่ใส่เครื่องปรุงรส ขณะประกอบอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 64.7 และมีการใส่ ผงชูรส หรือ ผงปรุงรส หรือ ซุปก้อน ขณะประกอบอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 50

ตารางที่ 4-6

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารที่ชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค	22	32.4	42	61.8	4	5.9
2. มีความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	14	20.6	44	64.7	10	14.7
3. การรับประทานอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัว จัดให้	33	48.5	34	50.0	1	1.5
4. ความต้องการในการรับประทานอาหารที่มี สี สัน กลิ่น รสชาติ และมีความหลากหลายของอาหารในแต่ละมื้อ	11	16.2	39	57.4	18	26.5
5. รายได้ไม่เพียงพอ ต่อการซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	13	19.1	32	47.1	23	33.8
6. ไม่มีเวลาเพียงพอ ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	21	30.9	37	54.4	10	14.7

จากตารางที่ 4-6 จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ชอบมากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.8 ส่วนมากมีความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นบางครั้ง ร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัวจัดให้เป็นบางครั้ง ทั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารที่มี สี สัน กลิ่น รสชาติ และมีความหลากหลายของอาหารในแต่ละมื้อเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.4 ในอุปสรรคด้านรายได้และเวลาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต่อการซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่เพียงพอเป็นบางครั้งร้อยละ 47.1 และไม่เพียงพอเป็นประจำ ร้อยละ 19.1 และไม่มีเวลาเพียงพอ ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นบางครั้งร้อยละ 54.4

3. สถานการณ์การรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

การวิเคราะห์สถานการณ์การรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ประกอบไปด้วยสถานการณ์เกี่ยวกับอาหารที่สมาชิกในครอบครัวเลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน การประกอบอาหาร และปัญหาและอุปสรรคในการจัดเตรียม และประกอบอาหารให้เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยแสดงผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 4-7 ถึง 4-9 ดังนี้

ตารางที่ 4-7

จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามอาหารที่เลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน และระดับความถี่ในการปฏิบัติ (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรือ หนังสัตว์	14	20.6	44	64.7	10	14.7
2. การรับประทานเครื่องในสัตว์	2	2.9	52	76.5	14	20.6
3. การรับประทานอาหารที่มี โปแตสเซียมสูง	33	48.5	35	51.5	0	0
4. การรับประทานอาหารที่มี แมกนีเซียมสูง	26	38.2	41	60.3	1	1.5
5. การรับประทานอาหารรสเค็ม	9	13.2	40	58.8	19	27.9
6. การรับประทานอาหารแปรรูป	11	16.2	53	77.9	4	5.9
7. การรับประทานขนมซองหรือ ขนมเบเกอรี่	8	11.8	45	66.2	15	22.1
8. การเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มใน อาหารก่อนที่จะรับประทานอาหาร (table salt)	30	44.1	30	44.1	8	11.8
9. การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน	3	4.4	45	66.2	20	29.4
10. มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรือ อาหารปรุงพร้อมรับประทาน	8	11.8	45	66.2	15	22.1

จากตารางที่ 4-7 จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรือหนังสัตว์ และเครื่องในสัตว์เป็นบางครั้ง และเป็นประจำ สูงถึงร้อยละ 76.5 และ 20.6 ตามลำดับ รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และ แมกนีเซียมสูงเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.5 และ 60.3 มีการรับประทานอาหารรสเค็มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 58.8 ส่วนมากรับประทานอาหารแปรรูปเป็นบางครั้งร้อยละ 77.9 และอาหารในกลุ่มขนมซอง หรือขนมเบเกอรี่ เป็นบางครั้ง 66.2 ส่วนใหญ่มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เพิ่มในอาหารก่อนที่จะ รับประทานอาหารเป็นบางครั้งและเป็นประจำ คิดเป็น ร้อยละ 44.1 และ 44.1 และส่วนมากนิยม ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นบางครั้ง ร้อยละ 66.2 รวมถึงมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรือ อาหารปรุงพร้อมรับประทานเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.2



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-8

จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามการประกอบอาหาร และระดับความถี่ในการปฏิบัติ (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประกอบอาหารโดยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือ ตุ่น	33	48.5	35	51.5	0	0
2. การประกอบอาหารโดยใช้วิธีทอดน้ำมัน	28	41.2	39	57.4	1	1.5
3. การใช้น้ำมัน หรือไขมันจากพืชในการประกอบอาหาร	38	55.9	30	44.1	0	0
4. การใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร	3	4.4	38	55.9	27	39.7
5. การใส่เครื่องปรุงรส ขณะประกอบอาหาร	35	51.5	32	47.1	1	1.5
6. การใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส หรือ ซุปก้อน ขณะประกอบอาหาร	32	47.1	33	48.5	3	4.4

จากตารางที่ 4-8 จะเห็นว่าสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ประกอบอาหารโดยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือ ตุ่น เป็นบางครั้งและเป็นประจำ ร้อยละ 51.5 และ 48.5 ส่วนมากทำการประกอบอาหารโดยใช้วิธีทอดน้ำมันเป็นบางครั้งและเป็นประจำ ร้อยละ 57.4 และ 41.2 โดยใช้น้ำมัน หรือไขมันจากพืชในการประกอบอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 55.9 และใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหารเป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือไม่ใช้น้ำมันหรือไขมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร ร้อยละ 39.7 ในด้านการใส่เครื่องปรุงรส ส่วนใหญ่ใส่เครื่องปรุงรส ขณะประกอบอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 51.5 ใส่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.1 และมีการใส่ ผงชูรส หรือ ผงปรุงรส หรือ ซุปก้อน ขณะประกอบอาหารเป็นบางครั้ง ร้อยละ 48.5 และใส่ประจำ ร้อยละ 47.1

ตารางที่ 4-9

จำนวนและร้อยละของประชากรสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำแนกตามปัญหา และอุปสรรคในการจัดเตรียม และประกอบอาหารให้เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว และระดับความถี่ในการปฏิบัติ (N=68)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ					
	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จัดเตรียมหรือประกอบอาหารที่ตนเองชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว	19	27.9	35	51.5	14	20.6
2. มีความเบื่อหน่ายที่ต้องจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	7	10.3	30	44.1	31	45.6
3. ไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	9	13.2	36	52.9	23	33.8
4. รายได้ไม่เพียงพอต่อการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	13	19.1	26	38.2	29	42.6
5. มีการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	19	27.9	38	55.9	11	16.2

จากตารางที่ 4-9 จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่จะจัดเตรียม หรือประกอบอาหารที่ตนเองชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.5 ส่วนมากไม่มีความเบื่อหน่ายที่ต้องจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.6 แต่มีผู้ที่เบื่อหน่ายเป็นบางครั้งร้อยละ 44.1 ด้านอุปสรรคด้านเวลาพบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.9 ในอุปสรรคด้านรายได้พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีรายได้เพียงพอต่อการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.6 และในด้านการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว พบว่าสมาชิกได้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคเป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.9

4. สถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน และการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานกลุ่มโรคเรื้อรัง ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง จำนวนทั้งสิ้น 11 คน ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน และการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว จากนั้นได้นำข้อมูลมาทำการจัดหมวดหมู่และแสดงผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.1 ด้านค่านิยมในการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจากการศึกษาโดยการสนทนากลุ่มพบว่า ค่านิยมในการเลือกรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนข้างนี้ปัจจุบันแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มนิยมรับประทานอาหารตามแบบสมัยใหม่ เช่น สุกี้ หมูกระทะ และอาหารปรุงสำเร็จจากร้านสะดวกซื้อในชุมชน และ 2) กลุ่มนิยมรับประทานอาหารแบบดั้งเดิมของชุมชน ซึ่งอยู่ในรูปแบบของข้าวและกับข้าว เช่น น้ำพริกผักลวก ผักผัดต่างๆ แกงผัด ต้มยำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานนั้นส่วนใหญ่มีค่านิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จ เช่น แกงถุงพร้อมรับประทาน มารับประทานในครัวเรือนเนื่องจาก วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต เช่น การออกไปทำงานนอกพื้นที่ชุมชน มีความเหนื่อยจากการทำงานมากขึ้น หรือ รีบเร่งไปรับส่งบุตรหลานที่โรงเรียนหรือโรงเรียนกวดวิชา ทั้งในช่วงเช้าและช่วงเย็น ทำให้มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารด้วยตนเองลดลง ดังข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มดังนี้

“เดี๋ยวนี้หลายคนก็กินอะไรกันไม่เหมือนแต่ก่อนละ รุ่นสี่สิบห้าสิบนี่ก็ยังกินน้ำพริกผักลวกอะไรกันได้อยู่ แต่ถ้ารุ่นยี่สิบสามสิบนี้จะกินนุ่น ร้านเซเว่น โน่นแน่ะ ใส้กรอก ข้าวกล่อง ขนมปังในเซเว่น เพราะเขาวางมันง่ายดี” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญการส่งเสริมสุขภาพ)

“ในหมู่บ้านพื้เนาะคนที่เป็นโรคความดันสูงรายใหม่ๆ ย็งพวกคนทำงานนี้ส่วนมากชอบกินพวกสุกี้ กับหมูกระทะกัน เพราะเขาบอกมันกินง่าย ไม่ต้องคิดอะไรมาก ทำก็เร็ว” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“คนหนุ่มเดี๋ยวนีเขาไม่ทำอะไรทำสวนกันละ ออกไปทำงานข้างนอกกันทั้งนั้น ละพวกคนทำงานนี้ส่วนใหญ่ซื้อกินกันทั้งนั้นแหละ เพราะไม่มีเวลาทำ เขาก็รีบออกไปทำงาน เ็นกว่าจะรับลูกเสร็จก็กลับค้ำ เขาบอกซื้อกินง่ายดี ไม่เปลืองแรง” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

4.2 ด้านการดำเนินงานด้านการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ได้มีการดำเนินการจัดทำโครงการ หรือ โปรแกรมรณรงค์ให้เกิดการปรับพฤติกรรมในหลายภาคส่วนในชุมชน หน่วยงานหลักที่เข้ามาเป็นผู้จัดดำเนินการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเน็ง และเทศบาลตำบลยางเน็ง โดยโครงการและ โปรแกรมที่มีการดำเนินงานเป็นประจำในแต่ละปี ได้แก่ โครงการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังประจำปี โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยสูงอายุ การให้ความรู้ตามเสียงตามสายในหัวข้อ 3๑ 2ส และ โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3๑ 2ส ทั้งนี้พบว่าโดยส่วนใหญ่โครงการเหล่านี้เป็นการดำเนินการในระดับชุมชนและยังมีได้มีการดำเนินการในระดับครัวเรือน และจากการที่สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงานต้องไปทำงานนอกบ้าน จึงทำให้การดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยปรับพฤติกรรมนั้นสามารถกระทำไ้ยากตั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“กลุ่มคนที่เป็นโรคเราก็ชวนเขามาเข้าโปรแกรมให้สุศึกษา เพื่อปรับพฤติกรรม ก็เน้นกันเป็นเรื่อยๆ ไปทั้ง 3๑ 2ส การลด หวาน มัน เค็ม แล้วก็มีการพูดเสียงตามสายของเทศบาลที่ไปพูดเรื่องปรับพฤติกรรมในทุกเช้าด้วย พวกกิจกรรมพวกนี้ทำกันทุกปีนะ ” (ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเน็ง)

“ของ อสม. เรายนี้ไม่มีโครงการอะไรแต่เราจะไปช่วยกันเวลาที่หมออนามัยเขาจัด โครงการคัดกรอง หรือทำโครงการปรับพฤติกรรมในแต่ละปี หรือถ้าส่วนเทศบาลจะมีการตรวจสุขภาพประจำปี ก็จะไปช่วยเจ้าหน้าที่เทศบาลเขาทำ ” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“ส่วนใหญ่ก็ทำกิจกรรมรณรงค์กันตามวัด หรือที่เทศบาล หรือที่อนามัยแหละ ส่วนตามบ้านก็เยี่ยมบ้าน แต่เวลาเยี่ยมบ้านนี้ก็ทำเหมือนเยี่ยมทั่วๆ ไปนะ ไปเยี่ยมคนแก่ซะมากกว่าเพราะคนหนุ่มนี้ไม่อยู่บ้านกัน แล้วคนแก่ก็อยู่แต่คนไข้ญาติก็ไปทำงานในเมืองก็เลยไม่ค่อยได้เจอกัน

และไม่ได้ให้คำแนะนำญาติเท่าไร” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
เชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

ในด้านผลการดำเนินงานในเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใน
ชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นพบว่า การรณรงค์ หรือการ
จัดโปรแกรมปรับพฤติกรรมที่ได้ดำเนินการอยู่ในพื้นที่นั้นให้ผลดีเพียงในระยะสั้นหลังจากเสร็จสิ้น
โครงการ แต่เมื่อติดตามผู้ที่เป็นโรคพบว่าไม่เกิดความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว
เนื่องจากการขาดการย้ำเตือน หรือขาดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความเคยชินเดิม
ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ตอนที่ทำโครงการเสร็จใหม่ๆ ลองตามดูกันไปเดือนแรกก็ได้อยู่นะ แต่หลังจากนั้นก็ไม่ได้ทำ
ตามคำแนะนำกันเลย...” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพ)

“อย่างเรื่องกินเนี่ย เขาก็บอกเลยว่ามันทำยาก อย่างเช่นการลดเค็ม ถ้าลิ้มตัวไป หรือไม่มีใคร
เตือนก็จะชอบเกลือกิน เพราะว่าติดรสชาติมันไปแล้ว” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัคร
สาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“ตอนทำโปรแกรมก็มีเสียงตอบรับดี มีความกระตือรือร้นที่จะทำ แต่พอผ่านไปนานๆเข้าก็
เลิกทำให้เหตุผลว่าเหนื่อยบ้าง ยุ่งยากบ้าง” (ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรัง
ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางหนึ่ง)

“...ส่วนใหญ่พอขาดแรงกระตุ้นก็มักจะเลิกไปและกลับมาคุมความดันไม่ได้เหมือนเดิม”
(ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลยางหนึ่ง)

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง พบว่า ในวัยสูงอายุมักจะพบปัญหาและอุปสรรคน้อยมาก แต่จะพบปัญหาหรือ
อุปสรรคในการดำเนินงานในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจาก 1) ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ออกไปทำงาน
นอกเขตพื้นที่ชุมชนและส่วนใหญ่ต้องทำงานวันจันทร์ถึงวันเสาร์ แต่การเยี่ยมบ้านมักกระทำในช่วง
เช้าของวันจันทร์ถึงศุกร์ จึงทำให้ผู้เยี่ยมไม่พบผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน 2) ไม่พบอาการ
หรืออาการแสดงของโรค หรือคิดว่าตนเองยังอายุน้อย จึงเกิดความเข้าใจว่าตนไม่มีความเสี่ยงในการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และ 3) มักได้รับความร่วมมือน้อยในกลุ่มวัยนี้ เช่น ไม่ยอมรับฟัง

