

Original research

Citation:

จุฬาลงกรณ์ ใหม้แ้ม, ธวัธรัตน์ ศิริธรรม, จรินทร์ทิพย์ บุญชด, อรชนก ชูเอียด. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(3):16-27.

การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

จุฬาลงกรณ์ ใหม้แ้ม¹, ธวัธรัตน์ ศิริธรรม¹, จรินทร์ทิพย์ บุญชด², อรชนก ชูเอียด²

¹ ฝ่ายปฏิบัติการคลินิก โรงพยาบาลวิรัชศิลป์ จังหวัดชุมพร

² กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

บทนำ: จากข้อมูลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปี 2558–2562 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 8.2, 16.2, 10.2, 23.1 และ 29.6 ตามลำดับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี จำนวน 83 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ สำหรับกิจกรรมที่ใช้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาธิตการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การใช้ตัวแบบ การร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรค การวิเคราะห์อาหารหวาน มัน เค็ม สาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่โดยการนำเมนูตามแนวทางของ DASH วัดค่าความเค็มในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และมีฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test, Independent t – test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test และMann – Whitney U test

ผลการศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.116) ค่าความดันโลหิตหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 35.2 และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 41.7

สรุปผล: ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วันที่รับ: 9 ส.ค. 2566

วันที่แก้ไข: 26 ส.ค. 2566

วันที่ตอบรับ: 30 ส.ค. 2566

ผู้สนับสนุนงาน:

จุฬาลงกรณ์ ใหม้แ้ม;

Email: Grace9485@gmail.com

Original research

Citation:

Julasikan Maiyaem, Tawanrut Siritham, Charintip Boonchod, Ornchanok Chooeiad. The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(3):16-27.

Received: 9 August 2023

Revised: 26 August 2023

Accepted: 30 August 2023

Correspondence to

Julasikan Maiyaem;
Email: Grace9485@gmail.com

The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province

Julasikan Maiyaem¹, Tawanrut Siritham¹, Charintip Boonchod², Ornchanok Chooeiad²

¹ Clinical Operation Division, Virajsilp Hospital, Chumphon Province

² Primary and Holistic Care Department, Khlong Hoi Khong Hospital, Songkhla Province

Abstract

Background: The main purpose of this quasi-experimental study was to determine the application of Health Belief Model on food consumption among pre-hypertension group in Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province.

Methods: This research is a quasi-experimental research. A sample of 83 people consisted of the experimental group 37 people, the control group 36 people. All of them aged between 35-59 years. Instrument of this study included questionnaires, hypertensive lesson, pressure measuring demonstration and reverse demo, role model, cooperation for planning to sought a way for health problem solving, analysis of sweet and salty foods, cooking demonstration by applying DASH guidelines, measuring the salinity in the food. The data were analyzed by descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, range and median, and the inferential statistics including Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test, Mann - Whitney U test.

Results: The study showed that scores of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits about hypertension and food consumption behavior between the experimental and control groups were significantly different (p-value <0.001). however, perceived barriers were not significantly different between groups (p-value = 0.116). Moreover, at post-test reported BMI among the experimental groups and control group were 25.4 (SD= 4.6) Kg/m² and 26.7 (SD= 7) Kg/m², respectively. Furthermore, at post-test 35.2% of experimental groups had normal blood pressure levels (80-84 and /or 120-129 mm Hg) while, 41.7% of the control group had a higher than normal (85-89 and/or 130-139 mm Hg).

Conclusions: This study suggests implementing community assessment for planning lessons or design activities that as an important tool for changing food consumption behavior.

