

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออย่างชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

จิตติพร อินศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

ตุลาคม 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออย่างชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ฐิติพร อินสร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
ตุลาคม 2555
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวฐิติพร อินสร
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

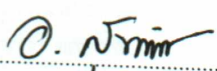
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(รศ.อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์)

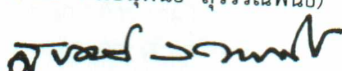
ประธานกรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)


.....
(อาจารย์ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์)

กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

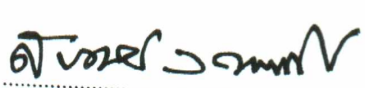

.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

กรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)


.....
รศ.ดร.ณฐนนท์ ตราชู

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร

ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 21 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2555

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำ ควบคุม ตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีคุณค่าและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คุณเอื้อมพร เมฆวัฒนาการ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ คุณบังอร เหล่าเสถียรกิจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และคุณเพชรรัตน์ ทัดเทียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการสร้าง ปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และวิชาการ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่ผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) รุ่นที่ 9 ทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผักขะ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ทุกท่าน ที่กรุณาให้เข้าไปทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และการทำกิจกรรมในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อดำรง อินศร และคุณแม่จันทิมา อินศร ซึ่งเป็นบิดาและมารดาของผู้วิจัย ตลอดจนญาติ พี่น้องและเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัย ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

ฐิติพร อินศร

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออย่างชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ		
ผู้วิจัย	นางสาวจิตติพร อินศรี		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
กรรมการควบคุม	อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล และ อาจารย์ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2555

บทคัดย่อ

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้และสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การไม่เชื่อมั่นที่จะลดระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างชุมน้อยและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลอย่างชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2555 เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังพบว่า ภายหลังการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความดันโลหิตในระดับปกติเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติ มีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่เป็นการลดภาวะเครียดและการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมด้วยตนเองในหลากหลายรูปแบบ และมีการผ่อนคลายรวมทั้งเกิดความสุขสนทนากิจการที่เหล่านั้นด้วย

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ ; การรับรู้ความสามารถในตนเอง ; พฤติกรรมสุขภาพ ; ความดันโลหิตสูง

TITLE Effect of Health Promotion Program on Self-efficacy , Health behaviors and Blood pressure within an adult hypertensive Yangchoomnoi District, Sisaket Province

AUTHOR Miss Thitiporn Insorn

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Health Systems Management

ADVISORS Dr. Jatuporn Luangubol, Ph.D. and Dr. Anuphan Suwanphan, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **DATE** 2012

ABSTRACT

This quasi-experimental research was to examine the effect of health promoting program on self-efficacy, health behaviors, and blood pressure in hypertension patients. The study samples were 70 hypertension patients living in the Yang Chum Noi municipality in Sisaket province. The study samples were randomly assigned into control group and experimental group (35 patient in each). The control group received conventional treatment while experimental group received the promoting self-efficacy program during March to June 2012. The instruments used in this study include: demographic data form, perceived self-efficacy and health-promoting behavior interview. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. T-test was used to analyzed the difference mean perceived self-efficacy score and health-promoting behavior score.

After participating in the health promoting program, the mean perceived self-efficacy score and health-promoting behavior score in experimental group significantly increased ($p<0.05$) was also found that the experimental group with normal blood pressure level increases as well. However, 4 weeks later showed that the mean perceived self-Efficacy score and health-promoting behavior score in experimental group significantly decreased ($p<0.05$). Thus, this program should be developed before applied to hypertension patients attending other area.

Key Words : Health promotion program ; Self-efficacy ; Health behaviors ; Hypertension

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 ปัญหาการวิจัย	2
1.3 คำถามของการวิจัย	2
1.4 ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
1.5 สมมุติฐานของการวิจัย	3
1.6 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.7 ตัวแปรของการวิจัย	3
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	6
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	6
2.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย	13
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	28
3.1 รูปแบบการวิจัย	28
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3.3 ตัวแปรในการวิจัย	33
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	33
3.5 การทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	37
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	37
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย	39
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย	39
4.3 ผลการวิจัยและการอภิปราย	40

	หน้า
บทที่ 5 บทสรุป	49
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	49
5.2 สรุปผล	49
5.3 อภิปรายผล	51
5.4 ข้อเสนอแนะ	52
เอกสารอ้างอิง	54
ภาคผนวก	58
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์	59
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์	65
ภาคผนวก ค เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	67
ภาคผนวก ง ตัวอย่างภาพกิจกรรม	76
ประวัติย่อผู้เขียน	79

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 การแบ่งระดับผู้ป่วยและการจัดการในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป (JNC 7)	8
ตาราง 2.2 การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต (ดัดแปลงจาก JNC 7)	56
ตาราง 4.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n=35)	40
ตาราง 4.2 ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=35)	43
ตาราง 4.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	43
ตาราง 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	44
ตาราง 4.5 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=35)	45
ตาราง 4.6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	46
ตาราง 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	46
ตาราง 4.8 เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	47
ตาราง 4.9 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)	48

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง	18
ภาพประกอบ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง	23
ภาพประกอบ 2.3 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย	40
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย	29
ภาพประกอบ 3.2 แผนภูมิการทดลอง	29

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการระบาดทั่วโลก เป็นพหุฆาตเจียบ เนื่องจากการดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานและในช่วงแรกจะไม่แสดงอาการใดๆ ทำให้ผู้เป็นโรคไม่รู้ตัว (นิตยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญญา, 2554) การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนั้นทำได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมแรงดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลอดเลือดในสมองแตก ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย (กฤษณา พีระเวช และวิวรรณ วิวัฒน์กุล, 2546)

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานอัตราการป่วยของผู้มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) เพื่อจัดลำดับสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก ในช่วง ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเป็น 778.1, 860.5, 981.48, 566.17 คน จัดอยู่อันดับ 3, 3, 2, 4 ของแต่ละปี ตามลำดับ และนอกจากนี้ เมื่อมีการจัดอันดับสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า โรคความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 มาโดยตลอด มีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 24.3, 24.7, 24.66 และ 31.4 คน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคอันดับที่ 5 ของชายไทย และอันดับที่ 2 ของหญิงไทย โดยเป็นเหตุให้เสียชีวิตประมาณปีละ 7 หมื่นราย หรือร้อยละ 18 สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการปีละ 6 แสนปี (วิชัย เอกพลการ, 2552)

จากรายงานอัตราการเจ็บป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 1 มีอัตราการป่วยต่อแสนประชากร คือ 2,181.29 คน (รายงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ, 2554) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า จังหวัดศรีสะเกษมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดศรีสะเกษเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2550-2553 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เทียบเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากร ได้แก่ 1,404.85, 1,723.96, 2,222.08, และ 2,590.57 คน ตามลำดับ และเมื่อติดตามข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดศรีสะเกษ โดยละเอียดในปี 2553 พบว่า อำเภอขามเฒ่า เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อีกทั้ง มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ ปี 2550-2553 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร คือ 3,463.88 , 3,670.89, 4,283.71, 4,842.80 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2554) โดยพบว่าพื้นที่ในเขตเทศบาลมักพบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (วิชัย เอกพลการ, 2552)

จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยดังกล่าว สามารถคาดการณ์ได้ว่าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหรืออาจเกิดจากการดำเนินงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2554) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโรคต่างๆ น่าจะมีผลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่มีความเจริญไปสู่ความเป็นเมืองมากขึ้น ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันกับมาตรการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพต่างๆ ซึ่งรวมทั้งหน่วยงานเอกชนต่างๆ เช่น การควบคุมปัญหาการสูบบุหรี่และดื่มสุรา นโยบาย 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โครงการคนไทยไร้พุง ที่มีส่วนในการช่วยทำให้พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ลดลง สำหรับสถานการณ์ด้านการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นถือว่าดีขึ้นมาก อาจเป็นเพราะในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานด้านสุขภาพต่างๆ ตระหนักและได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาโรคกลุ่มนี้ มีมาตรการหลายอย่าง ทั้งการตรวจคัดกรองในชุมชน การอบรมอาสาสมัครให้มีส่วนร่วม ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในชุมชน การมีคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาล การเฝ้าระวัง และโครงการติดตามและปรับปรุงคุณภาพบริการต่างๆ เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังมีขนาดปัญหาที่ต้องมาดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมต่อไป (วิชัย เอกพลการ, 2552)

จังหวัดศรีสะเกษ มีการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง หากแต่ยังพบปัญหาการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสาเหตุหลักมักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริงจนส่งผลให้ลดระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น หากสามารถส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมดำรงชีวิต ให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและมั่นใจในสมรรถนะของตนเองแล้ว คาดว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

1.2 ปัญหาการวิจัย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ โดยมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ความไม่เชื่อมั่นในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง

1.3 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะสามารถทำให้ประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดศรีสะเกษ มีความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure [SBP]) และตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ที่ลดลงหรือไม่

1.4 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.4.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.4.2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลอง หลังทดลองและอีก 4 สัปดาห์หลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.5 สมมุติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลองผ่านไป 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง

1.6 ขอบเขตการวิจัย

ทำการทดลองในประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ 303 คน ระยะเวลาการดำเนินการ 1 มีนาคม - 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2555

1.7 ตัวแปรของการวิจัย

สำหรับตัวแปรในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ชนิด ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรควบคุม ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการรับประทานยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง
2. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามการรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถในตนเอง อันประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การใช้คำพูด ชักจูงเพื่อกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึก

3. ตัวแปรตาม ประกอบไปด้วย

3.1 ระดับความสามารถในตนเอง

3.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายภาพ โภชนาการ การเจริญเติบโตของจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด

3.3 ระดับความดันโลหิตตัวบนและล่าง

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความดันโลหิต หมายถึง ความดันที่เกิดขึ้นจากผนังหัวใจห้องอาเทอรี (Artery) ประกอบด้วยความดันช่วงบนและล่าง สามารถวัดระดับความดันโลหิตโดยอ้อมด้วยปรอทในเครื่องสเปกโมมาโนมิเตอร์ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (Mean Arterial Pressure) ทั้งช่วงบนและล่าง ใช้วิธีการวัดตามแนวทางของ American Heart Association (AHA) ทำการวัดทั้งหมด 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกันที่ 2 นาที หากการวัดครั้งที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างกับครั้งแรกเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการวัดครั้งที่ 3 ซ้ำ โดยระยะเวลาห่างที่ 2 นาที ระดับความดันโลหิตสุดท้ายที่ใช้คือค่าเฉลี่ยของทั้งหมด (McGhee and Bridges, 2002)

2. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันช่วงบน มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันช่วงล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือการได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตดังกล่าวเกิดจากค่าเฉลี่ยจากการวัดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อได้รับการตรวจจากแพทย์ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป หลังจากที่มีการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว ซึ่งอาจได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตอย่างเฉียบพลันหรือมีโรคอื่นอยู่แล้ว จึงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตก็ได้

3. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อใช้ในการศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

4. ความสามารถต่อตนเอง (Self Efficacy [SE]) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งและสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ ซึ่งประเมินจากระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองโดยทั่วไป ที่แปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป (Sherer and other, 1982)

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behaviors [HPB]) หมายถึง ผลลัพธ์หรือสิ่งที่ได้รับสุดท้ายจากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถวัดเป็นคะแนนที่แสดงถึงการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน 6 รายการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายภาพ โภชนาการ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการจัดการความเครียด

6. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การตอบสนองต่อสิ่งที่คาดหวังด้านสุขภาพ การได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการค้นหาข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเมื่อเกิดความจำเป็น