คำแนะนำ หรือไม่ยอมออกมาพบเมื่อเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขไปเยี่ยมที่บ้าน ดังข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ส่วนใหญ่เวลาในการลงเยี่ยมบ้านจะเป็นในช่วงกลางวันประมาณ 9.00-12.00น. ของวันธรรมดา และเป็นช่วงที่คนทำงานก็จะออกไปทำงานนอกบ้านหรือไปในเมือง ก็เลยไม่ค่อยเจอกัน เจอแต่คนแก่” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“กลุ่มคนแก่นี้จะให้ความร่วมมือดี แต่ถ้าเป็นกลุ่มคนทำงานนี้จะคุยกันยากหน่อย บางคนก็ไม่ฟังเลย บางคนนี่ฟังแต่ไม่รู้ว่าจะเอาไปทำจริงอะไรเปล่า” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“ไปหาที่บ้านก็ไม่ค่อยเจอออกไปทำงานกันทุกวัน บางวันอยู่บ้านแต่เรียกแล้วไม่ยอมออกมาก็มี” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“...คนไข้ที่เป็นคนทำงานนี้เจอกันยากมาก และเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยดูแลตัวเอง เพราะว่าโรคมันอาการไม่ชัดถ้าความดันโลหิตไม่ได้สูงมากมาย เขาก็คิดว่าเขาสบายดี” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

“กลุ่มอายุไม่มากนักแหละคุยกันยาก ไม่ค่อยจะเชื่อเราเท่าไร บอกระไรไม่ค่อยฟัง เพราะเขาคิดว่าเขาแข็งแรง...” (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ได้ประเด็นสถานการณ์ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านการรับประทานอาหารและการประกอบอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว : อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชนตำบลยางเนิ้งและสมาชิกครอบครัว นิยมเลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กลุ่มเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์ และเครื่องในสัตว์ รวมถึงกลุ่มอาหารแปรรูปและอาหารในกลุ่มขนมซอง หรือขนมเบเกอรี่ แต่ยังมีมารับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมและแมกนีเซียมสูงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับอาหาร 3 กลุ่มข้างต้น การนิยมใส่เค็มเครื่องปรุงรสเค็มทั้งขณะประกอบอาหารและขณะรับประทานอาหาร (Table salt)

2. ปัญหาและอุปสรรคหลักในการเลือกรับประทาน หรือประกอบอาหารอาหารที่เหมาะสมกับโรค: ได้แก่ การนิยมรับประทานอาหารที่ตนเองชอบมากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความเบื่อน้ำหนักที่ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความต้องการความหลากหลายของอาหาร ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการหาซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค และไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าไปส่งเสริมให้เกิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ในวัยทำงานนั้นมีปัญหาจริง

ส่วนที่ 2 การดำเนินการ

การดำเนินการในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะย่อยคือ ระยะพัฒนาแบบแผน และระยะนำแผนไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริง และมีการนำข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบแผนฯ โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ดำเนินการโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งสิ้น 5 ขั้นตอน และได้ผลจากการดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) เป็นกระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการริเริ่มตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะสามารถนำไปปฏิบัติหรือวางแผนแก้ไขปัญหาโดยในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน และได้ผลจากการดำเนินการดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (initial decision): หลังจากผู้วิจัยทำการนำเสนอข้อสังเกตและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพูดคุยแสดงความคิดเห็นและเขียนสะท้อนความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์โรค และการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่เกิดขึ้นในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันพูดคุยและสะท้อนความรู้สึกอย่างกว้างขวาง โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงขึ้นรู้สึกกลัวผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคและครอบครัวในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ในด้านการรับประทานอาหาร และการประกอบอาหารนั้นยังมีความไม่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรค คือยังมีการใช้เครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา กะปิ ซอสหอยนางรม ซีอิ๊วขาว กะปิ ปลาแร่ เป็นต้น และ

ยังคงมีความนิยมในการกินอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารหมักดอง ขนมกลุ่มเบเกอรี่ แหนม และกุนเชียง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการบริโภคผักในสัดส่วนที่น้อยกว่าอาหารในกลุ่มโปรตีนจำพวกเนื้อสัตว์ และกลุ่มข้าว ทางกลุ่มคิดว่าสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เกิดจากการที่ผู้ที่เป็นโรค และสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบว่าในชุมชนมีพืชผักอะไรบ้าง ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผักที่มีคุณสมบัติในการลดความดันโลหิตสูงในชุมชน และผักตามท้องตลาดมีราคาแพง นอกจากนี้กลุ่มยังให้ข้อคิดเห็นว่าการรับประทานของกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้นถือเป็นปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันแก้ไข ดังข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุมดังนี้

“รู้สึกว่าการกินของโรคนั้นไม่ดีเลย กังวลถึงความน่ากลัวของโรคความดัน คิดว่าถ้าเกิดโรคแทรกซ้อนแรงๆขึ้นมาจะทำให้คนไข้กับคนในบ้านลำบากมาก...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...ใช่ๆเรื่องเครื่องปรุงนี่เห็นด้วยนะ เพราะใส่กันอยู่ตลอดแหละพวกน้ำปลา ซอสหอยนางรม ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ไข่คนอร์ ใส่กันทุกจาน พยายามเตือนๆกัน แต่ก็ไม่ค่อยละฟัง...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“ที่ว่ามาทั้งหมดนี้มันถูกต้องเลยนะ คนไข้ส่วนใหญ่ชอบกินกันตามใจปากทำให้การควบคุมโรคนั้นยากมากขึ้น...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...คือเรากินกันทุกวันเนาะ ถ้าคุณเรื่องกินตรงนี้ได้น่าจะทำให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้นนะ โดยเฉพาะพวกขนมเค็ม แหนม กุนเชียงกันนี่นะกินอยู่ได้ ห้ามไม่เคยฟัง...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“ผมว่าถ้าเราคุมอาหารได้ เราน่าจะคุมความดันได้นะ แต่คนในบ้านก็ต้องช่วยกันเตือนหน่อยนะ ” (ความคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“ยอมรับว่าคนที่ทำกับข้าวที่บ้านเขาก็ทำไม่ถูกจริงๆนะ ใส่เครื่องปรุงกันทุกอย่างที่มีในครัวเลย เค็มๆทั้งนั้น กะปิเอย น้ำปลาเอย บอกแค่เรานี้มันไม่ได้ต้องบอกคนในบ้านด้วย มันต้องช่วยกันหลายๆทางนะ” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...ถึงจะกินผักกันบ้าง แต่ดูจากเปอเซนต์ก็ถือว่าน้อยนะ คูๆแล้วแต่ละมือเนี่ยเน้นข้าว เน้นเนื้อ เน้นหมู ไม่เน้นผัก อย่างลาบจี้ ก็เอามาเคียงเฉยๆ ก็ไม่ได้กินเยอะเน้นข้าวกะหมู..” (ความคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“จริงๆบ้านเรานี้ก็มีผักเยอะนะ ทำไมกินผักกันน้อยจัง...” (ความคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“ที่ไม่กินผัก หรือกินผักน้อยเพราะไม่รู้รึเปล่าว่าบ้านเรามีผักอะไรบ้าง...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...คนรุ่นใหม่เดี๋ยวนี้อาจจะไปตลาดก็นึกถึงแต่ ผักกาด กีบคะน้ำ อย่างอื่นนี่นึกไม่ออกละ เพราะไม่ค่อยทำกับข้าวเองกันเท่าไร ผักพวกนี้ก็แพงอยู่นะบางคนไม่มีเงินก็ไม่ค่อยกินละ เน้นข้าวกับหมูแทนเพราะมันอยู่ท้องกว่า...” (ความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...อย่างคนที่บ้านนี้ต้องเข้ามาช่วยกันอะเนาะ เพราะบางทีมันก็เลือกกินไม่ได้อะ เพราะเราไม่ได้ทำกับข้าวเอง คนทำมันก็ต้องรู้กัน...” (ความคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...ต้องเตือนกันช่วยกันนะ มันถึงจะคุมเรื่องอาหารการกินได้” (ความคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

1.2 การมีส่วนร่วมในการเตรียมการ (ongoing decision): หลังจากผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลรูปจากการประชุมในสัปดาห์ที่ และจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอเกี่ยวกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และตัวอย่างแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทของพื้นที่ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกร่วมกันระดมสมองเกี่ยวกับวัตถุดิบในการประกอบอาหารด้านความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผัก และผลไม้ต่างๆ ที่สามารถหาได้ในชุมชนตามฤดูกาลในรอบปี ผ่านการทำปฏิทินอาหารของชุมชน และได้ผลจากการระดมสมองตามภาพที่ 4-1 ดังนี้

เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
ผัก	บล็อคโคลี่ กะหล่ำปลี ผักกาดขวางตุง ถั่วฝักยาว				ยอดมะขาม ผักหวาน เห็ดเผาะ		หน่อไม้สด (บ่งทำหน่อไม้คอง) ผักเขียว						
← ผักกาดขาว ตำลึง ชะอม เห็ดนางฟ้า กระน้ำ เห็ดฟาง มะรุม ถักบั้ง ฟักทอง มะเขือยาว เขียงดา มะเขือเทศ หอยกกล้วย →													
ผลไม้	← กล้วยน้ำว้า ส้มเขียวหวาน ฝรั่ง มะละกอ →												
เนื้อ-ไข่-แมลง	← เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อควาย ปลา เนื้อไก่ ไช้ไก่ →												
อาหาร	คัตตะหล่ำแกงหยวก กล้วยตากเขียว		ห่อนึ่งแค้ไก่ ห่อนึ่ง- หน่อไม้คอง แกงฮังเล แคบหมู เหมมหมู คั่ว โธะ แกงอ่อม ขนมเทียน		ไข่มดแดง แมงมัน		ขนมจีน ข้าว เงี้ยว ก๋วยเตี๋ยว ขนมรวมมิตร		ขนมจีน ข้าว เงี้ยว ก๋วยเตี๋ยว				
← สุกี้ หมูกระทะ ลาบหมู ลาบควาย หูฉิ่ง น้ำพริกคั่วแดง น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกอ่อง →													
เทศกาล/ กิจกรรม ชุมชน	ปีใหม่ สากล	ปอยหลวง	ปีใหม่ไทย				ประเพณีสาร น้ำพระ				-ลอยกระทง -งานบุญอุย และทำป่า		ต่างท้ายปีเก่า

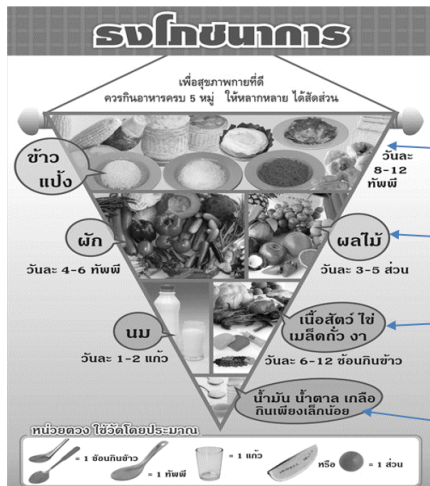
ภาพที่ 4-1. ภาพแสดงวัตถุดิบในการประกอบอาหารแยกตาม และอาหารที่ประชากรชุมชนชนบางนึ่งนิยมรับประทานในรอบปี

และกลุ่มที่ 2 ร่วมกันระดมสมองเกี่ยวกับสารอาหารที่คนในวัยทำงานนิยมรับประทานในแต่ละวันแยกตามมื้ออาหาร และร่วมกันจัดกลุ่มของอาหารตามวัตถุดิบหลักที่ใช้ในการประกอบอาหาร จากนั้นผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันเปรียบเทียบสัดส่วนอาหารในแต่ละหมวดของคนในชุมชนกับสัดส่วนอาหารตามธงโภชนาการ ได้ผลตามภาพที่ 4-2 และ 4-3 ดังนี้

มื้ออาหาร	อาหาร	เครื่องดื่ม	อาหารว่าง
เช้า	ข้าวมันสังขยา ขนมปัง ข้าวต้ม น้ำพริก หมูทอด ข้าวเหนียว	กาแฟ โอวัลติน น้ำเต้าหู้ เครื่องดื่มชูกำลัง(ลิโพ เอ็มร้อยห้า สิบ จลาม)	
กลางวัน	ก๋วยเตี๋ยวไก่/หมู/เนื้อ ขนมจีน ข้าวราดแกง ข้าวซอย ส้มตำ แกงผัก ข้าวเหนียว ไข่ย่าง ลาบหมู ลาบเนื้อ ข้าวผัด ราดหน้า ก๋วยจั๊บ	น้ำหวาน กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง (ลิโพ เอ็มร้อยห้าสิบ จลาม)	ผลไม้สด ผลไม้คอง เบอเกอร์ ขนม หวาน เช่นรวมมิตร ไอศกรีม
เย็น	หมูกระทะ คัมจัด แกงหน่อไม้ แกงฮังเล ข้าวเหนียว ลาบ คัมซ่าไก่ น้ำพริกอ่อง คัมซ่า แกงเห็ดเผาะ แกงแคไก่ แกงปลา แกงผักเชียงดา น้ำพริกแมงมัน แกงหยวก คัมชะเชื้อ ราดหน้า ยำยอดมะขาม แกงคั่ว ไก่ ผัดจิง แกงขมุน แกงอ่อมไก่ ปลานึ่ง ยำหนัง ปลาทอด ห่อนึ่งไก่ ยำปลาตุ๋น	นม น้ำเต้าหู้ เบียร์ สุรา	ผลไม้สด ขนมหวาน เช่น รวมมิตร ลอดช่อง

ภาพที่ 4-2. ภาพแสดงอาหารที่ผู้เป็น โรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานนิยมรับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวัน

จากภาพ 4-2 จะเห็นได้ว่าอาหารที่ผู้เป็น โรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานนิยมรับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ประกอบด้วยเนื้อสัตว์เป็นหลัก ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อปลา เนื้อไก่ และนิยมประกอบอาหารด้วยการแกง ต้ม นึ่ง หรือยำ มากกว่าการประกอบอาหารด้วยการใช้น้ำมัน