Keyword: health belief model, food consumption, pre-hypertension group

บทนำ

ความดันโลหิตสูงคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบลงหรือหดตัวทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดได้ช้า และน้อยลง หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อที่จะมีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยผู้ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure (SBP)) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure (DBP)) ในช่วง 85-89 mmHg จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ซึ่งเป็นผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 คน และผู้หญิง 1 ใน 5 คน ที่มีภาวะของความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน²

ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2558-2562 พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.9, 10.2, 11.6, 12.3 และ 12.9 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแม้ปี 2559 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงแต่ในอีก 3 ปีให้หลังอัตราการป่วยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากข้อมูลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปี 2558-2562 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.2, 16.2, 10.2, 23.1 และ 29.6 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแม้จำนวนของกลุ่มเสี่ยงในปี 2560 จะลดลงแต่อีกสามปีให้หลังอัตรา กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลับเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด³ ต่อมาจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี 2563 ในหมู่ที่ 1 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16 คน หมู่ที่ 2 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 64 คน และ ในพื้นที่หมู่ 3 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 28 คน รวมทั้งหมด 108 คน⁴

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด มีภาวะอ้วน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพราะการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียมสูง⁵ จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมี

โอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย ทำให้หลอดเลือดถูกทำลาย มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง และไต ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยอาการหัวใจวาย 60-70% เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองแตก 20-30% และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังอีก 5-10%⁶ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดทุกข์ทางจิตใจที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น สูญเสียเวลาในการทำงาน และมีบทบาทในสังคมลดน้อยลง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวรวมถึงสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก⁷

จากการศึกษาบริบทพื้นที่ พบว่าอำเภอคลองหอยโข่ง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ สวนยางพาราและรับจ้างทั่วไปทำให้มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาประกอบอาหารเองจึงนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป ข้าวราดแกง อาหารจานด่วน หรืออาหารแปรรูป เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารบรรจุกระป๋องซึ่งจะมีส่วนประกอบของกะทิ น้ำมัน และเครื่องปรุงรสในปริมาณมาก ทำให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหอยโข่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะเกิดขึ้นได้ดีหากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมถึงการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest)

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนในช่วง 130-139 มม.ปรอท และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง ในช่วง 85-89 มม.ปรอท จำนวน 108 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม) โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้⁹

$$n = \frac{2\sigma_p^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)} = 34$$

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานการศึกษาของ วงศ์ชัยพจน์ พรหมศิลา, สุภาพร แบบบุตร และ ประทุมมา ฤทธิโพธิ¹⁰ พบว่า

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเป็น 126.47

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเป็น 99.87

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนรวม เท่ากับ 34

Z_α คือ ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% (1.96)

Z_β คือ ค่าอำนาจการทดสอบที่ 90% (1.28)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 34 คน ในการศึกษาวิจัยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไประหว่าง โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับ 7% (R=0.07)

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)} = \frac{34}{(1-0.07)} = 37$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 37 คน/กลุ่ม รวมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 74 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Systematic random sampling

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ดังนี้

กิจกรรม 1 “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการให้ความรู้ด้วยการแสดงบทบาทสมมติ และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม 2 รู้ตัวเลข “รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการสาธิต และสาธิตย้อนกลับวิธีการวัด ความดันโลหิตที่ถูกต้อง เพื่อสามารถประเมินค่าระดับความดันโลหิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “ตั้งเป้า เล่าความหวัง” การให้กลุ่มทดลองบันทึกค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ที่ตนเองคาดหวังลงในบัตรเป้าหมายของตน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 4 “กินอย่างไรห่างไกลความดันโลหิตสูง” การบรรยายเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและสรรพคุณของผักพื้นบ้านเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์อาหารหวาน มัน เค็ม ประกอบสื่อธงโภชนาการและอาหารตามสัญญาณไฟสาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่ตามแนวทางของ DASH มาปรับใช้เพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้าน และกระตุ้นความสนใจโดยให้กลุ่มทดลองร่วมกันประกอบอาหาร และแจกแบบบันทึกอาหาร (Food record)

กิจกรรมที่ 5 “สื่อให้รู้ดูผลกระทบความดันโลหิตสูง” การเล่าเรื่องพร้อมยกกรณีศึกษาและอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 “Model มา นำพาให้รู้ประโยชน์” การให้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ มาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถาม และร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง

กิจกรรมที่ 7 “บอกเล่า ก้าวผ่านอุปสรรค” การแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิดว่าจะเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคนั้น เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 8 “เยี่ยมบ้าน” แจกสมุดความรู้ วัดค่าความเค็มในอาหาร วัดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและพูดคุยเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต และคืนข้อมูลแก่ชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาในครั้งนี้ให้แก่ผู้อำนวยการได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อขอข้อมูล และจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการคัดกรองในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ประสานงานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อลงสำรวจพื้นที่ และชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการจัดกิจกรรมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านทราบ

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูง ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Mann-Whitney U Test, Wilcoxon Signed Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ COA No. TSU 2020-113 REC No. 0214 ลงวันที่ 7 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.9 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 6.4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 89.2 จบการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.5 รายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน (SD = 5,304) ร้อยละ 81.1 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.4 ไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 70.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 ดังตารางที่ 1

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 6.2) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 จบจากระดับชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ย 12,819.4 บาทต่อเดือน (SD = 7,231) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.9 ไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 52.8 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ ไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	54.1	23	63.9
หญิง	17	45.9	13	36.1
อายุ (ปี)				
35-39	2	5.4	3	8.3
40-44	11	29.7	4	11.1
45-49	8	21.6	10	27.8
50-54	10	27.0	9	25.0
55-59	6	16.3	10	27.8
Mean (SD) : Min-Max	48 (6.4) : 36-59		50 (6.2) : 37-59	

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	37	100	36	100
สถานภาพสมรส				
โสด	3	8.1	0	0
สมรส	33	89.2	36	100
หย่าร้าง	1	2.7	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.7	0	0
ประถมศึกษา	19	51.4	16	44.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.1	5	13.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	21.6	6	16.7
อนุปริญญา/ปวส.	3	8.1	5	13.9
ปริญญาตรี	3	8.1	4	11.1
อาชีพ				
เกษตรกรรวม	22	59.5	22	61.1
ค้าขาย	5	13.5	4	11.1
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.1	4	11.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	3	8.3
รับจ้าง	6	16.2	2	5.6
ว่างงาน	1	2.7	1	2.8
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 5,000	5	13.5	0	0
5,001-10,000	12	32.4	21	58.3
10,001-15,000	19	51.4	13	36.1
>15,000	1	2.7	2	5.6
Median (IQR)	12,000 (5,304)		12,819 (7,231)	
คนปรุงอาหาร				
ทำเอง	30	81.1	20	55.6
ลูก หลาน หรือผู้ดูแล	6	16.2	16	44.4
ซื้ออาหารสำเร็จมา	1	2.7	0	0
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	29	78.4	23	63.9
เคยสูบแต่เลิก	4	10.8	4	11.1
ยังสูบบุหรี่	4	10.8	9	25.0

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มสุรา	26	70.3	19	52.8
เคยดื่มสุราแต่เลิก	1	2.7	2	5.5
ยังดื่มสุรา	10	27.0	15	41.7
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว				
ไม่มี	19	51.4	26	72.2
ไม่ทราบ	5	13.5	0	0
มี	13	35.1	10	27.8

ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 35.1 รองลงมาคือ โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 24.4 น้ำหนักปกติ และโรคอ้วนระดับ 3 ร้อยละ 18.9 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ น้ำหนักปกติ ร้อยละ 27.0 และโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 21.6 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ และความดันโลหิตสูงระดับ 1 ร้อยละ 43.2 หลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ สูงกว่าปกติ ร้อยละ 32.4 ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย (< 18.5)	1	2.7	1	2.8	2	5.6	1	2.8
ปกติ (18.5-22.9)	7	18.9	10	27.0	8	22.2	9	25.0
โรคอ้วนระดับ 1 (23-24.9)	9	24.4	8	21.6	5	13.9	5	13.9
โรคอ้วนระดับ 2 (25-29.99)	13	35.1	14	37.8	12	33.3	12	33.3
โรคอ้วนระดับ 3 (> 30)	7	18.9	4	10.8	9	25.0	9	25.0
Mean (SD)	26.0 (4.5)		25.4 (4.6)		26.7 (8.1)		26.7 (7.8)	

