

การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง
อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมษายน 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง
อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

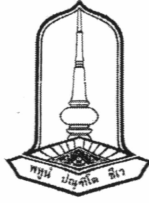
นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมษายน 2558


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



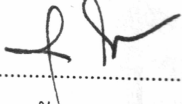


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายนครเศรษฐ์ พูนสุวรรณ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผศ.ดร.วรวพจน์ พรหมสัถยพรต)

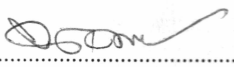
ประธานกรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(ผศ.ดร.สุมีทนา กลางคาร)

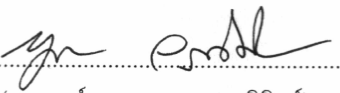
กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)


.....
(อาจารย์ นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง)

กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

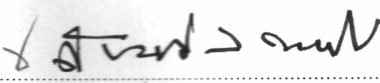

.....
(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอูบล)


กรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)


.....
(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)



คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
Mahasarakham University

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ 30 เดือน 12 พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์นายแพทย์ โกเมนทร์ ทิวทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งประธานและกรรมการสอบทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจทาน แก้ไข สร้างขวัญกำลังใจ และขอขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรแก่ศิษย์ อันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อัศววัฒน์ เพ็ญพวงภักดีตร นายแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปะคำ คุณกอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปะคำ และคุณวรัญญา แปลงดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานควบคุมโรค ไม่ติดต่อโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัยและ ให้คำแนะนำในการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการจัดกิจกรรม ทุกครั้ง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มตัวอย่างบ้านเทพพัฒนา หมู่ 11 ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พร้อมทั้งเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม และตอบแบบสัมภาษณ์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ เพื่อนร่วมงาน พี่น้องชาวสาธารณสุขอำเภอปะคำทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุน ตลอดทั้งเพื่อนนิสิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ รุ่นที่ 10 ศูนย์บุรีรัมย์ทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือทุกด้านระหว่างที่ศึกษาร่วมกัน

ขอขอบพระคุณครอบครัวพูนสุวรรณ ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในครั้งนี้ และ ช่วยเหลือกำลังใจเสมอมาทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นเรศรชฎี พูนสุวรรณ



ชื่อเรื่อง	การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์
ผู้วิจัย	นายนครเศรษฐ์ พูนสุวรรณ
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร และ อาจารย์ นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2558

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากที่สุดโรคหนึ่งของประเทศไทย อัตราอุบัติการณ์ได้เพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการสุขภาพโดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง (P-D-C-A) กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมและการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 35 - 59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 39 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2557 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด หลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตภายหลังการทดลองลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โดยสรุป การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมกับการจัดการสุขภาพโดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง (P-D-C-A) ทำให้กลุ่มเสี่ยงมี การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ในทุกด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; โรคความดันโลหิตสูง



TITLE Health Management for Modifying Health Belief and Behavior to Prevent to Essential Hypertension of Risk Group at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province

AUTHOR Mr. Noraset Phunsuwan

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Asst. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.
Komen Tiewthong, MD, MPPM

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2015

ABSTRACT

Hypertension is one of the most important public health problems of Thailand. Incidence rate has increased constantly. The cause of hypertension is related mostly to health behavior which can be prevented. The purposes of this quasi - experimental researchs is to study health management for modifying health belief and behavior to prevent to Essential Hypertension by applying the health belief model, the Deming cycle (P-D-C-A), group process, participatory instruction, and home visits. The samples consisted of a high risk group aged 35 - 59 years. One group was selected to be the experimental group and the other was selected to be the comparison group with 39 persons. Data were collected using an interview form February to May 2014. The gathered data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t - test and independents t - test.

The results of the study were as follows; after the experiment,an experimental group showed gains in perceptions of susceptibility, severity, benefit and barrier from before the experiment; and indicated more than that of the comparison group at .05 level of significance; after the experiment, an experimental group showed gains in behaviors relating to food consumption, exercise, and reducing stress from before the experiment and indicated more than that of the comparison group at the .05 level of significance; after the experiment, the level of fasting blood pressure of the experimental group was the normal level which decreased from before the experiment and lower than that of the comparison group.