จัดกลุ่มอาหารตามวัตถุประสงค์หลักในการประกอบอาหาร

ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวมัน ข้าวต้ม ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ข้าวซอย ข้าวผัด ราดหน้า ก๋วยจั๊บ		
เบเกอรี่		
น้ำพริก-ผักลวก ส้มตำ ส้มจัด แกงหน่อไม้ แกงหัดเผาะ แกงผักเชียงดา แกงหยวก ตำ มะเขือ ยำยอคะขาม แกงขนุน	ผลไม้สด ผลไม้ดอง	
	หมูทอด ไก่ย่าง ลาบหมู ลาบเนื้อ หมูกระเพาะ แกงฮังเล ส้มซ่าไก่ น้ำพริกอ่อง ส้มยำ แกงแคไก่	
	นม	
	ถั่วลิสง นมข้น นมผง นมเปรี้ยว นมช็อคโกแลต นมรสโยเกิร์ต นมรสผลไม้ นมรสช็อคโกแลต นมรสวานิลลา นมรสกาแฟ นมรสช็อคโกแลต นมรสผลไม้ นมรสช็อคโกแลต นมรสวานิลลา นมรสกาแฟ	
เกลือ และเครื่องปรุงรสเค็ม ใส่ทุกมื้อ ใส่ทุกจาน	น้ำตาล กาแฟ โอวัลติน น้ำดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง เบเกอรี่ ขนมหวาน ไอศกรีม	น้ำมันพืช กะทิ

ภาพที่ 4-3. แผนภาพเปรียบเทียบระหว่างสัดส่วนอาหารที่กินในชุมชนรับประทานในแต่ละวัน กับ สัดส่วนอาหารตามธงโภชนาการ

จากภาพที่ 4.3 จะเห็นว่าเมื่อนำอาหารมาจัดกลุ่มตามหมวดของอาหารตามธงโภชนาการแบบคร่าวๆ โดยใช้วัตถุประสงค์หลักในการประกอบอาหารพบว่า สัดส่วนของอาหารที่รับประทานมิได้เป็นไปตามสัดส่วนอาหารในธงโภชนาการ คือ มีการกินเนื้อสัตว์ในสัดส่วนที่สูงกว่าอาหารกลุ่มผักผลไม้ และมีการใช้เครื่องปรุงรสเค็มในอาหารมากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวัน

และเมื่อผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าในแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น ควรมีความสำคัญในการจัดการกับอาหารในกลุ่มใดเป็นพิเศษ เนื่องจากมีการให้ข้อคิดเห็นว่าการจะปรับการรับประทานทั้งหมดนั้นเป็นไปได้ยากในแง่การปฏิบัติ ได้ผลการพิจารณา ดังนี้

- 1) ในด้านการเลือกรับประทานอาหาร: ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว ควรรับประทานอาหารกลุ่มผักหรือผลไม้ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งขณะทานอาหารประเภทจานเดียว และแบบสำรับ โดยเน้นกินผัก ผลไม้ ที่หาได้ง่ายในพื้นที่เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการประกอบอาหารและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและถือเป็นการอนุรักษ์พืชผักในท้องถิ่น โดยจากการร่วมทำปฏิทินผักผลไม้ในพื้นที่พบว่า ในพื้นที่ตำบลยางเนิ้งมีผักผลไม้ที่อุดมไปด้วยแร่ธาตุโพแทสเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งมีคุณสมบัติในการควบคุมความดันโลหิตหลายชนิดและผักผลไม้เหล่านี้มีราคาถูก มีขายทั่วไป และบางชนิดออกผลตลอดทั้งปี ได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดทุกชนิด คื่นช่าย เห็ด ผักหวาน ยอดมะขาม ผักบุ้ง มะเขือเทศ ฝรั่ง ถั่วเขียว ถั่ว และส้มเขียวหวาน ดังข้อคิดเห็นจากที่ประชุม ดังนี้

“ลดกินเนื้อนี่ยากมากเลยนะ ผมว่าเราเพิ่มปริมาณผักในมื้ออาหารน่าจะดีกว่า...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“เนื้อนี่เราก็กินกันอยู่เนาะ ข้าวนี้มันลดกันยากจริงๆ เน้นเป็นเนื้อไม่มีมัน กับพวกข้าวหุง ข้าวกล้องแทนข้าวเหนียวละกัน...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“ต้องเน้นการผักในแต่ละมื้ออาหาร เพราะคุณแล้วเรากินกันน้อยมากถ้าเทียบกันหมู่นะ ” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“...เห็นด้วยนะเรื่องการเพิ่มผักในแต่ละมื้อ...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“อันที่จริงตามปฏิทินผักนี้ผักบ้านเรามีเยอะแยะทั้งปีนะ ถ้าเพิ่มผักนี้ต้องระบุหน่อยว่าเป็นผักในพื้นที่ตำบลของเรา” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“กินผักบ้านเรา ผักจะได้อายุพันธุ้ ราคาผักก็ไม่แพง บางอย่างก็ปลูกง่ายโรตเร็ว ด้วย ” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“มีหลายตัวเคยอ่านมาเขาว่าช่วยลดความดันได้นี้ พวกคะน้า กะหล่ำปลี มะเขือเทศอะไรอย่างนี้...” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“เคยอ่านในอินเทอร์เน็ต เขาว่าฝรั่ง กลัวยน้ำว้าอะไรแบบนี้ ถ้ากินทุกวันนี่ช่วยลดความดันได้ นะ” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

2) ในด้านปริมาณอาหารที่รับประทานต่อมื้อ: ที่ประชุมให้ความเห็นว่าควรมีการ รับประทานอาหารครบทุกหมู่ตามธงโภชนาการ แต่ให้รับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่รับประทานจน แน่นเกินไป โดยมีกำหนดว่าระดับของความ“อึด” ให้พิจารณาจากความรู้สึกของแต่ละบุคคล เนื่องจากความอึดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ดังข้อคิดเห็นจากที่ประชุม ดังนี้

“น่าจะต้องกำหนดด้วยหรือเปล่าว่าอย่ากินเยอะเกินไป” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“บางทีก็กินครบ กินดี กินผักกินผลไม้แหละ แต่บางทีก็กินเยอะ อย่างจิ้มมันก็ไม่ใช้หรือเปล่า ...” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“คำว่าอิมนี้ น่าจะดูจะความรู้สึกของแต่ละคนนะ จะมาตั้งเกณฑ์ว่าให้กินเท่านั้นเท่านั้นมันไม่น่าจะใช้...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“อิมนี้แต่ละคนไม่เหมือนกันรีเปลา อย่างเราตอนที่ยกกินข้าวราดแกงจานเดียวก็แน่นละ แต่เพื่อนอีกคนตัวใหญ่กว่า หรือเพื่อผู้ชายเขาก็ไม่อิมนะกินได้อีกนิดนึง” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“กินผักผลไม้ และก็กินให้ครบ ละก็เห็นด้วยนะว่ากินแต่พอดีนี้ถูกต้องเลย อย่ากินเยอะเกินจะดีที่สุด เอาแบบสบายๆไม่แน่นพุง...” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

3) ในด้านการประกอบอาหาร: ที่ประชุมมีคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวควรลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มทั้งในขณะประกอบอาหาร และขณะรับประทานอาหารทั้งอาหารประเภทจานเดียว และแบบสำรับ โดยเริ่มต้นจากการลดปริมาณลงครึ่งหนึ่งจากปริมาณเดิมที่ใช้ประจำ เช่น ในผักกาดจอบกดีใส่น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ ให้ลดลงเหลือครึ่งช้อนโต๊ะ ลดการปรุงอาหารเพิ่มบนโต๊ะอาหาร หรือหากเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานก็ลดการชคน้ำแกง เนื่องจากในน้ำแกงมีปริมาณของเครื่องปรุงลดเค็มอยู่มากกว่าเนื้อแกงดังข้อคิดเห็นจากที่ประชุม ดังนี้

“จริงๆ ให้ใส่ให้น้อยที่สุดแบบที่หมอนามัยเขาบอกมันก็คีนะ แต่กับข้าวมันไม่ร่อยนะ ขอลดครึ่งนึงก่อนได้หรือเปล่า...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“...เรื่องลดครึ่งนึงนี้เห็นด้วยนะ แต่ให้ใส่น้อยแบบที่หมอว่ามันเหมือน โคนหักคิบนะ ทำได้วันสองวันก็เลิกแล้ว” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“ใครจะใส่นิดเดียวก็ใส่ไป แต่คนที่ชอบกินเค็มอยู่ๆมาตัดนี้ยากมาก เริ่มจากลดครึ่งนึงนี้ละน่าจะไหวอยู่...” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“คำว่าลดเค็มนี้ต้องทั้งตอนกิน รวมทั้งตอนทำด้วยหรือเปล่า คือบางทีก็ไม่ได้ปรุงเพิ่มนะ มันเค็มมาจากในหม้ออยู่แล้วนะ...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“เคยได้ยินเขาว่าคำพูดหนึ่งที่ว่า กินเนื้อเหลืองน้ำ นี้ก็เข้าทำคีนะ เพราะอย่างบางทีในถ้วยเดียว น้ำซุปร้อนก็เค็มจริงนะ” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

1.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ (operating decision): เป็นการสรรหาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรืออาสาสมัครเข้าร่วมดำเนินการมีการมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินการมีผู้ประสานงานตลอดจนมีการรวมกลุ่มกันของผู้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในระยะนี้ผู้วิจัยได้ทำการเชิญชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มาเข้าร่วมการประชุม ร่วมกันเป็นทีมงานในการดำเนินการสร้างแบบแผนฯ และพิจารณาแนวทางการนำแบบแผนไปใช้ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ (operating decision) และมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแบบแผนฯ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 22 คน เข้าร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแบบแผนฯและวางแนวทางในการนำแบบแผนฯไปใช้ รวมถึงมอบหมายหน้าที่ในการประสานงานกับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัวในแต่ละครัวเรือนให้แก่ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพจากแต่ละหมู่บ้าน ส่วนในด้านการตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการของเนื้อหาที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ลงมติให้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการดังข้อคิดเห็นจากที่ประชุมดังนี้

“เรื่องวิชาการนี้เราไม่ชัวร์ละ ยกให้เป็นหน้าที่ของน้องนักศึกษาเลย เดียวที่ช่วยเรื่องติดต่อนั้นนี้ให้แล้วกัน” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“มาช่วยคิด ช่วยออกแบบ หรือเอาไปทำที่บ้านนี้ได้นะ แต่ให้ไปช่วยติดต่อนั้นนี้ นี่คงต้องขอตัวเพราะไม่ค่อยมีเวลาทำไหว” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“ช่วยเป็นธุระเรื่องการเอาแบบแผนนี้ไปบอกไปสอนแต่ละบ้านก็ได้อยู่นะ” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“จะให้ช่วยเรื่องอะไรว่ามาได้เลย แต่ความรู้ที่มีนี้อาจถูกเรียกว่าไม่รู้ละ ให้น้องนักศึกษาตรวจดูอีกทีแล้วกันนะ” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“เดี๋ยวมาร่วมคิดแล้วกันครับ ยังไงก็บอกวันมาล่วงหน้าก่อน” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“เต็มใจช่วยเลยละ มันเป็นเรื่องสุขภาพของบ้านเราเนาะ เราไม่ทำใครจะทำ เราไม่ช่วยใครจะช่วยเนาะ” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Process Planning) ในระยะนี้หลังจากผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้สรุปกรอบของเนื้อหาของแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบแบบแผนฯ และแนวทางการนำแบบแผนไปทดลองใช้โดยด้านเนื้อหาของแบบแผนฯนั้นที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่าควร

มีการสรุปเนื้อหาของแบบแผน ให้อยู่ในรูปของคำที่สั้น ง่ายต่อการจดจำ และเนื้อหาที่นำเสนอ ประกอบไม่ควรยาวเกินไป และแนวทางการนำไปใช้ควรมีความเป็นรูปธรรม คือ มีการระบุถึง กลุ่มเป้าหมาย และสัดส่วนของอาหารแบบคร่าวๆในแต่ละกลุ่มคล้ายในธงโภชนาการ ข้อเสนอแนะ จากที่ประชุมมีดังนี้

“เอาสั้นๆง่ายๆนะ ยาวไปนี่เขาไม่ค่อยอ่านกัน” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้)

“เอาสั้นๆง่ายๆซักๆ ไม่ต้องวิชาการเกินบางที่ชาวบ้านเขาก็ไม่ค่อยเข้าใจ พอไม่เข้าใจปุ๊บ เขาก็จะรู้สึกว่ามันยุ่งยากละ” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“เขียนใส่ไปด้วยนะ จะเอากลุ่มไหน เดี่ยวในอนาคตคนที่เขาไปใช้ จะได้ตัดแปลงถูก อย่างรอบนี้เราก็นั่งในคนทำงานก่อน โอกาสหน้าก็ขยับไปทำกลุ่มอื่นมั่ง...” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“เราทำเป็นไค้คำมัย มันจะได้จำได้ง่าย...” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“เนื้อหาไม่ต้องเอาลงลึกมาก เอาเท่าที่เราคุยกันก่อนนะ เดี่ยวคิดว่าตอนเอาไปใช้คนใช้เขาจะให้เพิ่มอะไรรีเปลา” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ)

“จะดีมัยถ้าเราทำธงของเรามั่ง คล้ายๆของหมอเขา แต่เราปรับนิดหน่อยให้เป็นของบ้านเราเอง...” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

เมื่อที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะแล้ว สามารถสรุปสาระสำคัญของแบบแผนฯซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยชื่อแบบแผน กลุ่มเป้าหมายของแบบแผน และธงโภชนาการ สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(วัยทำงาน) โดยขนาดของกล่องข้อความในธงแทนสัดส่วนของอาหารที่แนะนำรับประทานในแต่ละหมู่อาหาร โดยปรับสัดส่วนของการรับประทานผักผลไม้ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น Code และรายละเอียดของCode

รายละเอียดของแบบแผนฯที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดดังภาพที่ 4-4 และ 4-5