7. กิจกรรมทางกายภาพ หมายถึง การออกกำลังกาย อาจมีรูปแบบการออกกำลังกายน้อยปานกลางหรือออกกำลังกายอย่างรุนแรง
8. โภชนาการ หมายถึง สิ่งที่อยู่ในมื้ออาหารที่มีความสำคัญต่อการเลือกรับประทานอาหาร
9. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การทำให้เป็นความจริงได้ด้วยตนเอง แสดงให้เห็นถึงความรู้สึก ประสบการณ์ที่ประสบด้วยตนเองและพึงพอใจ
10. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การมีความคิดสนับสนุนระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกคุ้นเคย
11. การจัดการความเครียด หมายถึง การรู้จักจำแนกสาเหตุของความเครียดและมีการแสดงออกเพื่อควบคุมความเครียดนั้นจนทำให้รู้สึกผ่อนคลายได้
12. การรักษาแบบดั้งเดิม หมายถึง การดูแลรักษาโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การพบแพทย์ การได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและการได้รับการศึกษาด้านการปฏิบัติตนโดยทั่วไป

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบไปด้วยเนื้อหาทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันของเลือดต่อผนังของหลอดเลือดแดงที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยความดันช่วงบนหรือซิสโตลิก เป็นค่าความดันของเลือดสูงสุดที่เกิดขึ้นใกล้กับระยะที่หัวใจหดตัวที่บีบเลือดออกมาจนหมดจากหัวใจด้านซ้ายและความดันช่วงล่างหรือไดแอสโตลิก เป็นค่าความดันต่ำที่เกิดขึ้นตามมาในระยะที่มีการขยายตัวเต็มที่ของห้องหัวใจเพื่อรับเลือด (นิตยา พันธุเวทย์ และจิรารัตน์ อภิญา, 2554)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า ความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ต้องมีความดันซิสโตลิกเท่ากับ 60 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าและยี่ระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ (ตัวเลขตัวแรกเท่ากับ 140 คือค่าความดันซิสโตลิก ตัวเลขตัวที่สอง เท่ากับ 90 คือ ค่าความดันไดแอสโตลิก) ส่วนระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/90 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นระดับความดันโลหิตที่เข้าใกล้ความดันโลหิตสูง (Borderline Hypertension) โดยทั่วไปใช้เครื่องวัดปรอทเป็นเครื่องวัดมาตรฐานในการวัดความดัน ในการวินิจฉัยว่า มีความดันโลหิตของคนปกติ และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่วัดในการวินิจฉัย จึงควรวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2536)

2.1.2 ชนิดของความดันโลหิต

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1983) แบ่งความดันโลหิตสูงเป็น 3 ลักษณะ คือ แบ่งตามระดับความดันโลหิต แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกายและแบ่งตามสาเหตุ คือ

2.1.2.1 แบ่งตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ ความดันโลหิตปกติ (Normal Blood Pressure) ความดันโลหิตระดับที่เข้าใกล้ความดันโลหิตสูง (Borderline Hypertension) และความดันโลหิตสูง (High Blood Pressure)

2.1.2.2 แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกาย

ระยะที่ 1 ไม่มีอาการที่แสดงว่ามีการทำลายอวัยวะใดๆ

ระยะที่ 2 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงว่าอวัยวะบางแห่งถูกกระทบกระเทือน ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดที่จอร์รับภาพตีบ มีโปรตีนในปัสสาวะ และระดับครีเอตินินในเลือดสูง

ระยะที่ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบว่าสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆเสื่อม เป็นผลสืบเนื่องจากความดันสูง ได้แก่ ภาวะหัวใจตาย อัมพาตจากเลือดออกในสมอง เรตินาเสื่อมในระดับที่ 3 หรือ 4

2.1.2.3 แบ่งตามสาเหตุ

ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากโรคที่อวัยวะต่างๆที่พบได้มากคือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) ซึ่งประมาณว่ามีถึงร้อยละ 92-94 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (เกษม วัฒนชัย, 2532) ส่วนมากเชื่อว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน การออกกำลังกาย ภาวะเครียด การดื่มสุรา ตลอดจนการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูง ยังแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2536) คือ

1. ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างสูง (Systolic and Diastolic Hypertension) กลุ่มนี้ ร้อยละ 95 จะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อีกร้อยละ 5 เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง เช่น เกิดจากโรคไต ยาเม็ดคุมกำเนิดหรือโรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะคำนึงถึงระดับของความดันตัวล่างเป็นสำคัญ

2. ความดันโลหิตตัวบนสูง (Isolated Systolic Hypertension) ในกลุ่มนี้ ความดันโลหิตตัวบนจะสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันตัวล่างจะปกติ อาจมีสาเหตุมาจากภาวะที่ทำให้มีการเพิ่มของ แรงดันจากหัวใจ (Cardiac Output) เช่น เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ โรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะคำนึงถึงระดับความดันโลหิตตัวบนเป็นสำคัญ

คณะกรรมการเพื่อค้นหา ประเมินผลและรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Join National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) หรือ JNC ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปไว้ในรายงานฉบับที่ 7 ดังปรากฏในตาราง 1 ต่อไปนี้

ตาราง 2.1 การแบ่งระดับผู้ป่วยและการจัดการในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป (JNC 7)

การจัดการ					
ระดับของ BP	ความดัน ตัวบน (mmHg)	ความดัน ตัวล่าง (mmHg)	การ เปลี่ยน วิถีชีวิต	การใช้ยารักษา ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	มีภาวะ แทรกซ้อน
Normal(ปกติ)	< 120	< 80	ส่งเสริม	-	-
Prehypertension (สูงกว่าปกติ)	120 – 139	80 – 89	Yes	No Antihypertensive drug	ยารักษาภาวะแทรกซ้อน
Stage 1 hypertension (ระยะ1)	140 – 159	90 – 99	Yes	Thiazide – type diuretic หรือ พิจารณาอื่น ACEI,ARB,β- block,CCB หรือใช้ ร่วมกัน	ยารักษาภาวะแทรกซ้อน และยารักษาความดัน โลหิต (diuretic,ACET,ARB,β- block,CCB)เท่าที่จำเป็น
Stage 2 hypertension (ระยะที่ 2)	≥ 160	≥100	Yes	ใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน (Thiazide – type diuretic and ACEI or ARB or β – blocker or CCB)	ยารักษาภาวะแทรกซ้อน และยารักษาความดัน โลหิต (diuretic,ACET,ARB,β- block,CCB)เท่าที่จำเป็น

จากตาราง 2.1 พบว่า JNC 7 แนะนำว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างต่อเนื่องทุกรายควรได้รับยาลดความดันโลหิตควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการลดความดันโลหิตคือ ควรลดความดันโลหิตลงมาต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวาน หรือโรคไต ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2.1.3 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่า เพศชายมีโอกาasเกิดภาวะแทรกซ้อนและพยากรณ์โรคไม่ดี มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (Beland, 1985) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามีสาเหตุจากการเคลื่อนไหวของเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1983) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแต่ละปัจจัยดังนี้ คือ

2.1.3.1. ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นที่ยอมรับว่ากรรมพันธุ์มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดขึ้นจากไข่คนละใบ

2.1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงที่สำคัญ พบว่า สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกล็ดโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและอิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคมโดยมีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิต จากการศึกษาระยะยาวพบว่า น้ำหนักเพิ่มขึ้นของบุคคล มีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย (Gillum, 1982) โดยทั่วไปถ้าหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มักจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้นประมาณ 3 ทอร์ หรือ 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติจะขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนักตัว ดังนั้นคนที่รูปร่างใหญ่โตหรืออ้วน จะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กผอม นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าลดน้ำหนักตัวลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน (ลัดดาวัลย์ ขานวิฑิตกุล, 2538) ความสัมพันธ์ระหว่างอ้วนและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาโดยการคัดกรองชุมชน ในตัวอย่างประชากร 1 ล้านคน เพื่อดูการกระจายของความดันโลหิตสูง พบว่า ในคนที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี และมีน้ำหนักมีการกระจายของความดันสูงเป็น 2 เท่าของคนน้ำหนักปกติและในคนอายุระหว่าง 40-46 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 (เดียนใจ หมวกแก้ว, 2540) ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะกรดยูริกสูง (Brurack and other, 1985) นอกจากนี้ยังมีรายงานบ่งชี้การเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในอนาคตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตผิดปกติขณะที่ศึกษาครั้งแรก จะมีแนวโน้มของความดันโลหิตสูงขึ้นตามสัดส่วนของน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 2 ของน้ำหนักมาตรฐานจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 8 เท่า (Kannel, 1978)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกล็ดกับความดันโลหิตได้รับความสนใจมานานและยอมรับกัน ถ้าจำกัดจำนวนเกล็ดโซเดียมในร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เนื่องจากเกล็ดโซเดียมดูดน้ำได้มากทำให้ผนัง ด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดถ้าบริโภคโซเดียมในอาหารปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน จะไม่พบว่าความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ถ้าบริโภคระหว่าง 30-60 มิลลิกรัมต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 3 (ลัดดาวัลย์ ขานวิฑิตกุล, 2538) ซึ่งทำการศึกษาทั้งคนและสัตว์ทดลองพบว่า การได้รับเกล็ดโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุของการมีเกล็ดโซเดียมสูง มักมาจากการบริโภคอาหารที่มีเกล็ดโซเดียมมากนอกจากนี้ยังพบว่าการจำกัดเกล็ดเป็นวิธีการที่ดี ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการลดเกล็ดลงสู่ระดับต่ำ ความดันโลหิตสูงมักจะลดลงด้วย (Kaplan, 1987) ดังนั้น การจำกัดของเกล็ดโซเดียม เป็นการรักษารักษาขั้นแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Houston, 1994) ซึ่งความเห็นเช่นเดียวกันว่า บุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกล็ดโซเดียมก่อนที่จะใช้ยา นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ไม่เพียงแต่เกล็ดโซเดียมเท่านั้น สัดส่วนของโซเดียมต่อโพแทสเซียม โซเดียมต่อแคลเซียม และโซเดียมต่อแมกนีเซียม ก็มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคได้เช่นกัน ในการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียม และความดันโลหิตจากประชากร ตัวอย่างชาวอิตาลีจำนวน

5,049 ราย อายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่าคนที่รับประทานที่มีแคลเซียมสูงเป็นประจำมีความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว ต่ำกว่าคนที่บริโภคแคลเซียมน้อย และรับประทานไม่เป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540)

การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง ได้มีผู้ศึกษาผลงานของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูงพบว่าความดันโลหิตสูงกว่า 160-95 มิลลิเมตรปรอท ถ้าดื่มสุราวันละ 3 เวลาหรือมากกว่าเป็นเวลานาน แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537) นอกจากนั้นยังมีผู้ศึกษาในตัวอย่างประชากรเมืองอะคิตะและโอซากา ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 787 ราย พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน กล่าวคือ ในคนที่ดื่มมีความชุกของโรค (Prevalence) ของความดันโลหิตสูงต่ำที่สุด และในคนที่ดื่มปริมาณ 56-83 กรัมต่อวัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2-3 เท่า แม้แต่ในคนที่เลิกดื่มแล้วยังมีความดันโลหิตสูงสูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม (Ueshima, 1984) และยังพบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลงอาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตกและความดันโลหิตสูงขึ้น และถ้าดื่มสุราวันละ 25-55 กรัม จะมีผลทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น

การออกกำลังกายมีผลต่อระดับความดันโลหิต ได้มีการศึกษา พบว่าการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนของเลือดในโคโรนารีดีขึ้นและพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายมีการเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน (Braien et al., 1983) ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยการศึกษาติดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการออกกำลังกาย จะมีปริมาณของการใช้ออกซิเจนสูงสุดในร่างกายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของเพศชายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางร่างกายมาก มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอัตราที่ต่ำกว่ามีกิจกรรมทางร่างกายน้อย และการออกกำลังกายจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Kanne and William, 1978)

การเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะ “ภาวะเครียด” นับได้ว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่เกิดจากความเครียดที่พบบ่อยคือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับบาดเจ็บได้รับสารพิษและการเจ็บป่วย ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอลดรีนาลินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและแรงตึงกล้ามเนื้อ ดังนั้น การขจัดและผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (Griffin and Kee, 1986) อารมณ์เครียดสนับสนุนให้เกิดเป็นหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ได้จากภาวะไม่สมดุลของสารโพรสตาแกรนดิน (Prostaglandin) คือ เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะปลดปล่อยสารคอร์ติคอยด์ (Corticoid) ออกมา ซึ่งจะไปมีผลยับยั้งการสังเคราะห์สารโพรสตาแกรนดิน ซึ่งทำหน้าที่ขยายเส้นเลือดภายในร่างกายให้มีปริมาณลดลง ทำให้ความต้านทานของเส้นเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น (บุญญสิทธิ วรจันทร์, 2530)

สำหรับปัจจัยส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พบว่า ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับความดันโลหิต มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 9,043 ราย อายุระหว่าง 30-69 ปี มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าสารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ศึกษาความสัมพันธ์ของการดำเนินชีวิตที่แออัดและขาดการออกกำลังกายกับความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของความดันโลหิตกับคุณภาพน้ำ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ระดับน้ำทะเลและเสียง (เกษม วัฒนชัย, 2532) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่สามารถแก้ไขได้ พบว่า การบริโภคอาหารเค็ม ความเครียด ความอ้วน การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ มีผลต่อระดับความดันโลหิต ส่วนปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว ดังนั้น ความดันโลหิตจึงสามารถควบคุมได้บางส่วน (Griffin and Kee, 1986)

2.1.4 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ อาจมีอาการแน่นหน้าอกหรือนอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกัน คือ

2.1.4.1 กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก

2.1.4.2 กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5-10

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ ความดันโลหิตสูงนานๆ มีผลทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายต่างๆ คือ เมื่อความดันโลหิตสูง จะมีผลต่อหัวใจ 2 ทาง คือ หัวใจโต และหลอดเลือดหัวใจหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลว ทำให้มีอาการเหนื่อย หอบนอนราบไม่ได้ หรือหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้มีอาการใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของอัมพาต อัมพฤกษ์ ที่พบบ่อย ซึ่งมักจะเกิดจากหลอดเลือดเล็กๆ อุดตันโดยเกล็ดเลือด ซึ่งพบบ่อย หรือเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้เลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงก็มีผลต่อหลอดเลือดที่ไต เช่นเดียวกับหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ มีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพ จนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวมตอนสาย หากเป็นมากจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงจากภาวะซีด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่า ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อหลอดเลือดที่ตา เช่น เลือดออกที่จอตา หลอดเลือดเล็กๆ ที่จอตาอุดตัน หรือทำให้จอตาหลุดลอกออกได้

ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ หรือตามัวจนถึงตาบอดได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมักพบร่วมกับความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนทางตาได้เร็ว อีกทั้งความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หรือโป่งพอง มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขาและอวัยวะภายในลดลง ผู้ป่วยเดินไม่ได้ไกลเพราะปวดขาจากการขาดเลือด

2.1.6 การควบคุมความดันโลหิตสูง

แนวทางรักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์จะพิจารณาค่าความดันโลหิตร่วมกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความเสื่อมของอวัยวะสำคัญ โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย (โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น) ซึ่งแนวทางในการรักษาแบ่งออกได้เป็น วิธีการที่ไม่ใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต และการใช้ยาลดความดันโลหิตซึ่งแพทย์จะพิจารณาใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยร่วมกับการปรับลักษณะการดำเนินชีวิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.6.1. แนวทางการรักษาที่ไม่ใช้ยา

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต (Life-style Modifications) เช่น การลดน้ำหนัก หยุดสูบบุหรี่ งดอาหารเค็ม เพิ่มการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอและลดความเครียด สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นนั้น การดูแลรักษาอาจเริ่มจากการให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย รวมทั้งผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต และผู้ที่อยู่ในกลุ่มกำลังจำเป็นต้องปฏิบัติ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มประสิทธิภาพของยาลดความดันและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้ผลการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นดังจะได้อธิบายในตาราง 2 ต่อไปนี้

ตาราง 2.2 การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต(ดัดแปลงจาก JNC 7)

การปรับพฤติกรรม	วิธีการ	ประโยชน์ในการลด SBP
ลดน้ำหนัก	ควบคุมน้ำหนักตัวให้ปกติ (BMI 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	5-20 มม.ปรอท/นน.ตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม
ลดเกลือโซเดียม	ลดเกลือโซเดียมที่รับประทานไม่ให้เกินวันละ 100 mmol (โซเดียม 2.4 กรัม หรือ โซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม)	2-8 มม.ปรอท
รับประทานอาหารกลุ่ม DASH	เพิ่มอาหารประเภทผักและผลไม้ และ ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ลดไขมันรวมและไขมันอิ่มตัว	8-14 มม.ปรอท
ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วๆ (อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-6 วันขึ้นไป	4-9 มม.ปรอท

จากตาราง 2.2 พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้องในเรื่องการลดน้ำหนัก ลดเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถลดความดันโลหิตสูงได้

2.1.6.2 แนวทางการรักษาที่ใช้ยา

โดยทั่วไปแล้วการเลือกใช้ยาของแพทย์ จะพิจารณาถึงหัวข้อต่อไปนี้

- 1) สภาวะของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคที่เป็นอยู่ อายุ สภาพของร่างกายและอวัยวะที่อาจมีปัญหา เช่น ไต เป็นต้น
 - 2) การเริ่มใช้ยา ส่วนใหญ่จะเริ่มจากยาเดี่ยวในขนาดต่ำก่อนเนื่องจากหากไม่ได้ผลอาจเพิ่มขนาดขึ้น หรือใช้ยาชนิดที่ 2 ที่มีการออกฤทธิ์ต่างจากยาตัวแรกร่วมด้วย นอกจากนี้แพทย์อาจจะเริ่มการรักษาด้วยการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด ซึ่งมีข้อดีคือ ทำให้ควบคุมความดันดีขึ้น ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยทนต่อการใช้ยาได้ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
 - 3) การลดความดันอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นเกิดอาการมึนงง อ่อนเพลีย หรือเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
 - 4) เลือกยาที่ควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละครั้ง ซึ่งเป็นการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (patient compliance) ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ และสามารถรักษาระดับความดันได้คงที่ดีกว่ายาที่ออกฤทธิ์สั้นซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในกรณีความดันที่เพิ่มขึ้นเมื่อยาหมดฤทธิ์ เพราะตามปกติแล้วความดันโลหิตจะสูงขึ้นในตอนเช้า ถ้ายาที่ใช้เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้นแม้จะรับประทานก่อนนอน ยาอาจหมดฤทธิ์และควบคุมระดับความดันไม่ได้ในช่วงเช้ามืดก่อนผู้ป่วยตื่นนอน ทำให้เกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน (heart attack) ขึ้นได้
 - 5) ยาควรมีผลข้างเคียงหรือ อาการไม่พึงประสงค์ต่ำ และสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงได้
- ยาลดความดันโลหิตสูงแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน โดยยาในแต่ละกลุ่มมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่ต้องนำมาประกอบการพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ยาทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเบต้า (Beta-blockers) ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของตัวรับแคลเซียม (Calcium channel blockers) ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์ Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE) และยากลุ่มยับยั้งแอลฟา (Alpha-blockers)

2.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2.2.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

พิสมัย จันทวิมล (2541) ได้สรุปความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) จากการจัดประชุมนานาชาติ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพใน

กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเอง สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกาย และสังคม การส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเพื่อมีความสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ความผาสุกโดยรวม

นิคม มูลเมือง (2541) ได้สรุปความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ อย่างที่สัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว องค์กรการทำงาน และชุมชน สามารถสรุปถึงความหมายของการส่งเสริมสุขภาพได้คือ ศาสตร์และศิลป์ในการกระตุ้นให้บุคคล ปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิตตลอดจนด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ให้เอื้อต่อการเกิดสภาวะสุขภาพสมบูรณ์อย่างเต็มศักยภาพ

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างสำคัญจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืนความยุติธรรมทางสังคมการเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายคำว่า ส่งเสริม หมายถึง เกื้อหนุน ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ดีขึ้น เช่น การส่งเสริมการลงทุน ส่งเสริมการศึกษา และราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายคำว่า สร้างเสริม หมายถึง ทำให้เกิดขึ้นและเพิ่มพูนให้มากยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาสร้างเสริมคนให้เป็นพลเมืองดี

อำพล จินดาวัฒนะ (2546) ได้เรียบเรียงและเสนอบทความพิเศษเรื่อง ส่งเสริม สร้างเสริมสุขภาพ กล่าวถึงคำว่า Health Promotion ซึ่งใช้คำไทยว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการปฏิบัติบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน ได้ถูกขยายให้มีความหมายกว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสื่อความหมายไปถึงทั้ง “การสร้าง” คือการทำให้ขึ้นมาใหม่ และ “การเสริม” คือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ ในขณะที่มีบางส่วนบางเรื่องต้องรอ “การส่งเสริม” จากคนอื่น

Green and Kreuter (1991) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาร่วมกับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิด ผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำเหล่านั้นย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนโดยรวม

สรุปความการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรอตตาวา ได้ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตออกไป นอกภาคสาธารณสุขผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วน (ภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข) และทุกระดับที่เกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น นโยบายส่งเสริมสุขภาพย่อมประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น กฎหมาย การคลัง ภาษี การป้องกันโรค เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และความเสมอภาคทางสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่างๆ ที่ปลอดภัยและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและนันทนาการที่เอื้ออำนวย

ในการนี้ จำเป็นต้องค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคอื่นๆ ที่อยู่นอกภาคสาธารณสุขไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น ชุมชนทุกระดับ (ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค โลก) จะต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าภาระอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงานและการพักผ่อนก็มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การงานและการพักผ่อนควรจะเป็นแหล่งที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้คน และวิธีที่สังคมจัดระบบการงานนั้น ก็ควรจะช่วยเสริมสร้างสังคมที่มีสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการเสริมสร้างเงื่อนไขการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟังพอใจ และสนุกสนาน การประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการเติบโตของเขตเมืองนั้น เป็นมาตรการที่จำเป็น และหลังจากนั้นจะต้องมีปฏิบัติการที่เป็นผลบวกต่อสุขภาพของสาธารณชน กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพใด ๆ ก็ตามจะต้องผนวกเรื่องของการพิทักษ์คุ้มครองสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของของพวกเข และการควบคุมความเพียรพยายามและอนาคตของพวกเขา

การพัฒนาชุมชนจำต้องระดมทรัพยากร (ทั้งมนุษย์ และวัตถุ) ภายในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยึดหยุ่นในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับในเรื่องสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคล และสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้น เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้นและเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น หน่วยงานต่าง ๆ (เช่น การศึกษา สาธารณสุข ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น) จะต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ในบ้าน ในที่ทำงาน ในชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

5. เปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นโดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน นอกจากนี้ยังจะต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมืองสิ่งแวดล้อม

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข และหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)

2.2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2.2.1 แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเน้นการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ระดับความผาสุกของบุคคล โดยมีการระบุถึงกิจกรรมที่จะช่วยให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดี ซึ่งเพนเดอร์ ได้กำหนดแนวคิดและมีการพัฒนารูปแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพโดยบุคคล มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพโดยกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการ ตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค เดิมจุดเน้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณสุข

ในปี ค.ศ. 1982 เพนเดอร์ เสนอแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแนวคิดคือความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก

ในปี ค.ศ. 1987 เพนเดอร์ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น

ในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ ได้ทำการปรับปรุง พัฒนาแบบจำลอง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของปี ค.ศ. 1987 ใหม่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลัก เพนเดอร์ได้ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีความคาดหวังและการให้คุณค่า และทฤษฎี

การเรียนรู้ทางสังคม โดยปรับปรุงให้เหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (สมจิตร, 2543 อ้างอิงจาก Pender, 1996) ไม่ได้เน้นที่โรคหรือ ปัญหาเฉพาะโรคแต่เป็นการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ปรารถนาและมุ่งเพิ่มศักยภาพ สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้านสุขภาพ

แบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 คือ แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender, 2006) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือโมทัศน์ย่อยๆใน แบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิง เหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไป ทดสอบหรือการท้าวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการ สร้างเสริมสุขภาพ

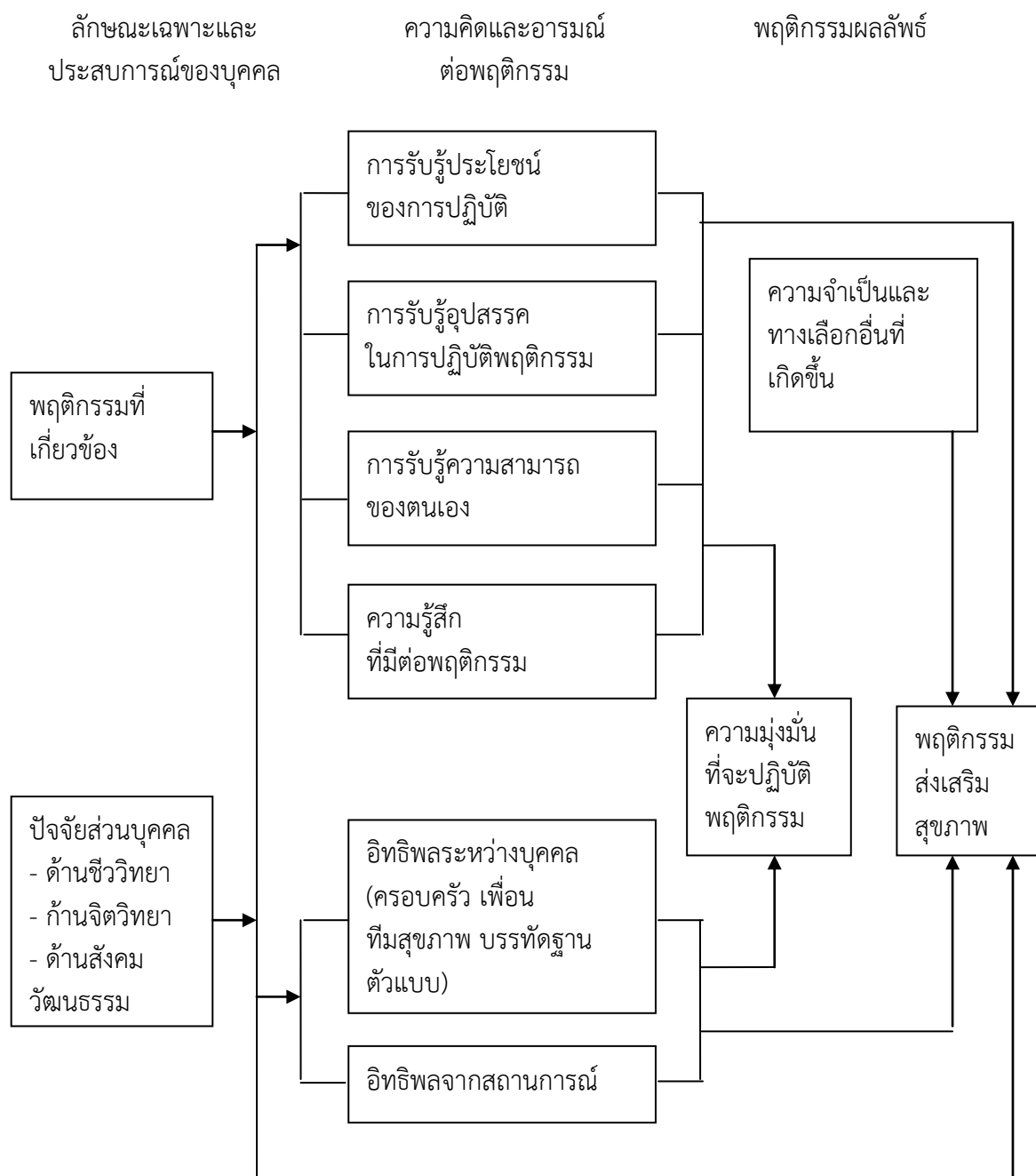
2.2.2.2. ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

- 1) บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้าน สุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
- 2) บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถ ในการประเมินสมรรถนะตนเอง
- 3) บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุ ความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
- 4) บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
- 5) บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการ เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
- 6) บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ บุคคลตลอดช่วงชีวิต
- 7) การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.2.2.3 สารของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) มีพื้นฐานมาจาก แนวคิดด้านการคิดรู้อซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนา แบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบ แบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบาย

ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปี ค.ศ. 2006 ดังภาพประกอบ 1 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ใน มโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีโมทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น อันได้แก่

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 6 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value Theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของ

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) หมายถึง ความรู้สึก

ในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆนี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

2.6.1 พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะ

เกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

เป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผนการ ส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการ และจะเพื่อผลที่เกิดขึ้น จากสุขภาพในทางบวกต่อผู้รับบริการโดยตรง ทั้งยังนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วง ชีวิตประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

(1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็น พฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพของตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูล และความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการ สุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเนมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ

(2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) เป็นพฤติกรรมที่ บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ประจำวันแต่ละวันโดยคำนึงถึงสุขภาพ ของตนเองเป็นสำคัญโดยประเมินถึงการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

(3) โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

(4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็น พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

(5) การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่ บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมาย หรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

(6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็น พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียดโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2.2.3 การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy)

แบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวัง ความสามารถของ ตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่ เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ ต่อมา (Bandura, 1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดย ให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถ ของตนเอง ที่จะจัดการและ

ดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่แบนดูรานั้นไม่ได้กล่าวถึง คำว่า คาดหวังอีกเลย

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกันแบนดูรา เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณนั้น ๆ นั้นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึง ความสามารถนั้นออกมา คน ที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเกี่ยวข้องหรือแตกต่างกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) อย่างไร ซึ่งเพื่อให้เข้าใจและชัดเจนแบนดูรา ได้เสนอภาพแสดง ความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของ ตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดัง ภาพประกอบต่อไปนี้

การรับรู้ ความสามารถของตนเอง	ความคาดหวัง	
	สูง	ต่ำ
สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

ภาพประกอบ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง

จากภาพแสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการ ตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับ ผลที่จะ เกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ (Evans, 1989)

2.2.3.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อ ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่า เป็น ประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถ ของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะ ทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้อง ฝึกให้เขามีทักษะ เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถ จะกระทำ

เช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้ อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2.2.3.2 โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

2.2.3.3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมี ความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดัง กล่าวนั้น ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะ ทำให้คนเราสามารถที่จะ พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับ การทำให้ บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อย เป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะ ได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตน

2.2.3.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียด ของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้น ที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อย ได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่ พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้ การรับรู้ เกี่ยวกับ ความสามารถของตนต่ำลง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษมีพฤติกรรม สุขภาพไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นไปได้อย่างยาก จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่า มีสาเหตุที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์ นิยมาศ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอบัวแดง จังหวัดเชียงราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง จำนวน 29 ราย ผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เรื่อง การกินอาหารและการปรุงอาหารจากความเคยชิน การที่ต้องกินอาหารร่วมกันและความเกรงใจผู้ที่ ทำอาหารให้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เหน็ดเหนื่อยไม่มี เวลา อ่อนแรงเพราะสูงอายุ ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดจากภาระหนี้สิน เรื่องการร่วมกิจกรรมในชุมชนของ หมู่บ้าน ทุกคนช่วยงานกันและกินอาหารร่วมกัน โดยกลุ่มแม่บ้านเป็นผู้ปรุงอาหารตามปกติ ไม่แยก อาหารเฉพาะโรค ข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขควรเน้นให้ทุกคนในชุมชนตระหนักและเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมกินอาหารและการออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้มีความสามารถในตนเองเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้

จากการศึกษาของวิลโลธน์ อันฉิม (2545) ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และ คลินิกโรค ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลตากสิน และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองและระยะเวลาที่ ได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 31.4 จากการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะคือ พยาบาลควรตระหนัก และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่ดีเพื่อที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดี และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป และเมื่อมีการทดลองพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็พบว่า ล้วนแต่ส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของโรคเรื้อรังนั้นได้เป็นอย่างดี

บุญชัย ตั้งสง่าศักดิ์ศรี (2550) ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็นการ ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และระดับแรงดันเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดบริการเพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในช่วง ปลายเดือนที่ 3 , 6 และ 9 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดบริการมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับแรงดันเลือดไดแอสโตลิกก่อนและหลังใช้รูปแบบการ จัดบริการพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าผลการจัดบริการที่เป็น การส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและแรงดันเลือดในผู้ป่วย เบาหวานที่มีแรงดันเลือดสูง ซึ่งก็พบว่ามีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับ พรพนิต ปวงนิม (2552) ที่ ทำการศึกษาลงของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการรับรู้ ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ทดลองที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น คะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกายสูงกว่า กลุ่มควบคุม และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาของประเทือง อีร์พัฒน์พงศ์ (2546) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมความดันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมาการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพโดยการประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมความดันของผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูง จำนวน 60 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจำนวน 4 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยดังกล่าว โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างได้ จึงได้เสนอแนะนำโปรแกรมนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

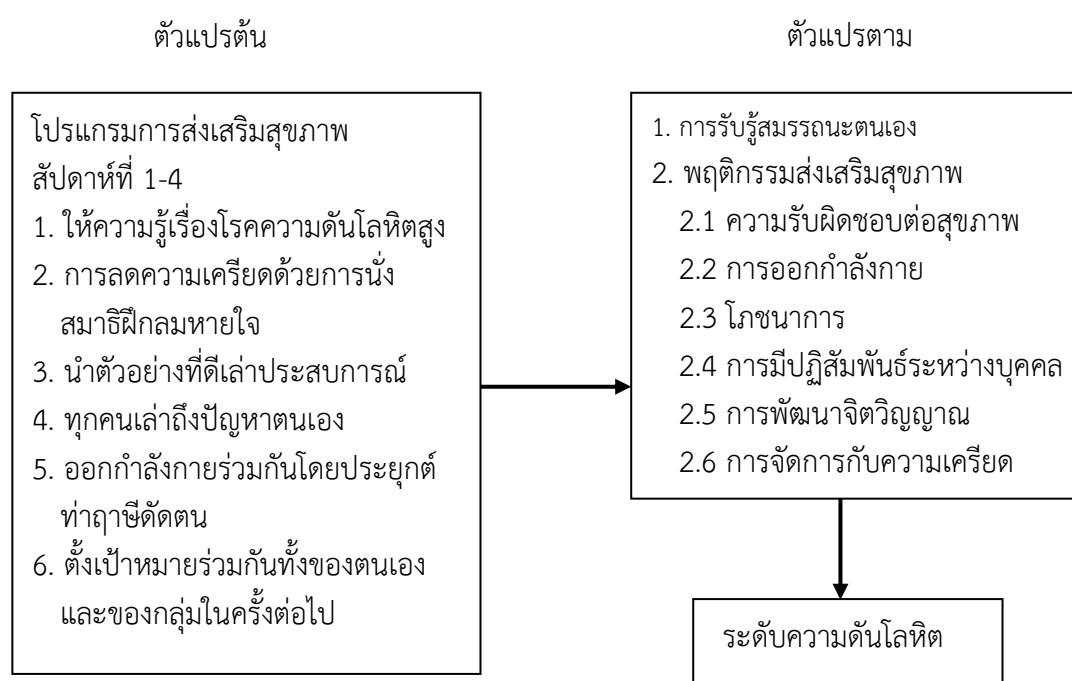
จรินทร์ จินารัตน์ (2552) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดใต้ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบและทดสอบก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดใต้จำนวน 32 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ วัดระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง แล้วจึงจัดให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ หลังจากนั้นประเมินระดับความดันโลหิตซ้ำหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างการทดลอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงระดับ 1 จำนวน 27 ราย และสูงระดับ 2 จำนวน 5 ราย หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิก ในระดับปกติ จำนวน 5 ราย และเมื่อครบ 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิก ในระดับปกติ จำนวน 19 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ จำนวน 20 ราย มีความดันไดแอสโตลิก สูงระดับ 1 จำนวน 8 ราย สูงระดับ 2 จำนวน 3 ราย และ สูงระดับ 3 จำนวน 1 ราย เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ระดับความดันไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ จำนวน 23 ราย สรุปโดยรวมพบว่า จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลงไม่แตกต่างกันมากนักจึงทำให้เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแล้วพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนีย์ เกริกกุลธร (2543) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และ ความดันโลหิตของสตรีสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงทดลอง เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่เน้นการดูแลที่บ้าน ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีความรู้ในการดูแลตนเองและแนวคิด การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงอายุ 60-70 ปี โรคความดันโลหิตสูงชนิด ซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และชนิดซิสโตลิกสูงอย่างเดียวที่มีความดันโลหิตสูงในระดับอ่อน หรือปานกลาง