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของค่าระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ค่าระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	0	0	5	13.5	0	0	0	0
ปกติ	0	0	13	35.2	0	0	0	0
สูงกว่าปกติ	16	43.2	12	32.4	11	30.5	15	41.7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของค่าระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ค่าระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	16	43.2	7	18.9	13	36.1	14	38.9
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	2	5.4	0	0	7	19.5	7	19.4
ความดันโลหิตสูง ระดับ 3	3	8.2	0	0	5	13.9	0	0

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	6.0 (2.0) [†]	7.0 (7.0) [†]	<0.001**
หลังการทดลอง	11.0 (1.0) [†]	8.0 (5.0) [†]	
p-value	<0.001 ^b	<0.001 ^b	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	21.3 (2.0)	22.5 (3.2)	<0.001*
หลังการทดลอง	29.5 (2.1)	22.4 (1.9)	
p-value	<0.001 ^a	0.007 ^a	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	23.4 (2.0)	25.9 (4.1)	<0.001**
หลังการทดลอง	30.5 (2.5)	24.2 (2.0)	
p-value	<0.001 ^a	0.042 ^a	
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	21.0 (3.0) [†]	21.9 (3.9)	<0.001*
หลังการทดลอง	26.0 (3.0) [†]	20.9 (2.3)	
p-value	<0.001 ^b	0.187 ^a	
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนการทดลอง	22.0 (3.0) [†]	18.4 (4.9)	0.116*
หลังการทดลอง	27.0 (5.0) [†]	22.4 (2.3)	
p-value	<0.001 ^b	<0.001 ^a	

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			<0.001**
ก่อนการทดลอง	39.0 (0.6) [†]	56.5 (11.0) [†]	
หลังการทดลอง	72.0 (7.0) [†]	56.0 (9.8) [†]	
p-value	<0.001 ^b	<0.001 ^b	

*Independent t-test, **Mann Whitney U Test, ^aPaired t-test, ^bWilcoxon Matched-pairs Signed-Ranks test, [†]Median (IQR)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าค่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีการบรรยายเข้าใจง่าย โดยได้จัดทำสื่อประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ มีความน่าสนใจ มีการประยุกต์การแสดงบทบาทสมมติประกอบการบรรยายเพื่อดึงดูดความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมระหว่างบรรยายมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และลงเยี่ยมบ้านเพื่อนำสมุดความรู้รวมทั้งบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสอดคล้องกับ สุพัชรินทร์ วัฒนกุล (2556)¹¹ ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และทรัพย์ทวี หิรัญเกิด (2556)¹² ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งนี้

เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีกิจกรรมอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสาธิต และสาธิตย้อนกลับวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การแปลผลค่าความดันโลหิต บันทึก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตของตนเองลงในบัตรเป้าหมายของฉัน มีการยกกรณีศึกษาในเรื่องของอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้ตัวแบบที่เคยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง มาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามตัวแบบเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง แลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิดว่าจะเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคนั้นเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ (2558)¹³ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอบางบาลจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และสอดคล้องกับธีรทัต ศรีมงคล (2560)¹⁴ ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดัน

โลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ก่อนการศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 56.8 หลังการศึกษามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 97.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงได้วิเคราะห์อาหารหวาน มัน เค็ม และอาหารที่ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยนำธงโภชนาการ อาหารตามสัญญาณไฟมาประกอบการบรรยาย สาธิตวิธีการประกอบอาหารแนวใหม่โดยการนำเมนูตามแนวทางของ DASH มาปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้าน และกระตุ้นความสนใจโดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกันประกอบอาหาร มีการบรรยายเกี่ยวกับสรรพคุณของผักพื้นบ้าน แต่ละชนิด รวมทั้งเยี่ยมบ้านเพื่อแจกสมุดการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร (Food record) รวมทั้งวัดค่าความเค็มในอาหาร และให้สุขศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งฤทัย สิงห์ทา (2560)¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี มีการสาธิตวิธีการปรุงอาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับภานุภรณ์ ชนเศรษฐ (2560)¹⁶ ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตสูง อยู่ระดับ 1 ร้อยละ 43.2 แต่หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.2 ทั้งนี้เนื่องจากภายในกิจกรรมมีการใช้บัตรตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต การสาธิตและ