ชื่อแบบแผน	กินหือดีกินหือดำ กินหือไกลโรคความดันโลหิตสูง (กินให้ถูกต้อง กินให้ร่อย กินให้ห่างไกลจากโรคความดันโลหิตสูง)							
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ กลุ่มวัยทำงานทั้งชายและหญิง อายุ 35 – 59 ปี 2. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย หรือไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเกาต์ 3. สมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง							
<p>ธงโภชนาการของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง(วัยทำงาน) ตำบลยางเนิ้ง**</p> <p>(*อ้างอิงสัดส่วนตามธงโภชนาการกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to stop Hypertension: DASH diet) (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555; National Institutes of Health, 2006)</p>	<p>พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน*: หญิง 1,600 kcal ชาย 2,000 kcal</p> <p>*เกณฑ์นี้ใช้กับผู้ที่มิได้ขึ้นมวลกายอยู่ในระดับปกติ</p> <table border="1" data-bbox="651 862 1348 1153"> <tr> <td colspan="2">กลุ่มข้าว-แป้ง: ข้าวขาว ข้าวกล้อง ข้าวไม่ขัดสี (วันละ 8-12 ทัพพี)</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มผัก: ผักใบเขียว และผักหลากสี (วันละ 4-6 ส่วน)</td> <td>กลุ่มผลไม้: ผลไม้รสไม่หวานจัด(วันละ 4-6 ส่วน)</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="726 1153 1289 1294"> <tr> <td>น้ำ วันละ 8-10แก้ว</td> <td>นม วันละ 1-2แก้ว</td> <td>กลุ่มโปรตีนคุณภาพดี: เนื้อสัตว์ (หมู วัว และควาย) ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ ถั่ว งา (วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">น้ำตาล ไขมัน/น้ำมัน</p> <p style="text-align: center;">เกลือ: ลดลงครึ่งหนึ่ง จากปริมาณปกติ หรือ ใส่ให้น้อยที่สุด</p>	กลุ่มข้าว-แป้ง: ข้าวขาว ข้าวกล้อง ข้าวไม่ขัดสี (วันละ 8-12 ทัพพี)		กลุ่มผัก: ผักใบเขียว และผักหลากสี (วันละ 4-6 ส่วน)	กลุ่มผลไม้: ผลไม้รสไม่หวานจัด(วันละ 4-6 ส่วน)	น้ำ วันละ 8-10แก้ว	นม วันละ 1-2แก้ว	กลุ่มโปรตีนคุณภาพดี: เนื้อสัตว์ (หมู วัว และควาย) ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ ถั่ว งา (วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว)
กลุ่มข้าว-แป้ง: ข้าวขาว ข้าวกล้อง ข้าวไม่ขัดสี (วันละ 8-12 ทัพพี)								
กลุ่มผัก: ผักใบเขียว และผักหลากสี (วันละ 4-6 ส่วน)	กลุ่มผลไม้: ผลไม้รสไม่หวานจัด(วันละ 4-6 ส่วน)							
น้ำ วันละ 8-10แก้ว	นม วันละ 1-2แก้ว	กลุ่มโปรตีนคุณภาพดี: เนื้อสัตว์ (หมู วัว และควาย) ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ ถั่ว งา (วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว)						

ภาพที่ 4-4. ภาพแสดงสาระสำคัญในแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนที่ 1

ข้อปฏิบัติในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	
CODE	รายละเอียดของCODE
เพิ่มผัก	<p>1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวควรเพิ่มสัดส่วนของผักที่อุดมด้วยแร่ธาตุโพแทสเซียม และแมกนีเซียมในจานอาหาร และรับประทานให้ได้ 4-5 ส่วนต่อวัน</p> <p>2) เน้นสีส้มของผักที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความน่ารับประทาน</p> <p>3) เน้นการรับประทานผักที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นตามแต่ละฤดูกาลเพื่อลดต้นทุนในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดทุกชนิด คื่นช่าย เห็ด ผักหวาน ยอดมะขาม ผักบุ้ง มะเขือเทศ ฝรั่ง กว๊านน้ำว้า และส้มเขียวหวาน</p>
ไม่หนักเค็ม	<p>1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวควรลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มในการประกอบอาหารเช่น เติ้ เฉี้ยว เกลือ กะปิ น้ำปลา ปลา ร้า ซีอิ๊ว ซอสต่างๆ ตลอดจนผงชูรส ผงปรุงรส หรือซูปก้อนปรุงรส 2) ลดการเติมเครื่องปรุงรสเค็มก่อนรับประทานอาหาร (Table salt) เช่น พริกน้ำปลา ซอสและน้ำจิ้มทุกประเภทโดยเริ่มจากการลดลงจากปริมาณเดิมครึ่งหนึ่ง</p> <p>3) ให้ชิมอาหารก่อนปรุง</p> <p>4) หากเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานให้ลดการชดน้ำแกง</p>
กินพออิ่ม	<p>1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวไม่ควร รับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป โดยคำว่า “อิ่ม” หมายถึง “เมื่อสิ้นสุดการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ผู้รับประทานอาหารยังสามารถดื่มน้ำได้อีกประมาณ 2 แก้วก่อนจบมื้ออาหาร และต้องรู้สึกสบายท้อง “ไม่หนักท้อง หรืออึดแน่นท้องจนเกินไป” เพื่อให้วงจรการหิว-อิ่มของธรรมชาติของแต่ละบุคคลสามารถทำงานได้ตามปกติและมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>2) แต่ละมื้อควรทานแต่พอดีและทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารในกลุ่มข้าวและแป้งเป็นอาหารหลัก รองลงมาคือกลุ่มกลุ่มผักผลไม้</p>

ภาพที่ 4-5. ภาพแสดงสาระสำคัญในแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนที่ 2

ด้านสื่อที่ใช้ประกอบในการเผยแพร่แบบแผนฯ ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่า ควรทำการนำเสนอในรูปแบบของสตีกเกอร์ เนื่องจากวิทยากรไม่มีเวลาในการอ่านคู่มือหรือแผ่นพับโดยสตีกเกอร์ควรมีสีสันน่าสนใจ เนื้อความบนสตีกเกอร์มองเห็นได้ชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจ ขนาดของสตีกเกอร์ไม่ควรเล็กจนเกินไป แต่ไม่ควรใหญ่จนหาที่ติดยาก ดังข้อเสนอแนะจากที่ประชุมดังนี้

“ไม่ต้องทำคู่มือมาเป็นเล่มนะ มันสวยจริงนะ แต่ไม่มีใครอ่านเลย มันไม่มีเวลาอ่าน มันเยอะไป” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“แผ่นพับนี้ไม่ต้องทำละ ที่หมอนามัยแจกให้ ยังไม่ได้อ่านเลย” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

“ขอเสนอความคิดว่าทำเป็นสตีกเกอร์ดีไหม มันน่าจะเห็นชัดดี” (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัว)

“เห็นด้วยเรื่องสตีกเกอร์นะ ทำข้อความให้สั้นๆ ใส่โค้ดเข้าไป มีสีสันหน่อยจะได้สะดุดตา” (ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ)

“เอาขนาดเท่าโทรศัพท์...เอสีใหม่ ถ้าเล็กกว่านั้นก็มองไม่เห็นตาไม่ค่อยจะดี ใหญ่กว่านั้นก็หาที่ติดยากละ เอสีนี้เอาติดไว้หน้าตู้เย็นเลย ไว้เตือนใจ...” (ข้อคิดเห็นจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สื่อที่ใช้ประกอบในการเผยแพร่แบบแผนฯที่สร้างขึ้น โดยผ่านมิติที่ประชุมแสดงดั่งภาพ 4-6



ภาพ 4-6. ภาพสื่อสติกเกอร์ที่ใช้ประกอบการเผยแพร่แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) คือ ขั้นตอนที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา มีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรเวลาแรงงานด้วยความเต็มใจ ในการศึกษาครั้งนี้มีอาสาสมัคร สาธารณสุขเชี่ยวชาญเข้ามาร่วมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและติดต่อประสานงาน กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัวในแต่ละหลังคาเรือน ในเรื่องการนำแบบแผนฯ ไปใช้ในสภาพการณ์จริง นอกจากนี้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญได้ร่วมมอบสติกเกอร์แบบ แผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ให้แก่ผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และสมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน จำนวน 4 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง ส่วนประชากรที่ไม่พบ ทีมอาสาสมัคร สาธารณสุขเชี่ยวชาญได้นำไปให้ที่บ้าน ในด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (programmer enlistment activities) ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในด้านนี้ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิก

ในครอบครัว โดยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะพัฒนาแบบแผนฯจนถึงการนำแบบแผนฯไปใช้จริงในครัวเรือนของตน

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) คือ กระบวนการในการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการร่วมกันซึ่งแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านวัตถุ (material benefits): ในที่นี้การรับประโยชน์ด้านวัตถุ คือ สติ๊กเกอร์ แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสติ๊กเกอร์ประกอบการเผยแพร่แบบแผนฯที่มีการสรุปสาระสำคัญของรายละเอียดแบบแผนฯ ให้อยู่ในคำที่สั้น กระชับ จดจำได้ง่าย ดังข้อคิดเห็นที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ของแบบแผนฯ ดังนี้

“ช่วยให้ง่ายต่อการระวังในการเลือกรับประทานอาหาร...”

“เป็นข้อความสั้นๆ ง่ายๆ จำง่ายดี”

“ไม่ต้องเสียเวลาในการอ่านมาก ไม่ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจนาน...”

“แบบแผนการรับประทานอาหารที่สร้างขึ้นช่วยให้ระวังในการเลือกรับประทาน

อาหาร และช่วยในการเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยในการลดความดันโลหิตสูงได้”

“แบบแผนการรับประทานอาหาร นอกจากช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดไขมันในเลือดได้”

“การปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะเรื่องการกินผักทำให้การขับถ่ายดีขึ้น”

2) ด้านสังคม (social benefits): คือ การที่สมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขเครือข่ายฯ ได้มีความใส่ใจในการเข้ามามีส่วนร่วมสร้างแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และมีการนำผักผลไม้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้เป็นอาหารลดความดันโลหิตสูง และบรรจุลงในเนื้อหาของแบบแผนฯ ดังข้อคิดเห็นที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ของแบบแผนฯ ดังนี้

“สามารถควบคุมอาหารได้ง่ายขึ้น เพราะผักที่แนะนำในแบบแผนการรับประทานอาหารนั้นหากินได้ง่าย เพราะเป็นผักพื้นบ้าน และราคาไม่แพงพร้อมทั้งมีความปลอดภัยต่อร่างกาย”

“สิ่งที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบการกินที่เหมาะสมกับคนบ้านเรา”

3) ในด้านบุคคล (personal benefits) คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แบบแผนในการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและบริบทวิถีชีวิตของตน ได้ความรู้และแนวทาง ในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ซึ่งถือเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคมักมีความสนใจในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ดังข้อคิดเห็นที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ของแบบแผนฯ ดังนี้

“ทำให้สามารถเข้าใจง่ายขึ้นว่าควรเตรียมอาหารชนิดไหนและรสชาติอย่างไรจึงจะเหมาะกับโรคความดันโลหิตสูง”

“แนวทางการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารในแบบแผนไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และทำให้ผู้ป่วยในบ้านได้ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารจากเดิม และช่วยในการควบคุมการรับประทานอาหารที่จำเป็น”

“ช่วยในการควบคุมปริมาณอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย...”

“ทำให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตัวเองมากขึ้น และเริ่มกินผักที่มีประโยชน์ มีการกินที่หลากหลายมากขึ้นค่ะ ขอบคุณมากๆค่ะ”

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 3 ระยะประเมินผล

ระยะนี้ได้นำใช้การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยการดึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการแบบแผนฯ ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดในอนาคตในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1)ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และ 2)ความสะดวกต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยผลการประเมินประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลการศึกษาในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงผลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูล มีรายละเอียดผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ประชากรที่ศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 136 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 68 คน ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4-10 ถึง 4-12

ตารางที่ 4-10

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว
จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (N=136)

ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผน การรับประทานอาหาร	ระดับความเหมาะสม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แบบแผนการรับประทานอาหารไม่ ขัดแย้งกับวัฒนธรรม หรือธรรมเนียม ปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ที่ ครอบครัวยึดถือ	78	57.4	49	36.0	9	6.6
แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการ รับประทานอาหารในแบบแผน มี ความสอดคล้องกับอาหาร และ วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุง อาหารในชุมชน	75	55.1	56	41.2	5	3.7

จากตารางที่ 4-10 จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกใน
ครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าแบบแผนการรับประทานอาหารมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม หรือ
ธรรมเนียมปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารที่ครอบครัวยึดถือ ในระดับมาก (ร้อยละ 57.4) และส่วน
ใหญ่เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน มีความสอดคล้องกับ
อาหาร และวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหารในชุมชน ในระดับมาก (ร้อยละ 55.1)

ตารางที่ 4-11

จำนวนและร้อยละของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว จำแนกตามระดับความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (N=136)

ความเหมาะสมของแบบแผน กับการดำเนินชีวิตประจำวัน	ระดับความเหมาะสม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความง่ายเนื้อหาในแบบแผนต่อการ ทำความเข้าใจ	68	50.0	57	41.9	11	8.1
ความง่ายในการนำแบบแผนการ รับประทานอาหารไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน	81	59.6	48	35.3	7	5.1
แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการ รับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ในแต่ละวัน	73	53.7	54	39.7	9	5.6

จากตารางที่ 4-11 ในด้านความง่ายต่อการทำความเข้าใจ พบว่า แม้ครึ่งหนึ่งจากประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ให้ความเห็นว่าแบบแผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่ยังมีประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 41.9 ที่ให้ความเห็นว่า แบบแผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจในระดับปานกลาง

ในด้านความง่ายในการนำแบบแผนการรับประทานอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าแบบแผนที่มีความง่ายต่อการนำแบบแผนไปใช้ในชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 59.6) และส่วนใหญ่เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันในระดับมาก (ร้อยละ 53.7)

ตารางที่ 4-12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนฯจำแนกตามรายด้าน
(N=136)

ความเป็นไปได้ในการใช้ แบบแผนฯ	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	ระดับความเป็นไปได้
ความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิต ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.50	0.62	ระดับปานกลาง
ความเหมาะสมของแบบแผนกับการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	2.47	0.61	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4-12 ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของระดับความเป็นไปได้ในการนำแบบแผนไปใช้ในสภาพการณ์จริงอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเป็นไปได้ด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ย 2.50 คะแนน และความเป็นไปได้ด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยคะแนน 2.47 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้มาทำการจัดเป็นหมวดหมู่และนำเสนอผลในรูปแบบการบรรยาย ดังนี้

2.1 ข้อดีจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น 3 ด้าน คือ ในด้านเนื้อหาของแบบแผนการรับประทานอาหาร ด้านการนำไปใช้ และข้อดีด้านอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1) ด้านเนื้อหา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว บอกว่า เนื้อหาในแบบแผนการรับประทานอาหารมีข้อดี คือ ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการจดจำ และไม่ใช้เวลามากในการอ่านหรือทำความเข้าใจดังตัวอย่างข้อเสนอแนะจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัวต่อไปนี้

“ทำให้สามารถเข้าใจง่ายขึ้นว่าควรเตรียมอาหารชนิดไหนและรสชาติอย่างไรจึงจะเหมาะกับโรคความดันโลหิตสูง”

“ช่วยให้ง่ายต่อการระวังในการเลือกรับประทานอาหาร...”

“เป็นข้อความสั้นๆ ง่ายๆ จำง่ายดี”

“ไม่ต้องเสียเวลาในการอ่านมาก ไม่ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจนาน...”