จำนวน 64 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่บ้านตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง 5 ขั้นตอนร่วมกับ การดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและคะแนน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และมีค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตทั้งสองค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ผลการวิจัยนี้ เสนอแนะให้ประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อขยายองค์ความรู้ต่อไป

2.4 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดตัวแปรควบคุมของกลุ่มของตัวอย่าง เพื่อเกิดผลกระทบต่อ การทดลองอย่างน้อยที่สุด ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัว ภาวะแทรกซ้อน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การใช้จ่ายที่มีผลต่อระดับ ความดันโลหิต จากการศึกษาข้อมูลรวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะสามารถนำความรู้ ดังกล่าวประมวลเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยได้ดังภาพประกอบต่อไป



ภาพประกอบ 2.3 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

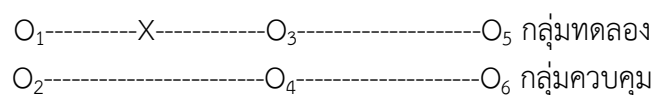
การวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลอย่างชุมชนน้อย อำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ในบทนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของการเตรียมการตัวอย่าง การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง วิธีการในการเก็บข้อมูลและแผนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อทดลองหาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาและได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคแต่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเนื้อหาประกอบด้วยการออกแบบวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูลและ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 ตัวแปรในการวิจัย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
- 3.5 การทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับกิจกรรม (Intervention) กับกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลองแต่ไม่ได้รับกิจกรรม แลวนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมและหลังจากได้รับกิจกรรมผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



O₁, O₂ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับกิจกรรม

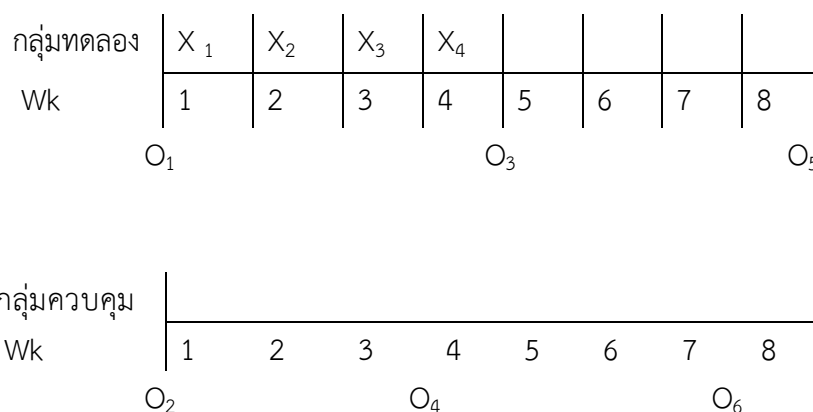
X หมายถึง กิจกรรมที่ใส่ในกลุ่มทดลอง

O₃, O₄ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับกิจกรรม

O₅, O₆ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับกิจกรรมเมื่อเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์

ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ระหว่าง กลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งจะได้รับกิจกรรม (Intervention) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอีกหนึ่งกลุ่มให้เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลองแต่ไม่ได้รับกิจกรรม



ภาพประกอบ 3.2 แผนภูมิการทดลอง

O₁, O₂ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับกิจกรรม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตตัวบน และตัวล่าง

X₁, X₂, X₃, X₄ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1, 2, 3, 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมเดียวกันทั้งหมด คือ กิจกรรมให้ความรู้โดยทีมผู้วิจัยและวิทยากรรวม 3 คน เพื่อให้ความรู้ตามหลักการส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละครั้งจะแบ่งช่วงเวลาให้กับ 4 พฤติกรรม คือ การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการลดความเครียด โดยการกล่าวอ้างถึงบุคคลต้นแบบที่ดีเล่าถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์

Wk หมายถึง สัปดาห์ที่จัดกิจกรรม

O₃ , O₄ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลจากชุมชนหลังจากได้รับกิจกรรม (Intervention) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างซึ่งจะเก็บหลังดำเนินการกิจกรรมที่ 4 แล้ว

O₅ , O₆ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลจากชุมชนหลังจากได้รับชุดกิจกรรม (Intervention) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างซึ่งจะเก็บหลังดำเนินการได้รับกิจกรรมครบถ้วนผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและอยู่ในระหว่างได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 303 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) ใช้ขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ทำการคำนวณ ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$
ดังนั้น $z_{0.05} = 1.65$

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % $z_{0.2} = 0.84$

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

ศราวัลย์ อิมอุดม (2548) การประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนดอร์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีกลุ่มละ 33 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 6.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.97 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.50 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหา ค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$\begin{aligned} s_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(33-1)3.91^2 + (33-1)3.50^2}{(33+33)-2} \\ &= 14.01 \\ \Delta &= 6.15 - 0.18 \\ &= 5.97 \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n/\text{group} &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{2 \times 14.01 (1.65 + 0.84)^2}{5.97^2} \\ &= 29.09 \end{aligned}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 29.09 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 Berghout LM. and other (สงกรานต์ กลั่นดวง, 2548 อ้างอิงจาก Berghout LM. Andother, n.d.) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$\begin{aligned} n_{ads} &= \frac{29.09}{(1-0.15)} \\ &= 34.22 \end{aligned}$$

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 70 คน

3.2.2.2 คุณลักษณะเพื่อการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปี

2) เป็นผู้ป่วยที่เริ่มด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือเป็นผู้ป่วยโรคอื่นแล้วเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเวลาต่อมา ทั้งที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 1 ปี

3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์สั่งจ่ายตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป

4) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย ผู้วิจัยสามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้ภายในเวลา 1 ชั่วโมง

5) ผู้ป่วยต้องมีความสนใจในการเข้าร่วมศึกษา พร้อมทั้งสามารถให้ทำการเก็บข้อมูลได้ครบทั้ง 3 ครั้ง หรือได้รับการให้ความรู้ทั้ง 4 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยที่ได้รับความเห็นจากแพทย์ผู้ดูแลว่าไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้
2) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน ความจำ ผู้ที่ไม่เข้าใจในการใช้ภาษา
อ่านหนังสือไม่ออก

3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถร่วมการทดลองต่อไปได้ในกรณีที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันในขณะทำการศึกษา

4) ผู้ป่วยที่รับประทานยาอื่นที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงยาที่อาจทำให้ความดันเลือดสูง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ยาต้านชักที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาขยายหลอดเลือด ยาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีน (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544)

3.2.2.3 การคัดเลือกตัวอย่าง

การคัดเลือกตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้ตัวอย่างจากโรงพยาบาลยางชุมน้อยที่เป็นผู้ป่วยในเขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการศึกษามูลย้อนหลังจากบันทึกการตรวจหรือจากระบบคอมพิวเตอร์ และขอความเห็นจากแพทย์ผู้รักษาถึงความสามารถในการเข้าร่วมการศึกษาของตัวอย่างแต่ละคน แล้วทำการสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาของผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษา หลังจากนั้นจึงทำการติดต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาต้องได้รับการอธิบายข้อมูล การขอความร่วมมือด้านต่างๆ โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับสำเนาข้อควรระวังของแบบฝึกหัดส่วนบุคคลเพื่อป้องกันข้อมูลสุขภาพ แบบฝึกหัดความรู้ทั่วไปส่วนบุคคลที่ได้รับลายเซ็นจากผู้ป่วย และหลังจากนั้นคืออนุญาตในการใช้และการเปิดเผยข้อมูลต่อวัตถุประสงค์การวิจัยที่ได้รับลายเซ็นจากผู้ป่วย จากนั้นคือการนัดหมายเพื่อทำการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ต้องมีการบันทึกร่องรอยสาเหตุของการไม่ขอเข้าร่วมการศึกษาไว้ด้วย

3.2.2.4 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รายชื่อของผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดแล้ว จะทำการเรียงลำดับรายชื่อรวมกัน ก-ฮ ทั้งหมดทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 303 คน เรียงลำดับรายชื่อตามรายชื่อ 1-8 สลับไปเรื่อยๆ จนครบทั้ง 303 คน หลังจากนั้นจะทำการแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการเลือกกลุ่มทดลองก่อน โดยการทำฉลากหมายเลข 1 ถึง 8 ในภาชนะปิดสนิท แล้วทำการหยิบหมายเลขครั้งแรก หากได้หมายเลขใด ให้ตัวเลขรายชื่อนั้นเป็นกลุ่มทดลอง และทำการหยิบหมายเลขครั้งที่สอง หากได้หมายเลขใด ให้ตัวเลขรายชื่อนั้นเป็นกลุ่มควบคุม ทำการหยิบหมายเลขครั้งที่

สาม ให้ตัวเลขรายชื่อนั้นเรียงตามลำดับอักษรเป็นตัวอย่างสำรองของกลุ่มทดลอง และทำการหยิบหมายเลขครั้งที่สี่ ให้ตัวเลขรายชื่อนั้นเรียงตามลำดับอักษรเป็นตัวอย่างสำรองของกลุ่มควบคุม

3.2.2.5 ขนาดตัวอย่าง ตามแผนการได้กำหนดขนาดตัวอย่างไว้ 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุมอีก 35 คน (Lemeshow, 1990) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ $\pm 5\%$

3.3 ตัวแปรในการวิจัย

3.3.1 ตัวแปรอิสระ

3.3.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

3.3.1.2 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy)

- 1) ความสำเร็จเชิงประสบการณ์ (Mastery Experiences)
- 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling)
- 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)
- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

3.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

3.3.2.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

3.3.2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

- 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)
- 2) การออกกำลังกาย (Physical activity)
- 3) โภชนาการ (Nutrition)
- 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)
- 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)
- 6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

3.3.2.3 ระดับความดันโลหิต

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.4.1 การสร้างเครื่องมือ

3.4.1.1 รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา

3.4.1.2 กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุมในเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับความสามารถในตนเอง และระดับความดันโลหิต

3.4.1.3 การรวบรวมเครื่องมือจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.4 ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงในเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไข

3.4.1.5 การปรับใช้เครื่องมือวัด เพื่อให้เครื่องมือที่ได้จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีความเหมาะสมกับพื้นที่ที่วิจัย โดยดำเนินการดังนี้

- 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน
- 2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ ในพื้นที่นอกเขตตำบลที่ทำการทดลอง จำนวน 30 คน
- 3) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) นำแบบสอบถามที่ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7 ขึ้นไปใช้ในการเก็บข้อมูล

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.2.1 การทดลองนี้ใช้เครื่องมือในการทดลอง ดังต่อไปนี้

- 1) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 2006) มีการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน
- 2) คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง
- 3) สมุดประจำตัว
- 4) แผ่นซีดีบันทึกการสอนเต้นท่ากายบริหาร
- 5) เครื่องคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊คพร้อมจอโปรเจกเตอร์ จำนวน 1 ชุด
- 6) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ

3.4.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดความดันโลหิต

การวัดระดับความดันโลหิตจะเริ่มวัดที่ค่ามาตรฐานก่อนเริ่มการทดลอง โดยใช้เครื่องวัดสเปกโอมมาโนมิเตอร์แบบปรอท มีปลอกสวมแขน วัดตามแนวทางของ American Heart Association หรือ AHA (Prisant and other, 1995) กลุ่มทดลองนั่งที่เก้าอี้มีพิงหลัง วางแขนได้สะดวก มีโต๊ะสำหรับวางเครื่องวัดและปลอกสวมแขน เมื่อทำการวัดให้สวมปลอกสวมแขนอยู่เหนือศอก 2 ซม. ใช้แขนข้างซ้ายในการตรวจวัดทุกครั้ง เมื่อทำการวัดความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (MAP) ทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ใช้วิธีการเสียงแรกที่ได้ยินเป็นตำแหน่งการบันทึกของระดับความดันซิสโตลิก (SBP) ตำแหน่งเสียงที่ขาดหายไปคือตำแหน่งการบันทึกของระดับความดันไดแอสโตลิก (DBP) ทำการวัดทั้งหมด 2 ครั้งระยะเวลาห่างกันที่ 2 นาที หากการวัดครั้งที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างกับครั้งแรกเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการวัดครั้งที่ 3 ซ้ำ โดยระยะเวลาห่างที่ระดับความดันโลหิตสุดท้ายที่ใช้คือค่าเฉลี่ย (McGhee & Bridges, 2002)

- 2) แบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนประกอบคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ การใช้ยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยจะมีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์นี้ให้แล้วเสร็จก่อนเริ่มทำการทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบวัดความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของชีร์เรอร์และคณะ (Sherer et al.,1982) โดยใช้เฉพาะแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป มีทั้งหมด 17 รายการ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบเพื่อประเมินถึงระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการกระทำกิจกรรมโดยทั่วไป ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาจะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินในแต่ละข้อความ ผู้ตอบจะเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบมีตัวเลือกทั้งหมด 4 ตัวเลือก ได้แก่ ตัวเลือกเห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นค่อนข้างมาก เฉยๆหรือไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้นไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ ตามลำดับ

การให้คะแนนแบบวัดความรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จึงมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ คือ หากเป็นข้อความทางบวกจะมีตัวเลือกเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆหรือไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ซึ่งจะมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4-1 ตามลำดับ ในส่วนของข้อความเชิงลบ ค่าคะแนนจะเป็น 1-4 ตามลำดับ

แบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วยข้อความทั้งหมด 17 รายการ จะมีการแบ่ง 7 รายการเป็นข้อความเชิงบวก คือ คำถามข้อ 1 , 3 , 8 , 9 , 10 , 13 และ 15 และมี 10 รายการเป็นข้อความเชิงลบ คือ คำถามข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 16 และ 17

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-68 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับการแปลผล โดยการพิจารณาแบ่งระดับคะแนนจากวิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวออกเป็น 3 ช่วงคะแนน (ชาตรี แมตลี, 2549) คือ ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำจะมีค่าคะแนนที่ 0-22 คะแนน ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางจะมีค่าคะแนนที่ 23-45 คะแนน และผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง จะมีค่าคะแนนที่ 46-68 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีทั้งสิ้น 43 รายการ โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการออกกำลังกายมีข้อความด้านละ 7 ข้อ ด้านโภชนาการมีข้อความ 5 ข้อ ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ มีข้อความ 12 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดมีข้อความ 5 ข้อ ตามลำดับ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ซึ่งลักษณะของคำตอบ คือ ตัวเลือกปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้ง ตัวเลือกปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือปฏิบัติเป็นส่วนมาก (ปฏิบัติ 4-6 วัน ใน 1 สัปดาห์) ตัวเลือกปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นบางครั้งท่านปฏิบัติ บางครั้งไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์) และตัวเลือกไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านไม่ปฏิบัติเลย

สำหรับเกณฑ์ในการให้คะแนนตัวเลือกในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จึงมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ คือ หากเป็นข้อความเชิงบวกจะมีตัวเลือกปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งจะมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ในส่วนของข้อความเชิงลบ จะมีตัวเลือกเช่นเดียวกัน หากแต่เกณฑ์การให้คะแนนจะเป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

แบบสัมภาษณ์ในส่วนนี้มีทั้งหมด 43 รายการ จะมีการแบ่ง 42 รายการเป็นข้อความทางบวก คือ คำถามข้อ 1 ถึงข้อ 43 และมี 1 รายการเป็นข้อความทางลบ คือ คำถามข้อ 26

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-172 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จะมีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นน้อยกว่า 103.2 คะแนน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 คิดเป็นค่าคะแนน 103.3-137.5 คะแนน และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป คิดเป็นค่าคะแนน 137.6-172 คะแนน

3.5 การทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การฝึกผู้เก็บข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูล ใช้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ 3 คนในการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนในการใช้เครื่องมือในการวัดผล วิธีการและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ผู้เก็บข้อมูลต้องได้รับฟังการบรรยายวิธีการสัมภาษณ์เบื้องต้น เช่น ทักษะการสื่อสาร บุคลิกท่าทางรวมทั้งการแต่งกาย (Collin, Given and King, 1988) การทำความเข้าใจในแบบสอบถาม วิธีการใช้แบบสอบถาม ผู้เก็บข้อมูลทั้ง 3 คน ต้องได้รับการฝึกเพื่อวัดระดับความดันโลหิต ตามแบบของ AHA เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน

3.5.2 ผู้บรรยายให้ความรู้

ทีมผู้บรรยายให้ความรู้เพื่อฝึกหัดตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้บรรยายต้องมีคู่มือการปฏิบัติตน ผู้บรรยายต้องได้รับการศึกษาตามขั้นตอนโดยละเอียด ในขั้นตอนของการให้สุศึกษาแก่กลุ่มทดลอง ในแต่ละคอร์สจะประกอบไปด้วยวิธีการสอนที่เหมือนกันในเรื่องการป้องกัน การคัดกรอง การประเมิน และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (NHLBI, 1997) ผู้บรรยายแต่ละคนจะต้องมีลำดับการสอนที่เหมือนกันในเรื่องพฤติกรรม 4 ด้าน คือ การรับประทานยาควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และวิธีการลดระดับความเครียด โดยมีการใช้ตัวแบบที่ดี การเล่าประสบการณ์บุคคลอื่นที่ดี การพูดชักจูงใจและการกระตุ้นทางอารมณ์ โครงสร้างของโปรแกรมทั้งหมดอยู่บนฐานความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

3.5.3 ขั้นตอนการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถในตนเอง

3.5.3.1 สัปดาห์ที่ 1 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง, ซีแจ้งวัตถุประสงค์

3.5.3.2 สัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมเช่นเดียวกัน ดังนี้

1) ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง วิธีควบคุมความดันโลหิตด้วยการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกวิถีออกกำลังกายและการลดความเครียดด้วยการฝึกลมหายใจ

2) การชื่นชมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ให้กำลังใจผู้ที่ยังทำไม่ได้

3) นำตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีมาเล่าประสบการณ์

4) ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองที่สำเร็จ เล่าถึงปัญหาอุปสรรค

5) การออกกำลังกายร่วมกันด้วยการประยุกต์ท่ากฤษีติดตน

6) การตั้งเป้าหมายครั้งต่อไปของตนเองและกลุ่ม การนัดหมายครั้งต่อไป

3.5.3.3 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ เก็บข้อมูลหลังการทดลอง กิจกรรมอำลา

3.5.3.4 สัปดาห์ที่ 8 การเก็บข้อมูลหลังการทดลองผ่านไป 4 สัปดาห์

3.6. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามเรื่องทั่วไปใช้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่าการแจกแจงแบบปกติจะมีการวิเคราะห์โดยสถิติทดสอบค่าที (t-test) และไค-สแควร์ (Chi-Square test) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ เปอร์เซนต์ ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่าฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในส่วนของการเปรียบเทียบค่าตัวแปรจากคำถามการวิจัย จะใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Interferential Statistic) จะมีการทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล ผลการตรวจสอบข้อมูลยอมรับว่าเป็นการแจกแจงปกติตามข้อตกลงแล้วจึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ทดสอบ และสถิติเปรียบเทียบของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ทดสอบ

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

1. การใช้หลักเอกลิทธิ (Autonomy) หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและควมมีอิสระในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย การยินยอมร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง

2. การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่า การเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ประการใด จะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการศึกษา

สามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบสัมภาษณ์และรายงานผลการศึกษา

3. งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอวังน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม จำนวน 70 คน แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ทำการวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย
2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย
3. ผลการวิจัยและการอภิปราย

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการสื่อความหมายของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอ ดังนี้

n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ย
SD	แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\bar{d}$	แทน ผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ย
$p - value$	แทน ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้นำเสนอต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.3 ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอชุมพลน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 70 คน ทั้งหมด สามารถ เข้าร่วมโปรแกรมทดลองได้ครบทุกกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์

ตาราง 4.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n=35)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	22.9	12	34.3
หญิง	27	77.1	23	65.7
อายุ (ปี)				
51 – 60	6	17.1	3	8.6
61 – 70	13	37.1	20	57.1
71-80	14	40.0	11	31.4
> 80	2	5.7	1	2.9
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	2.9	0	0
ประถมศึกษา	32	91.4	34	97.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	1	2.9
ปริญญาตรี	2	5.7	0	0
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	6	17.1	0	0
เกษตรกร	25	71.4	35	100.0
รับจ้าง	2	5.7	0	0

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการบำนาญ	2	5.7	0	0
รายได้ (บาท)				
ไม่มีรายได้	1	2.9	2	5.7
ต่ำกว่า 5,000	29	82.9	33	94.3
5,001-10,000	3	8.6	0	0
10,000-15,000	1	2.9	0	0
มากกว่า 20,001 ขึ้นไป	1	2.9	0	0
11-15	5	14.3	9	25.7
16-20	7	20.0	5	14.3
มากกว่า 20	1	2.9	1	2.9
โรคประจำตัวอื่นๆ				
มี	8	22.9	6	17.1
ไม่มี	27	77.1	29	82.9
ยาอื่นๆที่รับประทาน				
มี	7	20.0	5	14.3
ไม่มี	28	80.0	30	85.7
ประวัติการสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	1	2.9	2	5.7
ไม่สูบบุหรี่	34	97.1	33	94.3
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่มสุรา	34	97.1	32	91.4
ดื่มเป็นบางครั้ง	1	2.9	3	8.6
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงใช่หรือไม่				
ใช่	15	42.9	10	28.6
ไม่ใช่	20	57.1	25	71.4

จากตาราง 4.1 พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.1) เพศชาย มีอายุระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอายุระหว่าง 61 – 70 ปี (ร้อยละ 37.1) จบชั้นประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 91.4) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 5.7) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.4) รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 17.1) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 82.9) รองลงมาคือ มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 8.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 71.4) แต่พักอาศัยอยู่กับลูก/หลาน (ร้อยละ 91.4) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 22.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.1) ไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกจากยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 80) มีประวัติไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.1) มีประวัติไม่ดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ มีประวัติการดื่มสุราเป็นบางครั้ง ร้อยละ 2.9 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57.1)

ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.7) มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 57.1) รองลงมาอายุระหว่าง 71 – 80 ปี (ร้อยละ 31.40) จบชั้นประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 97.1) รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 2.9) ทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท/เดือน (ร้อยละ 94.3) รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 5.7) ไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 80.0) แต่พักอาศัยอยู่กับลูก/หลาน (ร้อยละ 94.3) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี เท่ากับ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 28.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 82.9) ไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกจากยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 85.7) มีประวัติไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.3) ส่วนใหญ่มีประวัติไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 91.4) รองลงมาคือ มีประวัติการดื่มสุราเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 8.6) และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71.4)

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรที่ไม่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากความดันโลหิตสูง การไม่รับประทานยาอื่นร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนของด้านรายได้ พบว่ามีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองมีรายได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 82.9) รองลงมาคือ มีรายได้ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 8.6) ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 82.9) รองลงมา คือ ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 5.7)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองของตัวอย่าง โดยการจัดระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-68 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับการแปลผล โดยการพิจารณาแบ่งระดับคะแนน

จากวิธีการคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น โดยแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวออกเป็น 3 ช่วงคะแนน คือ ผู้ที่มีความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำจะมีค่าคะแนนที่ 0-22 คะแนน ผู้ที่มีความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางจะมีค่าคะแนนที่ 23-45 คะแนน และผู้ที่มีความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง จะมีค่าคะแนนที่ 46-68 คะแนน ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-22 คะแนน)	0	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (23-45 คะแนน)	22 (62.9)	11 (31.4)	22 (62.9)	27 (77.1)	34 (97.1)
ระดับสูง (46-68 คะแนน)	13 (37.1)	24 (68.6)	13 (37.1)	8 (22.9)	1 (2.9)

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 37.1) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 68.6) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.4) หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 62.9) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 37.1) ส่วนในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.1) รองลงมา คือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 22.9) หลังการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 2.9)

ตาราง 4.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	45.54	6.02			
หลังทดลอง	48.46	6.18	2.92	0.13 ถึง 5.70	0.041*

ตาราง 4.3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI	p-value
หลังทดลอง	48.46	6.18	4.09	2.33 ถึง 6.42	<0.001*
หลังทดลอง 1 เดือน	44.09	2.33			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	42.57	3.35	1.06	0.29 ถึง 2.41	0.121
หลังทดลอง	41.51	2.73			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.3 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนหลังทดลอง 4 สัปดาห์ น้อยกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความแตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 35$)

ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	45.54	6.021	3.22	0.092 ถึง 4.663	0.059
กลุ่มควบคุม	43.26	3.665			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48.46	6.180	7.20	4.663 ถึง 9.226	<0.001*
กลุ่มควบคุม	41.26	3.665			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.4 หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-172 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จะมีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นคะแนนน้อยกว่า 103.2 คะแนน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 คิดเป็นค่าคะแนน 103.3-137.5 คะแนน และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป คิดเป็นค่าคะแนน 137.6-172 คะแนน ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ระดับคะแนน พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	หลังทดลอง	ก่อน	หลัง
	ทดลอง	ทดลอง	4 สัปดาห์	ทดลอง	ทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า ร้อยละ 60)	11 (31.4)	0	0	0	0
ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	13 (37.1)	2 (5.7)	33 (94.3)	35 (100)	35 (100)
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	11 (31.4)	33 (94.3)	2 (5.7)	0	0

จากตาราง 4.5 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ ระดับไม่ดีและระดับดี (ร้อยละ 31.4) หลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี (ร้อยละ 94.3) รองลงมาคือ ระดับพอใช้ (ร้อยละ 5.7) และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ (ร้อยละ 94.3) รองลงมาคือ ระดับดี (ร้อยละ 5.7) ส่วนในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองทั้งหมดมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ (ร้อยละ 100)

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	121.03	28.97	28.83	18.83 ถึง 38.82	<0.001*
หลังทดลอง	149.86	10.29			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์	129.94	4.97	29.94	16.35 ถึง 23.47	<0.001*
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	125.60	6.50	0.69	1.80 ถึง 3.17	0.579
หลังทดลอง	126.29	4.26			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.6 กลุ่มทดลอง หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลดลงน้อยกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภายในกลุ่มควบคุม หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	121.03	28.969	4.57	5.442 ถึง 14.585	0.366
กลุ่มควบคุม	125.60	6.495			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	149.86	10.285	23.571	19.817 ถึง 27.326	<0.001*
กลุ่มควบคุม	126.29	4.269			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.7 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดระดับความรุนแรงของความดันโลหิต คือ ค่าความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 120 mmHg ถือว่าเป็นระดับปกติ ค่าความดัน 120-139 mmHg ถือว่าสูงเล็กน้อย ค่าความดัน 140-159 mmHg ถือว่าสูงปานกลางและค่าความดันสูงกว่า 160 mmHg ถือว่ามีระดับสูงมาก ในส่วนของค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 80 mmHg ถือว่าเป็นระดับปกติ ค่าความดัน 80-89 mmHg ถือว่าสูงเล็กน้อย ค่าความดัน 90-99 mmHg ถือว่าสูงปานกลางและค่าความดันสูงกว่า 100 mmHg ถือว่ามีระดับสูงมาก ดังตาราง 10 และ 11

ตาราง 4.8 เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 35$)

ระดับความดันโลหิตตัวบน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับปกติ (ต่ำกว่า 120 mmHg)	5 (14.3)	32 (91.4)	14 (40.0)	8 (22.9)
สูงเล็กน้อย (120-139 mmHg)	14 (40.0)	3 (8.6)	2 (5.7)	3 (8.6)
สูงปานกลาง (140-159 mmHg)	14 (40.0)	0	15 (42.9)	21 (60.0)
ระดับสูงมาก (สูงกว่า 160 mmHg)	2 (5.7)	0	4 (11.4)	3 (8.60)

จากตาราง 4.8 ก่อนการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ในระดับสูงปานกลางและสูงเล็กน้อย (ร้อยละ 40.00) และหลังทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าความดันตัวบนอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 91.40) ในส่วนของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลองมีค่าความดันตัวบนอยู่ในระดับสูงปานกลาง (ร้อยละ 42.90 และ 60.00 ตามลำดับ)

ตาราง 4.9 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

ระดับความดัน โลหิตตัวล่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับปกติ (ต่ำกว่า 80 mmHg)	30 (85.7)	34 (97.1)	13 (37.1)	9 (25.7)
สูงเล็กน้อย (80-89 mmHg)	1 (2.9)	0	7 (20.0)	7 (20.0)
สูงปานกลาง (90-99 mmHg)	2 (5.7)	1 (2.90)	13 (7.4)	18 (51.4)
ระดับสูงมาก (สูงกว่า 100 mmHg)	2 (5.7)	0	2 (5.7)	1 (2.9)

จากตาราง 4.9 ในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 85.70 และ 97.10 ตามลำดับ) ในส่วนของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในระดับปกติและสูงปานกลาง (ร้อยละ 37.10) หลังทดลองมีค่าความดันตัวล่างอยู่ในระดับสูงปานกลาง (ร้อยละ 51.40)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ สามารถสรุปผลการทดลอง ตามหัวข้อ คือ ความมุ่งหมายของการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลอง หลังทดลองและอีก 4 สัปดาห์หลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.2 สรุปผล

5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบวัดความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) ของเชียร์และคณะ (Sherer and other, 1982) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.799

5.2.2 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 40.0 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 91.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.4 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท/เดือน ร้อยละ 82.9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.1 ไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกจากยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 80 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.1 มีประวัติไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 97.1 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.1

ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 57.1 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 97.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 94.3 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี เท่ากับ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี คือ ร้อยละ 28.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.9 ไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกจากยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 85.7 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.3 มีประวัติไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 91.4 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.4

สรุปผลการทดสอบข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากความดันโลหิตสูง การไม่ได้รับประทานยาอื่นร่วมกับยาลดความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิต ในส่วนของด้านรายได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2.3 ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจากผู้วิจัยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน รวมทั้ง ผลของโปรแกรมที่มีต่อระดับความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่าง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในระดับปกติเพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การนำตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีมาเล่าประสบการณ์ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ทำ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างแท้จริง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ หลังการทดลองเสร็จสิ้น กลับพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มควบคุมลดลงน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 อภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ โปรแกรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วยการรับรู้และการปฏิบัติซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรมต่างๆ โดยกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น คือ ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง วิธีควบคุมความดัน โลหิตด้วยการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกวิธีออกกำลังกายและการลดความเครียดด้วยการนั่งสมาธิฝึกลมหายใจ การชื่นชมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ให้กำลังใจผู้ที่ยังทำไม่ได้ การนำตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีมาเล่าประสบการณ์ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองที่สำเร็จ การให้แต่ละคนได้เล่าถึงปัญหาอุปสรรคของตนเอง การออกกำลังกายร่วมกันด้วยการประยุกต์ท่าฤๅษีดัดตน รวมทั้งการตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งของตนเองและของกลุ่ม ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงมีผลในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์แล้วกลับพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงเช่นเดิม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไม่สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร หากแต่มีผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่า 4 สัปดาห์ เท่านั้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเกิดความคาดหวังในตนเองรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าสามารถทำได้และถ้าทำได้ถูกต้องจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาตนเองได้ ทำให้ระดับความดันโลหิตของตนเองลดลงได้ สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นได้และทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และเป็นไปตามสมมติฐานทุกประการ ยกเว้นสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาล มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง มีปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมที่ยากต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาพรพนิต ปวงนิม (2552) ศึกษาผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของทรัพย์ทรวง จอมพงษ์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพะเยา ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของชาติรี แมตลี (2549) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพร่ พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีความคาดหวังความสามารถในตนเองดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงดียิ่งขึ้น ส่งผลให้

ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาริรัตน์ ตโนภาส (2539) ศึกษาในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเฉพาะกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา พบว่า หลังการศึกษา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.4 ข้อเสนอแนะ

ในหัวข้อการเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อเสนอแนะในการนำผลของการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลของการวิจัยไปใช้

5.4.1.1 การนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มาใช้เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองและเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเพื่อให้ลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการเตรียมกลุ่มผู้ป่วยให้ทราบแนวคิด วัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเต็มใจ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยซักถามกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโดยตรง ควรทำงานเป็นทีมอย่างพร้อมเพรียง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว โภชนากร นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่มาร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก

5.4.1.2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น สามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมโดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกภายใต้ความครอบคลุมของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย เช่น เมื่อมีการจัดงานเทศกาลขึ้นระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองควรที่จะต้องตกลงกันถึงการเปลี่ยนแปลงสถานที่จัดกิจกรรมเพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

5.4.1.3 ควรมีการนัดกลุ่มเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

5.4.1.4 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นไปพัฒนาต่อยอดเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนน้อยอย่างครอบคลุม และขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆต่อไป

5.4.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้านความรู้สึก ทำที่ เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมความดันโลหิต ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการที่จัดให้

5.4.2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดแล้วทุกสัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าประสิทธิผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้นานเท่าใด เมื่อเวลาผ่านไปเท่าใดแล้วจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่นเดิม และควรมีการศึกษาให้ครบถ้วนทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต โดยทำการทดลองอย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.4.2.3 ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมตามตารางเวลาให้เหมาะสม ไม่ควรจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่ซ้อนทับกับกิจกรรมสำคัญต่างๆ ในชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเวลา สถานที่ อาจส่งผลต่อการวิจัยให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา พิระเวชและวิวรรณ วิวัฒน์กุล (2546) Risk factors for stroke in Thai patients. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 86(2), เลข 291-298.
- เกษม วัฒนชัย (2532) *การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2532) *ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริญช จินารัตน์ (2552) *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดใต้ จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดใต้ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี.
- เตือนใจ หมวกแก้ว (2540) *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร (2543) *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และ ความดันโลหิตของสตรีสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิคม มูลเมือง (2541) *แนวคิดก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ*. ชลบุรี: สำนักพิมพ์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา พันธุเวชและธิดารัตน์ อภิญา (2554) *ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2555 : คู่มือโรคและภัยสุขภาพสำหรับสื่อมวลชน*. กลุ่มพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- บุญชัย ตั้งสง่าศักดิ์ศรี (2550) *รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 1(3-5), 311-317, ตุลาคม-ธันวาคม.
- บุญญสิทธิ์ วรจันทร์ (2530) *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1*. กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเทือง อีร์พัฒน์พงศ์ (2546) *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในการควบคุมความดันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสมัย จันทวิมล (2541) *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ (2549) *Meta Phoojaroenchnachai, Surachai Saravich. Hypertention study among attendants at the Board of Investment Fair 2000*. จพสท: 89 (ฉบับเสริม 5).
- ราชบัณฑิตยสถาน (2542) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุค.