สาธิตย้อนกลับ และ มีการสรุปเนื้อหาเป็นหนังสือเล่มเล็ก และลงเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา (2562)¹⁰ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ (2559)⁷ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองพลับ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล

การจัดโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ในอำเภอดงหอยโข่งกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ทำงานกลางคืนแต่พักผ่อนในเวลากลางวัน ดังนั้นการจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มหรือนัดรวมกลุ่มเป็นเวลานาน 2-3 ชั่วโมงในเวลากลางวันอาจจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากเวลาในการจัดกิจกรรมตรงกับเวลาพักผ่อน
2. การศึกษานี้มีการผลลัพธ์ก่อน และหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้มอง ไม่เห็นประสิทธิผลของให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ในระยะยาวจึงควรสนับสนุนให้มีการวัดผลลัพธ์ในระยะยาวมากขึ้นเพื่อช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหอยโข่ง ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย อาจารย์ ที่ปรึกษาสาขา วิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ กลุ่มงานบริการ ด้านปฐมนิเทศและองค์กรวม โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และแกนนำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา ที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตลอดจนเสร็จสิ้นงาน วิจัย พร้อมทั้งคำชี้แนะ ข้อคิดและประสบการณ์ต่างๆ ในการ ดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non Communicable diseases. Blood pressure level. 2020. Available at: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13668&tid=1-001-001&gid=1-015-009>. Accessed on 08 September 2020.
2. World Health Organization. Hypertension. [Internet], 2016 [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1.
3. Health Data Center. The rate of morbidity with hypertension per population, fiscal year 2015-2019. [Internet], 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd>.
4. Khlong Hoi Khong Hospital. Screening for hypertension risk groups 2020. Songkhla: 2020
5. Supatcharee W, Nirat Imamee, Manirat Therawiwat, and Supreya Tansakul. Learning program for self-management on diet and exercise of persons with pre-hypertension Buriram province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(1):16–30.
6. Moonsarnand S, Sumpowthong K. Effects of Dietary Behavior Modification Program Guideline of the DASH with Self-Efficacy Theory and Social Support on Reducing the Risk of Hypertension among Pre-hypertensive Patients. 2016;11(1):87–98.
7. Songwatthanayuth P, Watthanakorn K, Klainhom K, Ratanapak P. Development of health behavior promotion program among pre-hypertension adults in Nong-plub Phetchaburi provinve. 2016;32(2):105–118.
8. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):354–386. doi:10.1177/109019817400200405
9. Lemshow S, Hosmer DW, Jr Klar J, L wanga S. (1990). Adequacy of Smple size in healh studies. New york: Wiley&sons.
10. Promsila W, Neawbood S, Rithpho P. Effects of Hypertension Prevention Program on Practical Behaviors and Blood Pressure Levels among High risk of Hypertensive Persons. Nursing Journal. 2019;46(2):95-107.
11. Wattanakun S, Therawiwat M, Imamee N, et al. Learning Program for Self - Management on Diet and Exercise of Persons with Pre – Hypertension Buriram Province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27:16-30.
12. Hirungerd S, Hornboonherm P, Sitipakorn S. The Effects of Behavioral Modification Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Blood Pressure Level in Prehypertension Group, Kaengkhro Hospital Chaiyaphum Province. 2013;31(4):97–104.
13. Phunsuwan N, Glangkarn S, Tewthong K. Effectiveness of Change Management Health Beliefs and Health Behaviors Self Risk Essential Hypertension Disease at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province. Thaksin Journal 2015;18(2):70-78.

14. Srimonkol T, Kengganpanich T, Kengganpanich M, et al. Food Consumption Behavioral Modification Program in High-risk Group of Hypertension, Tambol Tajan, Khong District, Nakhonratchasima Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2017;33:77-89.
15. Singtha N, Hingkanont P. Effects of Enhancing Self-Efficacy Program on Prevention Behavior Among Risk Group of Pre-Hypertension In Bangkok District, Uttaradit Province. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(3):81-91.
16. Thanaseth R. Effects of Self-management Promotion Program and Family Participation on Health Behaviors and Blood Pressure in Working Adults group. *Journal Academic ODPC9*. 2018;24(2):100-111.