2) ด้านการนำไปใช้ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัวให้ข้อคิดเห็นว่า ข้อดี คือ เนื้อหาในแบบแผนการรับประทานอาหารสะดวกต่อการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น พืชผักที่แนะนำรับประทานในแบบแผนนั้นหาได้ง่าย มีทั่วไปในท้องถิ่น จึงง่ายต่อการเลือกมาเพื่อการรับประทาน และการที่สื่อสตีกเกอร์มีสีสันที่สะดุดตา ทำให้สามารถเห็นได้ชัดเป็นการช่วยเตือนให้ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวไม่ลืมที่ปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรับประทานอาหาร ดังข้อความต่อไปนี้

“สามารถควบคุมอาหารได้ง่ายขึ้น เพราะผักที่แนะนำในแบบแผนการรับประทานอาหารนั้นหา কিনได้ง่าย เพราะเป็นผักพื้นบ้าน และราคาไม่แพงพร้อมทั้งมีความปลอดภัยต่อร่างกาย”

“แนวทางการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารในแบบแผนไม่เป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และทำให้ผู้ป่วยในบ้านได้ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารจากเดิม และช่วยในการควบคุมการรับประทานอาหารที่จำเป็น”

“การเห็นสตีกเกอร์เป็นการกระตุ้นหรือเตือนสติให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนรับประทาน ไม่ตามใจปากหรือความเคยชิน...”

“ช่วยในการควบคุมปริมาณอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย...”

“แบบแผนการรับประทานอาหารที่สร้างขึ้นช่วยให้ระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และช่วยในการเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยในการลดความดันโลหิตสูงได้”

3) ข้อดีด้านอื่นๆ พบว่าการปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในด้านอื่นด้วย เช่น การช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อการควบคุมไขมันในเลือด และส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังนี้

“แบบแผนการรับประทานอาหาร นอกจากช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดไขมันในเลือดได้”

“การปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะเรื่องกินผักทำให้การขับถ่ายดีขึ้น”

“ทำให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตัวเองมากขึ้น และเริ่มกินผักที่มีประโยชน์ มีการกินที่หลากหลายมากขึ้นค่ะ ขอบคุณมากๆค่ะ”

2.2 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเด็น คือ อุปสรรคในการนำไปใช้จากความไม่ครอบคลุมของเนื้อหา และอุปสรรคจากปัจจัยส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

1) อุปสรรคในการนำไปใช้จากความไม่ครอบคลุมของเนื้อหา พบว่า ไม่มีเนื้อหาและรายละเอียดในประเด็นของจำนวนโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน ขาดการยกตัวอย่างเมนูอาหารที่ควรบริโภค ดังนี้

“ไม่แน่ใจว่าจริงๆแล้วจะสามารถกินเกลือได้เท่าไรในแต่ละวัน น่าจะเพิ่มเนื้อหาส่วนนี้อีกหน่อย จะนำไปใช้ได้ชัดเจนขึ้น”

“น่าจะยกตัวอย่างด้วยว่าอาหารที่คนเป็นความดันจะกินได้ มีอะไรบ้างจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น”

2) อุปสรรคจากปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เวลาในการจัดเตรียมอาหาร ความเคยชินเดิมของตัวผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวการลืมในการปฏิบัติตัวตามแบบแผน การขาดความพยายามในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ดังนี้

“แบบแผนนี้ดีมาก แต่บางครั้งลืมในการควบคุมอาหารหรืออาจไม่สามารถรับประทานอาหารให้เป็นไปตามแผนได้ทุกมื้อ”

“จริงๆอยากทำอาหารเอง แต่ไม่ค่อยมีเวลาในการทำอาหารเอง ทำให้อาจทำตามแบบแผนได้ยากในบางวัน”

“รู้สึกว่ามีกิจ และขาดความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินคิดว่าจะต้องพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น”

“มีปัญหาในตอนแรก ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกิน เพราะคนในบ้านเคยชินในการรับประทานอาหารรสเค็ม”

“ปัญหาจะมีในระยะแรก เนื่องจากมี ความเคยชินในการรับประทานอาหารที่มีเครื่องปรุงต่างๆ...”

2.3 ข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้นผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเด็น คือ การเพิ่มเติมเนื้อหาในแบบแผนฯ แนวทางการเผยแพร่แบบแผนฯในอนาคต และด้านการนำแบบแผนฯไปต่อยอด ดังต่อไปนี้

1) การเพิ่มเติมเนื้อหา ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัว ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มเติมรายละเอียดในแต่ละข้อของแบบแผน เช่น ระบุปริมาณสัดส่วนอาหารแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะปริมาณผักและผลไม้ และปริมาณเครื่องปรุงในแต่ละมื้อให้ชัดเจน เพื่อให้่งต่อการทำความเข้าใจและเห็นภาพในการนำไปปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

“ในแบบแผนควรรระบุปริมาณผักผลไม้ และเครื่องปรุงที่ต้องจำกัดปริมาณอย่างละเอียดกว่านี้”

“ควรอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ โดยเฉพาะ 2 ข้อ คือ การเพิ่ม “ผัก” ทุกมื้อ และการลดเค็มครั้งหนึ่ง เพื่อทำอาหารและดปรุงต้องบอกปริมาณให้ชัด และมีรูปประกอบจะดีมาก”

2) แนวทางการเผยแพร่แบบแผนที่พัฒนาขึ้น ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัว ได้ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับสื่อที่ใช้เผยแพร่ ควรปรับให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น ตัวหนังสือมีขนาดใหญ่ขึ้น ขนาดของสติ๊กเกอร์ควรใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีความสะดวกมากขึ้น และควรนำสื่อไปรณรงค์ต่อยอดในสถานที่ต่างๆในชุมชน รวมถึงข้อเสนอแนะให้มีการรณรงค์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวตามแบบแผนอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

“ควรทำตัวหนังสือให้สะดวกตา โตะๆ ใหญ่กว่าเดิมประชาสัมพันธ์ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ”

“น่าจะให้มีสติ๊กเกอร์แผ่นใหญ่ไปติดตามสถานที่ต่างๆในชุมชน จะให้เห็นชัด”

“ควรแจกแบบแผนการรับประทานอาหารนี้ให้กับบุคคลทั่วไปด้วย เพื่อเป็นข้อเตือนใจหรือเตือนสติให้ปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง”

“ต้องรณรงค์ให้ทุกคนทานผักผลไม้ให้มากๆ และให้มือบวม หรือกระดุนบ่อยๆ คนในชุมชนจะได้ตื่นตัวและรักษาสุขภาพมากขึ้น”

“ขอให้มีแบบแผนอย่างนี้มาแนะนำให้ผู้ป่วยหรือคนที่กำลังจะเป็นความดันโลหิต ได้ควบคุมอาหารที่ดี กินอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น”

3) การนำแบบแผนไปต่อยอดผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวให้ข้อเสนอแนะว่า ควรนำแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้นไปต่อยอดสู่เมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่สามารถทำได้ง่าย และใช้ผักในท้องถิ่นที่มีความสามารถในการลดความดันโลหิตมาเป็นวัตถุดิบ ดังนี้

“น่าจะจัดทำเมนูอาหารแบบง่ายๆ เช่น อาหารพื้นเมืองง่ายๆ และเน้นส่วนประกอบเป็นผักในท้องถิ่น”

“ควรแนะนำเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงควบคู่ไปกับการเผยแพร่แบบแผน”

“ควรมีการทำแผนประกอบอาหารตามสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน และทำได้ง่ายในชีวิตประจำวัน”

“ควรแนะนำเมนูอาหารหรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมต่ำ หรือมีการหาเครื่องปรุงในท้องถิ่นที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง”

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เมื่อได้แบบแผนแล้วมีการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงจากนั้นทำการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนฯ โดยผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ครั้งนี้ มีการดำเนินการ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรม (Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) เกิดเป็นกระบวนการในการสร้างแบบแผนที่มีความครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านการเลือกชนิดอาหารในการรับประทานและการประกอบอาหารให้มีความเหมาะสมกับโรคและบริบทของผู้ที่เป็นโรค การพัฒนาแบบแผนฯในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการดึงผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรค และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ถือเป็น การมีส่วนร่วมในระดับผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน (self mobilization) ที่ถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากมีความเข้มข้นของการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Cohen & Uphoff, 1980; Creighton, 2005) โดยเป็นระดับที่ประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และมองเห็นถึงปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดตัดสินใจและดำเนินการในทุกขั้นตอนและทุกกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ รวมถึงการร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน และสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้ ดังนี้

ในด้านการมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้ถูกนำไปใช้ใน 2 ระยะของการดำเนินการคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และระยะดำเนินการโดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการตัดสินใจนั้น ได้แก่ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรค การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นนั้นสอดคล้องกับความสำคัญของครอบครัวในแง่ของการเป็นระบบประคับประคองสนับสนุนที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงควรได้รับการประเมิน และการดึงเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับสมาชิก

ในครอบครัว (สิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555) และสอดคล้องกับมิติวัฒนธรรม ด้านลักษณะการกินอาหาร ซึ่งครอบครัวถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกวัตถุดิบในการประกอบอาหาร การปรุงอาหาร รวมถึงการรับประทานอาหาร (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และคณะ 2546; เสาวภา ศักยพันธ์, 2548; สมลักษณ์ นิ่มสกุล และคณะ, 2546) และจากการที่ครอบครัวเข้ามา ร่วมในการตัดสินใจในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้พบปัญหาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ได้แก่ อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชนตำบลยางเนิ้งและสมาชิกครอบครัว นิยมเลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กลุ่มเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์ และเครื่องในสัตว์ รวมถึงกลุ่มอาหารแปรรูป และอาหารใน กลุ่มขนมขบอง หรือขนมเบเกอรี่ แต่ยังมีรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และแมกนีเซียมสูงใน สัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับอาหาร 3 กลุ่มข้างต้น การนิยมใส่เค็มเครื่องปรุงรสเค็มทั้งขณะประกอบ อาหารและขณะรับประทานอาหาร (Table salt) และปัญหาและอุปสรรคหลักในการเลือกรับประทาน หรือประกอบอาหารอาหารให้เหมาะสมกับโรคนั้น ได้แก่ การนิยมนำรับประทานที่ตนเองชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานที่เหมาะสมกับโรค ความ ต้องการความหลากหลายของอาหาร ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการหาซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค และไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าไป ส่งเสริมให้เกิดการรับประทานที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ในวัยทำงานนั้นมีปัญหา จริง ผลที่ได้จากการศึกษามีความคล้ายคลึงกับข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พบว่า เมื่อ ประเมินสถานการณ์ หลังดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ ในด้านการบริโภคให้เหมาะสมกับโรคตาม แนวทางของนโยบายต่างๆ แต่ยังคงพบว่า ประชากรไทยยังคงมีการบริโภคโซเดียมมากกว่าปริมาณที่ แนะนำให้บริโภคอยู่ และ กลุ่มตัวอย่าง อายุ 35-45 ปี มีปริมาณการขับออกของโซเดียม สูงกว่าช่วง อายุอื่นและยังไม่บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังของการพัฒนาสุขภาพวัยทำงานในด้านการลดพฤติกรรม เลี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ปี พ.ศ. 2558

และจากการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้น ส่งผลให้เกิดการดึงต้นทุนด้าน ความรู้ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของครอบครัวในการออกแบบ และพิจารณาแนวทางที่เหมาะสม ต่อการนำไปใช้ เช่น จากการร่วมระดมสมองในการหาข้อมูลผักและผลไม้ที่ช่วยในการลดระดับความ ดันโลหิตในชุมชน การร่วมกันระดมสมองเพื่อพิจารณากลุ่มอาหารที่ประชากรผู้เป็น โรคความดัน โลหิตสูงรับประทานในแต่ละวัน ตลอดจนร่วมกันพัฒนาแบบแผนฯที่มีความเหมาะสมกับการดำเนิน ชีวิตประจำวันและบริบทของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง และวางแผนเกี่ยวกับแนวทางในการนำ

แบบแผนๆ ไปใช้ในสภาพการณ์จริง การกระทำดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ ความสำคัญของ
ครอบครัวต่อการรักษาและควบคุมโรค (ศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555) ที่
กล่าวว่า ครอบครัวนั้นเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก และเป็น
ระบบระดับประคองสนับสนุนที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงควรได้รับการประเมิน
และการดึงเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของกัทธ ดา
นา (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
และพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่กับโรคได้ตามอัตรภาพ และวิถีชีวิตของตนเอง และการศึกษาของ
เสาวนีย์ วรรณระออ และคณะ (2555) พบว่า เมื่อสมาชิกอื่นในครอบครัวกระทำบทบาทในการ
สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการดูแลเอาใจใส่ตลอดจนการช่วยเหลือใน
การเลือกชนิดอาหาร ช่วยเตรียมอาหาร และยินดีร่วมปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับ
โรคเบาหวาน รวมถึงการร่วมให้คำแนะนำหรือเตือนและช่วยห้ามในการรับประทานอาหารบาง
ประเภทนั้นทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงความห่วงใยและได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว
ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคลายความวิตกกังวล และมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไปทางด้าน
บวกจนก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทั้งผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนาแบบแผน
ๆ และร่วมในการนำแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริง การกระทำนี้นับว่า
มีความสอดคล้องกับหน้าที่ของครอบครัวในด้านการดูแลสุขภาพ (Health care function) ที่กล่าวว่า
ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีหน้าที่เพียงดูแลสมาชิกครอบครัวยามป่วยไข้เท่านั้น
แต่ยังมีส่วนในการหล่อหลอมให้สมาชิกมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การร่วมปรับ
แผนการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิก การเลือกอาหารที่ถูกต้องก่อนมื้ออาหาร การร่วมใน
การออกกำลังกาย เป็นต้น (Friedman, 1998, อ้างใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ,
2555) และการที่อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบแผนๆ การ
ติดต่อประสานงาน และอาสาเข้าเป็นทีมงานในการเผยแพร่แบบแผนการรับประทานอาหารๆ นั้นเป็น
สิ่งที่มีความสอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านของการดูแลสิทธิ
ประโยชน์ด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านด้วยการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ การร่วม
เป็นหนึ่งในผู้เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน รวมถึงการเป็นสื่อกลางการสื่อสารด้าน
สุขภาพระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่จากองค์กรต่างๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข, 2556)

ในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) เป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการร่วมกัน ในการศึกษาระยะนี้แบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านวัตถุ (material benefits): ในที่นี้คือ แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสื่อสติ๊กเกอร์ซึ่งถือเป็นผลเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมวางแผน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Creighton, 2005) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ แบ่งออกเป็นสองส่วน โดยส่วนที่ 1 ประกอบด้วยชื่อแบบแผนฯ กลุ่มเป้าหมายของแบบแผนฯ และงโชนาการตามแบบฉบับของชาวขงเน้ง ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อปฏิบัติในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูงชนิดควบคุม ไม่ได้ แสดงในลักษณะ Code ซึ่งด้านของ กลุ่มเป้าหมายที่ระบุไว้ นั้นมีความสอดคล้องกับสัดส่วนของอาหารตามธงโภชนาการที่กำหนดและ สารสำคัญของแผน เนื่องจากคนวัยทำงานนั้นมีความต้องการพลังงานที่แตกต่างกับวัยอื่น เป็นวัยที่ ต้องทำงานและมีการเผชิญกับความเครียดในหลายรูปแบบ ดังนั้นแม้ว่าร่างกายจะหยุดการเจริญเติบโต แล้วแต่ร่างกายยังต้องการพลังงานที่เพียงพอ และสารอาหารที่ครบถ้วนเพื่อบำรุงรักษาและซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอของร่างกายให้คงสภาพและทำงานต่อไป (พิทชนันท์ ศรีม่วง, 2555) โดยทั่วไปผู้ที่มีอายุ ในช่วง 35-59 ปีนั้นควรได้รับพลังงาน อยู่ในช่วง 1,500-1,700 kcal ต่อวันในเพศหญิง และได้รับ พลังงานอยู่ในช่วง 2,200-2,450 kcal ต่อวัน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) แต่เนื่องจาก ข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูง และสมาชิกใน ครอบครัวส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติถึงท่วม รวมถึงส่วนใหญ่ทำงานประเภทรับจ้าง และค้าขายซึ่งถือเป็นงานระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควร ได้รับพลังงานต่อวันเฉลี่ยที่ 1,600 kcal ในเพศ หญิง และ 2,000 kcal ในเพศชาย ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ปรรัตน์ สุกนิมิตโยธิน, 2556)

ในด้านสารสำคัญของแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในส่วนของธงโภชนาการและCode นั้นมีความสอดคล้องกับหลักในการจัด อาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูงวัยทำงาน ตามหลักการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรค ความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH diet eating plan) และธงโภชนาการ สำหรับวัยทำงาน คือ 1) ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานผักและผลไม้ที่อุดมด้วยแร่ธาตุ โพแทสเซียม และแมกนีเซียมในจานอาหารให้ได้ 4-5 ส่วนต่อวัน และเน้นสีส้มของผักที่หลากหลาย

เพื่อเพิ่มความน่ารับประทานและได้แร่ธาตุวิตามินครบถ้วน (พัชชนันท์ ศรีม่วง, 2555; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555; National Heart Lung and Blood Institute, 2003) และ 2) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป โดยแต่ละมื้อควรทานแต่พอดี และทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ตามสัดส่วนที่ถูกต้องในธงโภชนาการ คือ เน้นรับประทานอาหารในกลุ่มข้าวและแป้งเป็นอาหารหลัก รองลงมาคือกลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ นม กลุ่มผักผลไม้สดหรือเลี่ยงการประกอบอาหารโดยวิธีที่ใช้น้ำมัน และบริโภคน้ำเกลือและน้ำตาลให้น้อยที่สุดในแต่ละวัน ด้วยการลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มในการประกอบอาหาร ลดการเติมเครื่องปรุงรสเค็มก่อนรับประทานอาหาร (Table salt) และให้ชิมอาหารก่อนปรุง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2555) และนอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมให้คำเกณฑ์ของคำว่า “อิม” ว่าหมายถึง “เมื่อสิ้นสุดการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ผู้รับประทานอาหารยังสามารถดื่มน้ำได้อีกประมาณ 2 แก้วก่อนจบบื้ออาหาร และต้องรู้สึกสบายท้อง ไม่น้ำหนักท้อง หรืออึดแน่นท้องจนเกินไป สอดคล้องกับบทความของ ฉันทนา สิทธิจรรย์ (2556) และ ฉัตรภา หัตถโกศล (2557) ที่กล่าวว่า ความอิมเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อให้วงจรหัวใจ-อิมของร่างกายคุ้นชินกับปริมาณอาหารที่ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป และทำให้วงจรหัวใจ-อิมตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลสามารถทำงานได้ตามปกติและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยความรู้สึกอิมนั้นเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ไม่มีเกณฑ์ในการวัดที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับลักษณะร่างกาย รวมถึงลักษณะนิสัยของบุคคลนั้นๆ และการให้ดื่มน้ำหลังมื้ออาหารนั้นถือเป็นกุศโลบายด้านสุขภาพที่ช่วยให้ประชาชนได้รับน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ที่กำหนดไว้ให้ประชาชนควรได้รับน้ำเฉลี่ยวันละ 8-12 แก้ว

ด้านสื่อสติกเกอร์ประกอบการนำแบบแผนฯไปใช้นั้น ถือเป็นสื่อการสอนประเภทวัสดุซึ่ง เป็นสื่อที่มีประโยชน์และคุณค่าต่อการเรียนการสอน ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นสื่อขนาดเล็กมีศักยภาพในการบรรจุเก็บเนื้อหาและถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งมีข้อดี คือ สามารถแสดงเนื้อหาบทเรียนที่ยากต่อการเข้าใจให้เข้าใจง่ายขึ้นได้ด้วยตัวสื่อเอง ไม่ต้องอาศัยผู้บรรยายประกอบ สามารถผลิตได้ง่าย ต้นทุนการผลิตต่ำ และมีความสะดวก รวดเร็วในการใช้งาน แต่ทั้งนี้สื่อประเภทนี้มีข้อจำกัดคือ หากการออกแบบและการผลิตไม่ดี อาจทำให้ผู้เรียนเข้าใจยาก และสามารถใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กเท่านั้น(กาญจนา แก้วเทพ, ขนิษฐา นิลสีง และ รัตติกาล เจนจัต, 2556) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ได้จากการระดมความคิดเห็น ที่ผู้ยังมี ประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 41.9 มี การให้ความเห็นว่า แบบแผนการรับประทานอาหารเช้าต่อการทำ ความเข้าใจในระดับปานกลาง เนื่องจากการขาดรายละเอียดบางประเด็นในเนื้อหาของแบบแผนฯใน สื่อสติกเกอร์

2) ด้านสังคม (social benefits) ในการศึกษาครั้งนี้ให้ผลประโยชน์ที่เกิดแก่ชุมชนสังคมโดยรวม หลังจากดำเนินการ ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพได้เข้ามา ร่วมสร้างแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ถือเป็นความร่วมมือกันทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นโรคและการหันกลับมาบริโภคอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่น ก่อให้เกิดการหมุนเวียนของระบบเศรษฐกิจในชุมชน และการดำรงอยู่ของพืชพันธุ์ไม้ในท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ที่กล่าวไว้ว่า การที่มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ นับเป็นพื้นฐานสำคัญของมุมมองสุขภาพด้านสังคมและนิเวศวิทยา แนวคิดนี้เป็นเป้าหมายทั้งในระดับชาติภูมิภาค หรือแม้แต่ในระดับชุมชน ที่ต่างต้องเห็นความสำคัญที่จะรักษาให้ชุมชนและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกันไว้ นอกจากนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ ส่งผลกระทบสำคัญต่อสุขภาพ ดังนั้นสังคมควรจัดระบบงานระบบการอยู่ร่วมกันในสังคมให้สามารถเอื้อต่อการเกิดสุขภาพดี (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556; World Health Organisation, 1986)

3. ด้านบุคคล (personal benefits) พบว่าบุคคลที่ได้รับผลประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้โดยตรง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้และสมาชิกในครอบครัวได้แบบแผนในการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหาร ที่ได้จากการที่ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกครอบครัวได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบแผน จนกระทั่งได้แบบแผนในการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตของตน สอดคล้องกับแนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์วิถีชีวิตไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ที่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผนวกกับการส่งเสริมให้ทุกส่วนในชุมชน มีมุมมองการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการและเป็นองค์รวม โดยเชื่อมโยงทุกมิติในระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบริบทแวดล้อม การมีส่วนร่วมของทั้งสังคม และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา ร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อยของการดำเนินงาน ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุด (Cohen & Uphoff, 1980) โดยจากผลการประเมินความสามารถ ในการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่ พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวตามสภาพการณ์ จริงในชีวิตประจำวันใน 2 ประเด็น คือ 1) ความเหมาะสมของแบบแผนฯ ที่พัฒนาขึ้นกับวิถีชีวิตของผู้ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และ 2) ความเป็นได้ในการนำแบบแผนฯ ไปใช้จริงใน ชีวิตประจำวัน จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าแบบแผนฯ มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม หรือธรรมเนียม ปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารที่ครอบครัวยึดถือ ในระดับมาก (ร้อยละ 57.4) และส่วนใหญ่เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน มีความสอดคล้องกับอาหาร และ วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหารในชุมชน ในระดับมาก (ร้อยละ 55.1) เช่นเดียวกับ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารตามวิถีท้องถิ่นต่อการควบคุมหรือป้องกัน โรคเรื้อรังของ เวงกรีน และคณะ (Wengreen et al., 2013) ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการ รับประทานอาหารตามแนวทางการจัดอาหารแบบ DASH diets (Dietary Approach to Stop Hypertension) กับ การรับประทานอาหารตามแบบแผนท้องถิ่นของชาวเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean eating pattern) ต่อการรู้จำ และสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแบบ แผนการรับประทานอาหารแบบชาวเมดิเตอร์เรเนียนนั้นให้ผลดีต่อการรู้จำของผู้สูงอายุเทียบเท่ากับการ รับประทานอาหารแบบ DASH diet และการรับประทานอาหารแบบวิถีท้องถิ่นนั้นยังส่งผลให้เกิดการ บริโภควัตถุดิบในการประกอบอาหารในพื้นที่ชุมชนในระดับที่สูงขึ้น

ในด้านความง่ายต่อการทำความเข้าใจ พบว่า แม้ครึ่งหนึ่งจากประชากรผู้ที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ให้ความเห็นว่าแบบแผนการรับประทานอาหาร ง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่ยังมีประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 41.9 ที่ให้ความเห็นว่า แบบ แผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการ ขาดรายละเอียดบางประเด็น ในเนื้อหาของแบบแผนฯ อาจเนื่องจากข้อจำกัดของสื่อที่เลือกใช้ ประกอบการนำแบบแผนฯ ไปใช้ดังที่ได้อภิปรายไปในหัวข้อการรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ ในด้าน ความง่ายในการนำแบบแผนการรับประทานอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันพบว่าประชากรส่วนใหญ่

ให้ความเห็นว่าแบบแผนฯมีความง่ายต่อการนำแบบแผนไปใช้ในชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 59.6) และส่วนใหญ่เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันในระดับมาก (ร้อยละ 53.7) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากสาระสำคัญของแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนั้น ไม่ได้ให้งด หรือจำกัดปริมาณอาหารหรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเสียทีเดียว แต่มุ่งให้ลดปริมาณจากเดิมลงเพื่อประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนวัยทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตด้วย จึงทำให้มีความสอดคล้องกับแบบแผนการกินแบบล้านนา (Northern Eating Pattern) ที่มีความแตกต่างจากภาคอื่น คือนิยมอาหารที่มีรสเค็มและเผ็ด ส่วนอาหารที่มีรสหวานจากน้ำตาลนั้น ไม่นิยม มีความนิยมนำผักที่หลากหลายนำมาใช้เป็นส่วนประกอบหลักในอาหาร (ฉลาดชาย รมิตานนท์ และคณะ, 2546; สมถักชัย นิ่มสกุล และคณะ, 2546; เสาวภา ศักยพันธ์, 2548)

และจากการสรุประดับของความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนไปใช้ พบว่า ด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.50$, S.D. =0.62) และด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.47$, S.D.= 0.61) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลจากการไม่มีเนื้อหาและรายละเอียดในประเด็นของจำนวนโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน รวมถึงขาดการยกตัวอย่างเมนูอาหารที่ควรบริโภค และอุปสรรคจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เวลาในการจัดเตรียมอาหาร ความเคยชินเดิมของผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวการล้มในการปฏิบัติตัวตามแบบแผน การขาดความพยายามในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ดังปรากฏในข้อมูลด้านปัญหาและอุปสรรคจากการทดลองใช้แบบแผน

กล่าวโดยสรุปคือแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้น โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว นั้นเป็นแผนที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกครอบครัว แต่ควรมีการปรับปรุงบางส่วนเพื่อนำไปสู่การเป็นแบบแผนที่มีประสิทธิภาพในด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในอนาคตต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นในสภาพการณ์จริง ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเนียงผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ชุดที่ 1.1 แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ชุดที่ 1.2 แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ชุดที่ 1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และชุดที่ 3.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ นำแบบสอบถามชุดที่ 1.1 1.2 และ 3.1 มาทำการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.927 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ชุดที่ 1.1 และ 1.2 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนกิจกรรมสำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแนวทางการนำแบบแผนไปใช้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงพัฒนา และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5 ขั้นตอน ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้ในการ

ดำเนินการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่า

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์: จากการศึกษาที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้พบปัญหาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ได้แก่ อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชนตำบลยางเนิ้งและสมาชิกครอบครัว นิยมเลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กลุ่มเนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์ และเครื่องในสัตว์ รวมถึงกลุ่มอาหารแปรรูป และอาหารในกลุ่มขนมซอง หรือขนมเบเกอรี่ แต่ยังคงมีการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และแมกนีเซียมสูงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับอาหาร 3 กลุ่มข้างต้น การนิยมนำเค็มเครื่องปรุงรสเค็มทั้งขณะประกอบอาหารและขณะรับประทานอาหาร (Table salt) และปัญหาและอุปสรรคหลักในการเลือกรับประทาน หรือประกอบอาหารอาหารให้เหมาะสมกับโรคนี้ ได้แก่ การนิยมนำรับประทานที่ตนเองชอบมากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความต้องการความหลากหลายของอาหาร ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการหาซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค และไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าไปส่งเสริมให้เกิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ในวัยทำงานนั้นมีปัญหาจริง

ระยะดำเนินการ: จากการศึกษาที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการทำให้ได้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีชื่อแบบแผนว่า กินหือดี กินหือล้า กินหือไกล โรคความดันโลหิตสูง (กินให้ถูกต้อง กินให้ร่อย กินให้ห่างไกลจากโรคความดันโลหิตสูง) โดยกลุ่มเป้าหมายของแผนคือ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ กลุ่มวัยทำงานทั้งชายและหญิง อายุ 35-59 ปี 2) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย หรือไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเกาต์ และ 3) สมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายในแผนมีการกำหนดสัดส่วนอาหารในรูปแบบของธงโภชนาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (วัยทำงาน) ตำบลยางเนิ้ง ซึ่งเน้นอาหารในกลุ่มข้าว แป้ง และอาหารในกลุ่มผักผลไม้ ในการกำหนดข้อปฏิบัติในแบบแผน ได้มีการกำหนดเป็นรูปแบบของไค้ดคำ โดยแต่ละไค้ดมีสาระสำคัญดังนี้