- ลัดดาวัลย์ ขานวิฑิตกุล (2538) *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิชัย เอกพลการ (2552) *การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-1552.สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.*
- วิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์ นิยมาศ (2550) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 1(2): 92-98 ; กรกฎาคม-กันยายน(ฉบับเสริม 1).
- วิไลภรณ์ อันฉิม (2545) *การศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม (2542) *การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวิเจ พรีนติ้ง.*
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552) *สรุปรายงานการป่วย ปี 2552. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2554) *รายงานอัตราการเจ็บป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มโรคพื้นที่ จ.ศรีสะเกษ 2554. กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.*
- สุรพันธ์ สิทธิสุข (2536) *การรักษาความดันโลหิตในระดับต่างๆ: เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. โครงการตำรา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2541) *ตำราโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.*
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2544) ยาที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูง. *วารสารหมอชาวบ้าน*, 23(271), 20-21, พฤศจิกายน.
- อำพล จินดาวัฒนะ (2546) ส่งเสริมสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 26(2), 11-17.
- Bandura, A (1997) *The nature and structure of self-efficacy, sources of self-efficacy. In A. Bandura, Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A (1986) *Social foundation of thought and Action. A Social Cognitive Theory.* United States of America: Printice-Hall.
- Beland, L.Irene and Joyecy Passos (1985) Clinical Nursing : Pathophysiological. Approach. *The primary prevention of high blood pressure: a population approach. Prev Med.* 14, 446-481.
- Cargill, J (1992) Medication compliance in elderly people: influencing variables and interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 422-426.
- Collin, C., B.Given, C.Given and S. King (1988) Interviewer training and supervision. *Nursing Research*, 37(2), 122-124.

- Crown, D. and D.Marlowe (1960). A new scale of social desirability independent of pathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Gillum, Richard F. et.a. (1982) "Indices of obesity and blood pressure in young men follows 32 years." *J Chron Dis*, 35, 211-219, March.
- Green, L. W., and M. W.Kreuter (1991). Health promotion planning: *An education and environment approach*. 2nded. Mountain View, CA: Mayfield.
- Griffin,L.S. and J. L.Kee (1986) Primary hypertension : Suggestion for preventive approach. *Fam community Health*, 8, 56-67.
- Houston, Mack C. (1994) Sodium and Hypertention. *Arch Intern Med.*, 20, 179-185.
- Kannel,William B.et al. (1978) Epidemiologic Assessment of The Role of Blood Pressure in Stroke : The Framingham Study. *The Journal of the American Medical Association*, 214, 301-310.
- Kaplan, Berton H., Cassel, Hohn C. and Gorer, Susan. (1987). Social support and health. *Med Care*, 15, 47-58.
- McGhee, B. & Bridges, E. (2002) Monitoring arterial blood pressure: what you may not know. *Critical Care Nurse*, 22(2),60-78.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (1997) The sixth report of the joint committee on the prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2413-2446.
- Pender, N., C. Murdaugh and M.Parsons (2006) *Health Promotion in Nursing Practice*. 4thEd. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Prisant, L., B.Alpert, C.Robbins, A.Berson, M Hayes, M.Cohenl and S.Shaps, (1995). American national standard for nonautomated sphygmomanometers:: summary report. *Hypertension Journal of the American Heart Association*, 8, 210-213.
- Ready, Timothy (1985) Anthropology and the study of chronic disease: adolescent blood pressure in Corpus Christi. *Texas. Soc Sel Med*, 21. 443-450.
- Sauder, J.B., D.G.Bervers and A.paton (1984) Alcohol induce hypertension. *Lancet*, 2, Sep, 653-656.
- Sherer, M., J.Maddux, B.Mercandante, S.Prentice-Dunn, B.Jacobs and R. Rogers (1982) The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Report*, 51, 663-902.
- Walker, S., K.Sechrist and N.Pender (2001) The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- World Health Organization and the International Society of Hypertension. (1983). *Guidelines for the management of mild hypertension*, 5, 844-851.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ 0530.18/ ว 698



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

26 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางเอี่ยมพร เมฆวัฒนาการ

ด้วย นางสาวจิตติพร อินทร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตและพัฒนาการศึกษา

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบริการวิชาการ ระดับบัณฑิตศึกษา

โทร./โทรสาร 0-4375-4353



ที่ ศธ 0530.18/ ว 698

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

26 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางสาวบังอร เหล่าเสถียรกิจ

ด้วย นางสาวจิตติพร อินสร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามเรียง จังหวัดศรีสะเกษ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตและพัฒนา นิสิต

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบริการวิชาการ ระดับบัณฑิตศึกษา

โทร./โทรสาร 0-4375-4353

ที่ ศธ 0530.18/ ว 699



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

26 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม

ด้วย นางสาวจิตติพร อินสร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตและพัฒนา
วิชาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบริการวิชาการ ระดับบัณฑิตศึกษา
โทร./โทรสาร 0-4375-4353

ที่ ศธ 0530.18/ ว 728



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

26 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขะ

ด้วย นางสาวจิตติพร อินสร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามเรียง จังหวัดศรีสะเกษ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวจิตติพร อินสร ทดลองใช้เครื่องมือกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 30 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตและพัฒนา
รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบริการวิชาการ ระดับบัณฑิตศึกษา
โทร./โทรสาร 0-4375-4353



ที่ ศธ 0530.18/ ว 729

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

26 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย

ด้วย นางสาวฐิติพร อินสร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวฐิติพร อินสร เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 70 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)

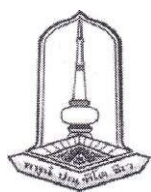
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตและพัฒนาการศึกษา

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบริการวิชาการ ระดับบัณฑิตศึกษา

โทร./โทรสาร 0-4375-4353

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0080 / 2555

ชื่อโครงการวิจัย : ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิตติพร อินสร

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทพา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 30 / มีนาคม / 2555

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป
- 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. คำตอบที่เป็นจริงของท่าน จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการลดระดับความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อจะนำไปพิจารณาจัดการบริการได้ตรงกับความต้องการและได้ผลลัพธ์ที่ดี ของจังหวัดศรีสะเกษให้มากที่สุด

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากท่านจะได้เก็บเป็นความลับและไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาวจิตติพร อินทร)

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่อง ☐ และเติมคำในช่องว่าง...หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
4. อาชีพ ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ เกษตรกร ☐ ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย
☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ ☐ ไม่มีรายได้ ☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-15,000 บาท ☐ 15,001-20,000 บาท ☐ มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ท่านพักอาศัยกับใคร
☐ พ่อ/แม่ ☐สามี/ภรรยา ☐ ลูก/หลาน ☐ อื่นๆระบุ.....
7. ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง นาน.....ปี.....เดือน
8. โรคประจำตัวอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
9. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบเอว.....นิ้ว
10. ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ ปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน
11. ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่มสุรา ☐ ดื่มเป็นบางครั้ง ☐ ดื่มเป็นประจำ สัปดาห์ละ.....ครั้ง
12. บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ☐ พ่อ / แม่ ☐ สามี / ภรรยา ☐ ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านพิจารณาข้อความอย่างรอบคอบและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ท่านฟัง การพิจารณาเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก

ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

เฉยๆหรือไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย
1.	เมื่อท่านวางแผนที่จะทำอะไรแล้ว ท่านแน่ใจว่าจะสามารถทำตามทีวางแผนได้				
2.	ปัญหาอย่างหนึ่งของท่านคือ ท่านไม่สามารถลงมือทำงานได้เมื่อควรจะทำ				
3.	ถ้าท่านไม่สามารถทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดได้ ในครั้งแรกท่านจะพยายามทำต่อไปจนกว่าจะสำเร็จ				
4.	หากท่านได้ตั้งใจทำอะไรแล้ว โอกาสที่จะสำเร็จมันมักจะมีย่อยเสมอ				
5.	ท่านมักจะยกเลิกการทำงานก่อนที่จะสำเร็จ				
6.	ท่านจะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ยาก				
7.	หากการทำงานบางอย่างที่ท่านเห็นว่ายุ่งยาก ซ้ำซ้อน ท่านก็จะไม่ทำ				
8.	หากท่านทำงานบางอย่างอยู่แล้วเกิดไม่พอใจกับงานนั้นขึ้นมา แต่ท่านก็ยังคงทำต่อไป				
9.	เมื่อท่านได้ตัดสินใจทำอะไรแล้ว ท่านก็จะตั้งใจทำสิ่งนั้นให้ดี				

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย
10.	หากท่านกำลังพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่ แต่ ยังไม่สำเร็จในครั้งแรก ท่านจะวางมือแล้วจึง กลับมากเรียนรู้อีกครั้ง				
11.	หากท่านพบปัญหาที่ไม่คาดคิดในระหว่างการทำงาน ท่านจะยกเลิกการทำงานนั้นทันที				
12.	ท่านจะไม่เรียนรู้ในสิ่งที่ท่านคิดว่ามันยาก เกินไปสำหรับท่าน				
13.	หากท่านล้มเหลวในการทำงาน ท่านจะ พยายามทำงานให้หนักมากขึ้น				
14.	ท่านมักมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะทำงานได้ สำเร็จ				
15.	ท่านเป็นคนที่มีความมั่นใจในตนเองสูง				
16.	ท่านมักจะยกเลิกการทำอะไรได้ง่ายๆ				
17.	ท่านไม่สามารถรับมือกับปัญหาส่วนใหญ่ที่ เกิดขึ้นในชีวิต				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของท่านขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คำตอบของท่านจะไม่มีผิดหรือถูก ขอให้ท่านพิจารณาอย่างรอบคอบ ให้ท่านตอบคำถามตรงตามพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของท่านเพียงข้อเดียว โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อ มีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือปฏิบัติเป็นส่วนมาก

(ปฏิบัติ 4-6 วัน ใน 1 สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นบางครั้งท่านปฏิบัติบางครั้งไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติ

นานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านไม่ปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
1.	ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้				
2.	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ				
3.	ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ				
4.	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น				
5.	ท่านมักสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่านเอง				
6.	ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย				
7.	ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ				
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
8.	ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ				
9.	ท่านมักติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
10.	ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ได้ดี				
11.	ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
12.	ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง				
13.	ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ				
14.	ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคน ในครอบครัว				
การออกกำลังกาย					
15.	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นาน ครั้งละประมาณ 20 นาที				
16.	ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก				
17.	หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ				
18.	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา				
19.	ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้ พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย				
20.	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออก				
21.	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรง ขึ้น				
โภชนาการ					
22.	ท่านรับประทานผลไม้				
23.	ท่านรับประทานผัก				
24.	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				
25.	ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด				
26.	ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด				
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ					
27.	ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ				
28.	ท่านได้ใช้ชีวิตตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว				
29.	ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่				
30.	ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน				
31.	ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา				
32.	ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
33.	ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
34.	ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน				
35.	ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า				
36.	ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข				
37.	ท่านเตรียมพร้อมที่อาจจะพบความเปลี่ยนแปลงในอนาคต				
38.	ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ				
การจัดการกับความเครียด					
39.	ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
40.	ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้				
41.	ท่านสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีสติ				
42.	เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน				
43.	ท่านปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส				

.....ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือ.....

แบบฟอร์มกรอกข้อมูลผลการวัดความดันโลหิต

ชื่อ-สกุล.....รหัส ID

วันที่..... เวลา.....

B/P 1	B/P 2	B/P 3	B/P ค่าเฉลี่ย

หมายเหตุ : แต่ละครั้งวัดความดันห่างกัน 2 นาที

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างภาพกิจกรรม

1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง วิธีควบคุมความดัน โลหิตด้วยการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกวิธีออกกำลังกายและการลดความเครียดด้วยการฝึกลมหายใจ



2. การชื่นชมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ให้กำลังใจผู้ที่ยังทำไม่ได้



3. นำตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีมาเล่าประสบการณ์



4. ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองที่สำเร็จ เล่าถึงปัญหาอุปสรรค



5. การออกกำลังกายร่วมกันด้วยการประยุกต์ท่าฤๅษีดัดตน



6. การตั้งเป้าหมายครั้งต่อไปของตนเองและกลุ่ม การนัดหมายครั้งต่อไป



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวจิตติพร อินสร
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2526
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2544	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ.2550	ปริญญาเอนิศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ.2555	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	เภสัชกร ระดับ ปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 11/1 หมู่ที่ 8 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000