1. เพิ่มผัก: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวมีการเพิ่มสัดส่วนของผักที่อุดมด้วยแร่ธาตุโพแทสเซียม และแมกนีเซียมในจานอาหาร และรับประทานให้ได้ 4-5 ส่วนต่อวัน ในการรับประทานและการประกอบอาหารนั้นเน้นสีส้มของผักที่

หลากหลายเพื่อเพิ่มความน่ารับประทาน และเน้นการรับประทานผักที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นตามแต่ละ ฤดูกาลเพื่อลดต้นทุนในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดทุกชนิด กระบี่ เห็ด ผักหวาน ยอดมะขาม ผักบุ้ง มะเขือเทศ ฟรุ้ง ถั่วฝักยาว และส้มเขียวหวาน

2. ไม่นักเค็ม: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิก ในครอบครัวลดการใส่เครื่องปรุงที่มีรสเค็มในการประกอบอาหารเช่น เต้าเจี้ยว เกลือ กะปิ น้ำปลา ปลา ร้า ซีอิ้ว ซอสต่างๆ ตลอดจนผงชูรส ผงปรุงรส หรือซุบก้อนปรุงรส ลดการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม ก่อนรับประทานอาหาร (Table salt) เช่น พริกน้ำปลา ซอสและน้ำจิ้มทุกประเภทโดยเริ่มจากการลดลง จากปริมาณเดิมครึ่งหนึ่ง และให้ชิมอาหารก่อนปรุง หากเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานให้ ลดการชดน้ำแกง

3. กินพออิ่ม: หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกใน ครอบครัวไม่รับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป โดยคำว่า “อิ่ม” หมายถึง “เมื่อสิ้นสุดการ รับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ผู้รับประทานอาหารยังสามารถดื่มน้ำได้อีกประมาณ 2 แก้วก่อนจบบื้อ อาหาร และต้องรู้สึกสบายท้อง ไม่นักท้อง หรือจุกแน่นท้องจนเกินไป ” เพื่อให้วงจรการหิว-อิ่ม ของธรรมชาติของแต่ละบุคคลสามารถทำงานได้ตามปกติและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และแต่ละมื้อ ควรทานแต่พอดีและทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารในกลุ่มข้าวและแป้งเป็น อาหารหลัก รองลงมาคือกลุ่ม กลุ่มผักผลไม้

ด้านแนวทางการนำแบบแผนฯไปใช้ในสภาพการณ์จริง ได้นำใช้ในรูปแบบของสื่อสตีกเกอร์ที่ ประกอบไปด้วยไค้คำและสรุปสาระสำคัญของแต่ละไค้คำ

ระยะประเมินผล: เมื่อนำแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสภาพการณ์จริง พบว่าและจากการสรุประดับของความเป็นไป ได้ต่อการนำแบบแผนฯไปใช้ในพบว่า ด้านความเหมาะสมของแบบแผนกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.50$, S.D. =0.62) และด้านความเหมาะสมของแบบแผน กับการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.47$, S.D.= 0.61)เมื่อแยกพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกครอบครัวร้อยละ 57.4 เห็นว่าแบบแผนการรับประทานอาหารมีความ เหมาะสมกับวัฒนธรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารที่ครอบครัวยึดถือในระดับ มาก แนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน มีความสอดคล้องกับอาหารและ วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหารในชุมชนในระดับมาก (ร้อยละ 55.1) แบบแผนการ รับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจ ในระดับมาก ร้อยละ 50 แบบแผนฯมีความง่ายต่อการ

นำแบบแผนไปใช้ในชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 59.6) และแนวทางการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารในแบบแผน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันในระดับมาก (ร้อยละ 53.7)

ข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผน ได้แก่ ควรมีการเพิ่มเติมรายละเอียดในแต่ละข้อของแบบแผนฯ การปรับสื่อที่ใช้เผยแพร่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อการนำไปประจักษ์ต่อยอดในพื้นที่สาธารณะในชุมชนได้และการรณรงค์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวตามแบบแผนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแนะนำให้ต่อยอดแบบแผนการรับประทานอาหารที่ได้ไปสู่การสร้างเมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่สามารถทำได้ง่าย และใช้ฝึกในท้องถิ่นที่มีความสามารถในการลดความดันโลหิตมาเป็นวัตถุดิบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ นำแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

สมาชิกครอบครัว

ควรส่งเสริมและสนับสนุนการเผยแพร่แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นไปแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. นำผลการศึกษาไปพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. นำสาระสำคัญของแบบแผนรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นไปต่อยอดในการสร้างนวัตกรรมด้านอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นหรือพัฒนาเมนูอาหารลดความดันโลหิตสูงที่มีความเหมาะสมกับทุนทางสังคม ด้านวัตถุดิบในการประกอบอาหารและบริบทของพื้นที่

3. นำสาระสำคัญของแบบแผนรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแบบแผนฯที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงและการศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนฯในระยะยาว
2. นำสาระสำคัญของแบบแผนฯ ไปพัฒนาต่อยอดเป็นนวัตกรรมการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัด ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิต ด้วยการลดการบริโภคน้ำตาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน*. Retrieved from http://www.nakhonphc.go.th/datacenter/doc_download/osm19356.pdf
- กรณีการ์ พรหมเสาร์, และ นันทนา เบญจสิลาภย์. (2542). *แกะรอยสำหรับไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: วรณรักษ์.
- กาญจนา แก้วเทพ, ขนิษฐา นิลผึ้ง, และ รัตติกาล เจนจัด. (2556). *สื่อสาร อาหาร สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- จวีร์พร คงประเสริฐ, นิตยา พันธุเวทย์, ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, และ ลินดา จำปาแก้ว. (2558). *คู่มือการจัดการบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์, ชวลิต เสถียรพัฒน์พงศา, ปัทมาวดี กสิกรรม, และ ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ. (2543). *วัฒนธรรมการกินของคนเมือง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- นัตริภา หัตถโกศล. (2557). *ความหิว ความอยากอาหาร ความอึด คืออะไร*. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th/Content/24563.html>

- นันทนา สิทธิจำรูญ. (2556). *เวชศาสตร์ทันยุค 2556: ความอ้วนและการควบคุมความอยากอาหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี เอลฟีวี่ง.
- ชนิดา ปิโชนิกการ, และ เอกหทัย แซ่เตีย. (2557). *กินอย่างไรให้ไตแข็งแรง: อาหารถูกหลักของผู้เป็น*
ความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เฮลท์ เวีร์ค.
- ชูชาน เพอร์รี่. (2550). *ลดความดันโลหิตสูงอย่างได้ผล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ริดเดอร์ส ไคเจสท์.
- ทิตยา สุวรรณชญ. (2517). “สังคมวิทยา” ในวิทยาศาสตร์สังคม. Retrieved from
<http://www.mgmtsci.stou.ac.th/download/development>
- นางเยาว์ ไบยา. (2554). *ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรค*
ความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ปรรัตน์ สุขมิตรโยธิน. (2556). *อาหารและโภชนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง
เฮ้าส์.
- ปรีวัตร เพ็งแก้ว. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตัวเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*
(พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- พัชรวัลย์ ลอมแปลง, นงนุช โอบะ, และ ชมนาด วรรณพรศรี. (2555). *ปัจจัยทำนายความดันโลหิตสูง*
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่อายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด
อุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(2), 12-22.
- พัทธนันท์ ศรีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาบำบัด* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ็มแอนด์
เอ็มเลเซอร์พรินท์.
- พีระ บูรณกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(3), 216-239.

รัชณี นามจันทร์. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 5-10.

เรียม นมรักษ์. (2558). ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง. (2557). *แฟ้ม PCA ปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง*. เชียงใหม่: งานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง.

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนารณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัสลีพกุล, และ พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

วารภรณ์ บุญเชียง, และ วารภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล. (2556). แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค. ใน อารีวรรณ กลั่นกลิ่น (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค* (หน้า 1-10). กรุงเทพฯ: สยามพิมพ์นานาชาติ.

วัชรารวี ไขบุญอยู่, ปัทมา ศิริเวช, พรรณพิมล วิบุลากร, ชชาติชาย มุกสง, และ แพรว เอี่ยมน้อย. (2553). การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. ใน ลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ), *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* ประสภารณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (หน้า 115-128). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ศิวพร อังวัฒนา, และ พรพรรณ ทรัพย์ไขบุญอยู่กิจ. (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ครองช่างพรินท์ติ้ง.

สมพรรณ ก้อนคำ. (2553). *กิน: ความหมายและความนัย*. Retrieved from <http://www.sahavicha.com/?name=link&file=readlink&id=3387>

สมลักษมี นิ่มสกุล, วิมลพรรณ ลิขิตเอกราช, นิภาภรณ์ ปิ่นมาศ, นางเยาว์ ต้อยคำภีร์, สมพิศ พรหมขัติแก้ว,
และ สมศรี สายอะ โฉ. (2546). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาด้านอาหารการกินของ
ชาวล้านนา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *Introduce to Thai guidelines on the treatment of
hypertension update 2015*. Retrieved from [http://thaihypertension.org/files/297.2015%20
Conference%20-%20Document.pdf](http://thaihypertension.org/files/297.2015%20Conference%20-%20Document.pdf)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของ
ประชากรไทย พ.ศ. 2552* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ปี 2554*. Retrieved 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)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2559). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่
สำคัญ*. Retrieved from [http://www.http://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?
cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11](http://www.http://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556*. Retrieved
from http://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdf

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ
ดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2555). *กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดัน* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

เสาวนีย์ วรรณระออบ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555). แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *รามาศบตีพยาบาลสาร*, 18(3), 372-388.

เสาวภา ศักยพันธ์. (2548). *ตำราอาหารท้องถิ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

Akter, S., Nanri, A., Pham, N. M., Kurotani, K., & Mizoue, T. (2013). Dietary pattern and metabolic syndrome in a Japanese working population. *Nutrition and Metabolism*, 10(1), 30. doi:10.1186/1743-7075-10-30

Clinical Nutrition Service Department. (2009). *Mediterranean diet food guide*. Wisconsin: UW Health. Retrieved from <http://www.measureuppresuredown.com/HCPProf/Find/BPs/JNC8/special Communication.pdf>

Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S, Watkins, B. A., Keefe, J. H., Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(2), 341-354.

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.

Gadiraju, T., Patel, Y., Gaziano, J. M., & Djousse, L. (2015). Fried food consumption and cardiovascular health: A review of current evidence. *Nutrients*, 7(10), 8424-8430. doi:10.3390/nu7105404

Gee, M. E., Bienek, A., McAlister, F. A., Robitaille, C., Joffres, M., Tremblay, M. S., . . . Campbell, N. R. (2012). Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 375-382. doi:10.1016/j.cjca.2011.12.012

- Gheorghiad, M., Bohm, M., Greene, J. S., Fonarow, C. G., Lewis, F. E., Zannad, F., . . . Maggioni, P. A. (2013). Effect of Aliskiren on post discharge mortality and heart failure readmissions among patients hospitalized for heart failure the ASTRONAUT Randomized Trial. *Journal of American Medical Association*, 309(11), 1125-1135. . doi:10.1001/jama.2013.1954
- Hosseininasab, M., Norouzy, A., Nematy, M., & Bonakdaran, S. (2015). Low-glycemic-index foods can decrease systolic and diastolic blood pressure in the short term. *International Journal of Hypertension*, 2015, Article ID 801268. doi:10.1155/2015/801268
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., . . . Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427
- Kim, S., Park, G. H., Yang, J. H., Chun, S. H., Yoon, H. J., & Park, M. S. (2014). Eating frequency is inversely associated with blood pressure and hypertension in Korean adults: analysis of the third Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(4), 481-489. doi:10.1038/ejcn.2014.9
- National Heart Lung and Blood Institute. (2003). *Your guide to Lowering your blood pressure with DASH*. USA: U.S. Department of Health and Human Service.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Robholz, C. M., Friedman, E. E., Powers, L. J., Arroyave, W. D., He, J., & Kelly, T. N. (2012). Dietary protein intake and blood pressure: A meta-Analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Epidemiology*, 176(Suppl. 7), S27-S43. doi:10.1093/aje/kws245

Sales, A. R., Silva, B. M., Neves, F. J., Rocha, N. G., Medeiros, R. F., Castro, R. R., & Nóbrega, A. C. (2012). Diet and exercise training reduce blood pressure and improve autonomic modulation in women with prehypertension. *European Journal of Applied Physiology*, 112(9), 3369-3378. doi:10.1007/s00421-012-2315-y

Scholl, J. (2012). Traditional dietary recommendations for the prevention of cardiovascular disease: Do they meet the needs of our patients? *Cholesterol*, 2012, 367898. doi:10.1155/2012/367898

Stonehouse, A. (2009). Support partnership through family participation. *The National Childcare Accreditation Council*, 31, 12-13.

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(5), 1263-1271. doi:10.3945/ajcn.112.051276

World Health Organisation. (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Hypertension League. (2013). *World Hypertension Day 2013 brochure*. Retrieved from <http://www.uwhealth.org>

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจและเข้าใจแล้วข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ครั้งนี้โดยการลงลายมือชื่อนี้ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลายมือชื่อผู้วิจัย วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

แนะนำโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์

ข้าพเจ้า นางสาวดวงเดือน บุคคา นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรปกติ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำ โครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกต/สัมภาษณ์ ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของงานวิจัย ข้าพเจ้าขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ก่อน และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าขอให้ท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยหรือไม่

มีอาสาสมัครกี่คนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าวางแผนที่จะเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 147 คน โดยอาสาสมัครแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ อายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 68 คน กลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 68 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงาน โรคเรื้อรัง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 11 คน

ท่านจะได้รับประโยชน์อย่างไร

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา โดยหลังสิ้นสุดการวิจัยท่านจะได้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน นอกจากนี้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ที่มีปัญหาสุขภาพแบบเดียวกับท่านในอนาคต

อะไรบ้างที่อาสาสมัครต้องทำหากเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ข้าพเจ้าขอรวบรวมข้อมูลด้านการรับประทานอาหารของท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่าน โดยท่านที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จะได้รับแบบสอบถาม 1 ชุด สมาชิกในครอบครัวของท่าน จะได้รับแบบสอบถาม 1 ชุด และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพ จะได้รับเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 1 ครั้งในประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการรับประทานอาหาร ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ในชุมชน ในระยะดำเนินการขอท่านผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระดมสมองในการออกแบบแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยจะมีการเชิญท่านเข้าร่วมประชุมระดมสมองจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง จากนั้น ขอความร่วมมือจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัวแต่ละครัวเรือนในการนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงจำนวน 1 เดือน และสุดท้ายขอท่านผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกในครอบครัวร่วมประเมินผลความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ภายหลังเสร็จสิ้นการนำไปใช้จริงในสถานการณ์จริง

ท่านต้องอยู่ในโครงการวิจัยนี้นานเท่าไร

โครงการวิจัยนี้เป็นการสอบถาม และสนทนากลุ่ม ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ข้าพเจ้าขอทำการสอบถามและเก็บข้อมูลท่านผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง จากนั้น ในระยะดำเนินการขอความร่วมมือท่านในการประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบ แบบแบบแผนการรับประทานอาหารร่วมกันจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จากนั้นขอความร่วมมือท่านและสมาชิกในครอบครัวร่วมนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง จำนวน 1 เดือน และเมื่อ

สิ้นสุดการทดลองใช้ ข้าพเจ้าขอทำการสอบถามและเก็บข้อมูลท่านผู้เข้าร่วมในระยะประเมินผลเพียงครั้งเดียวเท่านั้น โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที

สิทธิของท่าน

ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีสัญญาเสียประโยชน์ใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาตามมาตรฐานซึ่งท่านพึงจะได้รับ ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ข้าพเจ้า ได้ทราบ และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การรักษาความลับเกี่ยวกับตัวท่าน

ข้อมูลของท่านในการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน ในการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น

ท่านจะมีความเสี่ยงอะไรบ้างหากเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้หาข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ท่านอาจจะถูกรบกวนความเป็นส่วนตัวเล็กน้อยจากการเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถาม หรือเสียเวลาในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านกังวลหรือรู้สึกไม่สบายใจ หากเกิดภาวะเช่นนี้ ขอให้ท่านแจ้งให้ทราบและผู้สัมภาษณ์จะหยุดพักจนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น หรือท่านสามารถข้ามคำถามนี้ไปโดยไม่ตอบก็ได้

การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน หรือระหว่างการวิจัยก็สามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่

ในโครงการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ในโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับค่าตอบแทนในการเดินทางมาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม หรือการประชุมจำนวนเงิน 100 บาทต่อการประชุม 1 ครั้ง

ท่านจะติดต่อเราได้อย่างไร

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้คือนางสาวดวงเดือน บุคดา หมายเลขโทรศัพท์ 081-796-2797 หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา หมายเลขโทรศัพท์ 081-595-5044

ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร 0 5393 6080(เวลาราชการ)หรือ Fax 0 5389 4170



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1.1 การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง แบบสอบถามการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้รับประทานในชีวิตประจำวัน การประกอบอาหาร รวมถึงปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ คำตอบของท่านไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน หรือแผนการรักษาที่ได้รับ แต่จะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ต่อไป จึงขอความกรุณาให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง หรือระบุข้อมูลลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. อาชีพ
1. เกษตรกร 2. รับจ้าง
3. ค้าขาย 4. รับราชการ
5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา
3. ปวช. / ปวส. 4.ปริญญาตรี
5. สูงกว่าปริญญาตรี 6. ไม่ได้เรียน
7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... เดือน / ปี
6. ผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่ท่าน
1. ตัวท่านเอง
2. สมาชิกในครอบครัว (โปรดระบุ)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตอนที่ 2 การรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับระดับการปฏิบัติของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติในเรื่องนั้น 1 -3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น

ลำดับที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ก. อาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน				
1	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรือ หนังสัตว์ เช่น หนังหมู หนังไก่ เป็นต้น			
	...			
	...			
9	...			
ข. การประกอบอาหาร				
1	ท่านประกอบอาหารโดยวิธีไม่ใช้น้ำมัน เช่น ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือตุ๋น			
	...			
	...			
7	...			
ค. ปัญหา และอุปสรรคในการรับประทานอาหารให้ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง				
1	ท่านรับประทานอาหารที่ท่านชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรค			
	...			
	...			
6	ท่านไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารที่ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง			

ชุดที่ 1.2 การรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามการรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ การเลือกรับประทานอาหารรับประทานในชีวิตประจำวัน และกรรมวิธีในการประกอบอาหารของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการดูแล ด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับแก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ คำตอบของท่านไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน หรือผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่จะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ต่อไป จึงขอความกรุณาให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง หรือระบุข้อมูลลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุปี

3. อาชีพ

1. เกษตรกร 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย 4. รับราชการ
 5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา
 3. ปวช. / ปวส. 4.ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี 6. ไม่ได้เรียน

5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ความสัมพันธ์กับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

1. สามี / ภรรยา 2. บิดา / มารดา
 3. บุตร / หลาน 4. พี่ / น้อง
 5.ญาติสนิท

7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. รายได้ต่อเดือน

1. น้อยกว่า 5,000 บาท 2. 5,000 – 10,000 บาท
 3. 10,000 – 30,000 บาท 4. มากกว่า 30,000 บาท

7. ผู้ที่จัดเตรียมอาหารให้แก่สมาชิกในครอบครัว ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ตัวท่านเอง 2. ตัวผู้ที่เป็นโรค
 3. สมาชิกในครอบครัว (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 การรับประทานอาหารของสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับระดับการปฏิบัติของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติในเรื่องนั้น 1 -3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น

ลำดับที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ก. อาหารที่เลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน				
1	ท่านเลือกเนื้อสัตว์ติดมัน หรือหนังสัตว์ เช่น หนังหมู หนังไก่เป็นต้น มาใช้ในการปรุงอาหาร			
	...			
	...			
7	...			
ก. อาหารที่เลือกรับประทานในชีวิตประจำวัน(ต่อ)				
8	ท่านออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน			
	...			
ข. กรรมวิธีที่ใช้ในการประกอบอาหาร				
1	ท่านมักประกอบอาหาร โดยวิธีไม่ใช้น้ำมัน เช่น ต้ม นึ่ง ลวก ย่าง หรือตุ๋น			
	...			
	...			
7	...			

ลำดับที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ค. ปัญหา และอุปสรรค ในการจัดเตรียม และประกอบอาหารให้เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว				
1	ท่านจัดเตรียม หรือประกอบอาหารที่ท่านชอบ มากกว่าอาหารที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว			
	...			
	...			
5	ท่านให้คำแนะนำ			

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ชุด 1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ประเด็นสนทนา: สถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ในชุมชน และการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหา

แนวคำถาม

1. ท่านคิดว่า สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร
2.
3.
4.
5.
6. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน ด้านการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ชุดที่ 3.1 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร คำตอบของท่านไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือสมาชิกในครอบครัว หรือแผนการรักษาที่ได้รับ แต่จะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ต่อไป จึงขอความกรุณาให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม
ผู้วิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ความเป็นไปได้ของการใช้แบบแผนการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

- 3 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก
- 2 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
- 1 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

ความเป็นไปได้ของการใช้ แบบแผนการรับประทานอาหาร	ระดับความคิดเห็น		
	3	2	1
ก. ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่			
1.แบบแผนการรับประทานอาหารไม่ขัดแย้งกับ วัฒนธรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร อาหาร ที่ท่าน และครอบครัวยึดถือ			
...			
ข. ความเป็นไปได้ต่อการนำแบบแผนไปใช้จริงใน ชีวิตประจำวัน			
1. แบบแผนการรับประทานอาหารง่ายต่อการทำความเข้าใจ			
...			
...			

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะต่อการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดควบคุมไม่ได้

1. ข้อดีจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

.....
.....
.....
.....

2. ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

.....
.....
.....
.....

3. ข้อเสนอแนะจากการใช้แบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้น

.....
.....
.....
.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดที่ 2 แผนระยะดำเนินการ

ลักษณะแผน: แผนระยะดำเนินการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแบบแผน

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะนำแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง

วัตถุประสงค์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้แบบแผนที่พัฒนาขึ้น ในสภาพการณ์จริง

ระยะเวลาที่ใช้ : รวมระยะเวลาดำเนินการ ทั้งหมด 8 สัปดาห์

สถานที่: พื้นที่ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแบบแผน (สัปดาห์ที่ 1-4)

สัปดาห์	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้เข้าร่วม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1	1. ผู้วิจัยชี้แจงแผนกิจกรรม และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง และ อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ ในการเข้าร่วมการประชุมระดมสมอง และการทดสอบแผน	ผู้วิจัย	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง -อาสาสมัครสาธารณสุข เชี่ยวชาญ	ได้รับความร่วมมือในการเข้าร่วมการประชุมระดมสมอง และการทดลองใช้แผนในสภาพการณ์จริง
	2. ผู้วิจัยยื่นหนังสือเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมระดมสมองตามวันและเวลาที่ได้ทำการนัดหมายไว้			
2.	1. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การรับประทานอาหารในผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ ให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ	-ผู้วิจัย -ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	-ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกครอบครัวเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง และอาสาสมัครสาธารณสุข เชี่ยวชาญ	สาระสำคัญจากการระดมสมองเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
	2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมอภิปราย และสะท้อนคิดเกี่ยวกับสถานการณ์การรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้			

ลำดับที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้เข้าร่วม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
2 (ต่อ)	3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมระดมสมอง เกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้	-ผู้วิจัย -ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	-ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกครอบครัวเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขางเน็ง และอาสาสมัครสาธารณสุข เชื้อวชาญ	สาระสำคัญจากการระดมสมองเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้
	4. ผู้วิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันสรุปสาระสำคัญจากการระดมสมอง			
	5. ผู้วิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กำหนดวันนัดหมายในการสร้างแบบแผนการรับประทานอาหาร			
3	1. ผู้วิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันสร้างแบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย	-ผู้วิจัย -ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	-ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ สมาชิกครอบครัวเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขางเน็ง และอาสาสมัครสาธารณสุข เชื้อวชาญ	แบบแผนการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดควบคุมไม่ได้
	2. ผู้วิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ขึ้นต้นในการนำแบบแผนไปใช้ และแนวทางการนำแบบแผนไปทดลองใช้			

ลำดับที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้เข้าร่วม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
3 (ต่อ)	3. ผู้วิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันสรุปแผน และ แนวทางในการนำแผนไปใช้ในสภาพการณ์จริง	-ผู้วิจัย -ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	-ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุม ไม่ได้ สมาชิกครอบครัวเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง และอาสาสมัคร สาธารณสุข เชียงขวัญ	แบบแผนการรับประทาน อาหาร สำหรับผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ชนิด ควบคุมไม่ได้
4	ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง และ อาสาสมัคร สาธารณสุขเชียงขวัญ ร่วมกันประสานงาน และ ดำเนินการติดต่อประชากรเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน การนำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง	-ผู้วิจัย -เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง -อาสาสมัคร สาธารณสุข เชียงขวัญ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุม ไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว	ได้รับความร่วมมือในการ นำแบบแผนที่พัฒนาขึ้นไป ทดลองใช้ในสภาพการณ์ จริง

ระยะที่ 2 ให้นำแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 5-8)

สัปดาห์	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้เข้าร่วม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
5 - 8	ผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ ร่วมทำการชี้แจงการนำแบบแผนการรับประทานอาหารที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และการนัดหมายเพื่อการประเมินผล หลังสิ้นสุดกิจกรรม	-ผู้วิจัย -เจ้าหน้าที่ รพ. สศ. ยางเน็ง -อาสาสมัคร สาธารณสุข เชี่ยวชาญ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ และสมาชิกครอบครัว	ได้รับความร่วมมือใน การทดลองใช้แผนใน สภาพการณ์จริง

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฉชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. รองศาสตราจารย์ ดร. พัชราภรณ์ อารีย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. รองศาสตราจารย์ นพ. พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. คุณอัครวิษณุ เวียงหล้า	นักโภชนากร โรงพยาบาลแม่แตง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก จ

การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้วิธีคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI; S-CVI) (Polit & Beck, 2006) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$S-CVI/UA = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนเห็นตรงกันว่ามีเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมดในชุดนั้น}}$$

ได้ผลการคำนวณดังนี้

$$S-CVI/UA \text{ ชุดที่ 1.1} = \frac{85}{110} = 0.77$$

$$S-CVI/UA \text{ ชุดที่ 1.2} = \frac{95}{110} = 0.90$$

$$S-CVI/UA \text{ ชุดที่ 3.1} = \frac{25}{25} = 1.00$$

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ฉ

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๐๓๑/๒๕๕๙

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการ : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : ๑๑๐ ถนนอินทวิโรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ : นางสาวดวงเดือน บุคตา

สาขาวิชา : การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แผนก ภาคปกติ

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อเรื่องโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Development of Eating Pattern for People with Uncontrolled Hypertension Using Family Participation Approach

เลขที่โครงการ : EXP - ๐๒๑ - ๒๕๕๙

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

เอกสารรับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	- ฉบับวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙
เอกสารแสดงความยินยอม/ ข้อมูลสำหรับ อาสาสมัคร	- ฉบับวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙
แบบบันทึกข้อมูล	- ฉบับวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙
อัตรประวัติหัวหน้าโครงการ	- ฉบับวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย : แบบเร่งด่วน (Expedited Review)

ผลการพิจารณา : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย
ในขอบเขตที่เสนอได้

อนุมัติ ณ วันที่ ๒๒ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙ มีผลถึงวันที่ ๒๑ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย

[] ทุก ๓ เดือน

[] ทุก ๖ เดือน

[/] ทุกปี (ในกรณีนี้โปรดยื่นอย่างน้อย ๖๐ วัน ก่อนวันหมดอายุใบรับรอง)

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและ
ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ : 

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงชื่อ : 

(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิฑิตกุล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การปฏิบัติหลังจากรับรอง

- หากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงในข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/อาสาสมัคร หรือเอกสารยินยอมหรือโครงการวิจัย ต้องขออนุมัติก่อนเว้นแต่เป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อสวัสดิภาพของอาสาสมัคร
- หากมีข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจมีผลต่ออัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์/ความเสี่ยงของการศึกษาวิจัย ให้รายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโดยรีบด่วน
- การเบี่ยงเบนฝ่าฝืนโครงการวิจัย ต้องแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวดวงเดือน บุคดา
วัน เดือน ปี เกิด	22 ตุลาคม พ.ศ. 2530
ประวัติการศึกษา	ปีการศึกษา 2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	2551-2554 พยาบาลวิชาชีพ แผนกสูติกรรม (ห้องคลอด) โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ 2554-2556 คุรุคลินิก กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2556-2557 คุรุคลินิก กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



รับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ight© by Chiang Mai University
rights reserved