In conclusion, for modifying health belief. The health management applying Deming cycle (P-D-C-A) increase risk group is perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and barriers to care for the better. And appropriate self -care behaviors properly, i.e. food control, exercising, reducing stress, and avoiding unhealthy habits, until they were able to control blood pressure to normal level.

Key Words: Health Management; Health Belief Model; Hypertension



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 สมมุติฐานของการวิจัย	6
1.5 ความสำคัญของการวิจัย	6
1.6 ขอบเขตของการวิจัย	7
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	11
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	11
2.2 พฤติกรรมสุขภาพ	32
2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	33
2.4 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการ	37
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับวงจรคุณภาพของเดมมิง	37
2.6 กระบวนการกลุ่ม	42
2.7 การเรียนรู้และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	48
2.8 การเยี่ยมบ้าน	52
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการวิจัย	65
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	75
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	76
3.6 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล	78



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	79
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
4.2 ลำดับขั้นตอนในเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	79
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	80
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้โอกาส ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	85
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคความรุนแรงของโรค ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง	90
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต สูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	94
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	97
5.2 สรุปผลการวิจัย	98
5.3 อภิปรายผลการวิจัย	98
5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัย	102
เอกสารอ้างอิง	104
ภาคผนวก	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	114
ภาคผนวก ข แบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ	116
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อคำถามรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง	127
ภาคผนวก ง แผนการกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	135
ภาคผนวก จ แบบตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่ม Metabolic	145
ภาคผนวก ฉ คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง	149
ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรม	170
ประวัติย่อผู้วิจัย	174



สารบัญตาราง

	หน้า	
ตาราง 2.1	เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตของสถาบันสุขภาพแห่งชาติอเมริกา	13
ตาราง 2.2	ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายระดับความอ้วนและภาวะเสี่ยงกลุ่มประเทศทาง	23
ตาราง 2.3	การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด	43
ตาราง 4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	81
ตาราง 4.2	จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค ของโรค ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	86
ตาราง 4.3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	87
ตาราง 4.4	จำนวนและร้อยละ ระดับคะแนนของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	88
ตาราง 4.5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	90
ตาราง 4.6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง	91
ตาราง 4.7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงบุหรี่ และ การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง	92
ตาราง 4.8	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	95
ตาราง 4.9	ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง	96
ตาราง ค.1	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	128
ตาราง ค.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	129
ตาราง ค.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	130
ตาราง ค.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	131
ตาราง ค.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมรายด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	132



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค	35
ภาพประกอบ 2.2 วงล้อเดมมิ่ง (Deming Cycle)	38
ภาพประกอบ 2.3 รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม	43
ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	64
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย	65
ภาพประกอบ 3.2 แผนภูมิการทดลอง	66
ภาพประกอบ 3.3 ตัวอย่างแผนภูมิการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	71



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย และจอประสาทตาเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา ในปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคน (Joint Nation Committee, 2003: 2) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคน ในปี ค.ศ.2025 ในทวีปยุโรปพบว่าจากผลการสำรวจการเฝ้าระวังการรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-74 ปี ในปี ค.ศ. 1999 – 2000 โดย National Heart, Lung, Blood Institute มีประชากรที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70 (Joint Nation Committee, 2003: 3) ในทวีปเอเชียประเทศที่มีความชุกของความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ประเทศจีน รองลงมาคือประเทศอินเดียประมาณ 239 และ 196 ล้านคนตามลำดับ (อรนุช พงษ์สมบุญ, 2551)

สถานการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจากรายงานใน พ.ศ.2532 พบเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจหาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจากรายงานผลการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2546 - 2547 พบว่ามีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 23 ในชายและร้อยละ 21 ในหญิงมีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 22.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.17 คิดเป็นจำนวน 18.8 ล้านคนใน พ.ศ.2547 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยของศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อสำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 – 2553 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสะสม (รายใหม่และเก่า) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 1,725,719 ราย ซึ่งมีอัตราความชุกสูงสุด 2,709.06 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ และมีผู้ป่วยสะสมระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2553 จำนวน 1,725,719 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 360,658 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 139,936 ราย อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 446.05 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง 220,722 ราย อัตราอุบัติการณ์ 682.73 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1 : 1.57 ซึ่งจำแนกตามกลุ่มอายุ พบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด 179,386 ราย รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 95,859 ราย กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี จำนวน 55,185 ราย กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี จำนวน 30,228 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2553) รายงานสถิติสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในช่วงระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2550 อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงจาก 29.2 เหลือ 24.4 และ 24.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แต่สถิติการเจ็บป่วยกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับ



บริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิตสูงถึง 10,636,349 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 14,636,349 คน ในปี พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะใน พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 375,600 คน และเพิ่มเป็น 445,300 คน ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ที่กำหนดให้ลดอัตราการตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเหลือไม่เกินร้อยละ 24.27 ของสาเหตุการตายของประชากรไทย (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552: 2) และมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ฟันฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างให้คนไทยมีการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเพื่อลดอัตราการป่วย และอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อเฉพาะ บุคคลผู้ที่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึง ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและ สังคมของประเทศ โดยพบว่าจากการคาดประมาณการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติ (Gross Domestic Product) ของประเทศไทยจากโรคหัวใจ อัมพาต และเบาหวานในปี พ.ศ.2549 ประมาณ 4,200 ล้านบาท จะมีการสูญเสียสะสมเพิ่มถึง 52,150 ล้านบาท ในอีก 10 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2558 แต่ถ้ามีการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวได้จะลดการสูญเสียรายได้ผลผลิต ร้อยละ 10 - 20 จากการสูญเสียทั้งหมด (นิตยา พันธุ์เวทย์ และคณะ, 2553)

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกเป็นสองชนิดคือชนิดทราบสาเหตุและชนิดไม่ทราบสาเหตุโรค ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ นั้น อาจมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดแดง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การผิดปกติของระบบประสาท หรือจากยา และสารเคมี โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เมื่อรักษาสาเหตุของการเกิดโรคแล้วระดับความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติทำให้โรคหายขาดได้ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น กรรมพันธุ์ ความอ้วนการมีน้ำหนักตัวเกิน การรับประทานอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด เนื่องจากธรรมชาติของ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ดังนั้นในระยะแรกจึงไม่ปรากฏอาการให้เห็นหรือ ทราบได้ จึงมีผู้กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นเพศฆาตเงียบ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะไม่ปรากฏอาการของ โรคหรือมีอาการของโรคเป็นเวลาหลายปี ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจเพิ่มขึ้น 3 - 4 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 7 เท่าของผู้ที่มีความดันปกติ หากไม่ได้ รับการรักษาานาน ๆ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต ตา ความดันโลหิตสูงจะทำให้ หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม หรือเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) จะเห็นได้ว่าความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบ อย่างหนึ่งที่กำลังเป็นปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยโดยเฉพาะคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคคลใดที่เริ่ม พบว่าตนเองมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นควรหันมาใส่ใจสุขภาพอย่างใกล้ชิด เนื่องจากโรคความดันโลหิต สูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือ หัวใจตีบ แตก ตัน ซึ่งทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุการตายของ ประชากรไทย อันดับที่ 3 และอันดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุด้วย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2550)



จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อของสำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่า ประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.10 เป็น 19.10 มีภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร²) มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.03 เป็น 3.70 มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ มีความชุกลดลงจากร้อยละ 22.25 เป็น 21.50 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา มีความชุกลดลงจากร้อยละ 37.44 เป็น 36.5 มีการรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ร้อยละ 17.34 และ 22.50 มีการออกกำลังกายครั้งละนานกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30.91 และ 37.50 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2551 มีการสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยกองสุขภาพ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพในเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พะเยา อุบลราชธานี ชัยภูมิ ชัยนาท ปทุมธานี ชุมพร และตรัง พบว่า ร้อยละ 53 เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 70 ไม่สามารถคุมน้ำหนักตัว ได้ ร้อยละ 90 ชอบรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารรสเค็ม ร้อยละ 76 - 86 ชอบรับประทาน ข้าวขาหมู หอยทอด เต็มน้ำตาล และน้ำปลาก่อนชิม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สถาบันแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 7-8) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้แนะนำว่าการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การลดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเป็นวิธีที่สามารถป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบจาก โรคไม่ติดต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 จึงกำหนดนโยบายเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยกำหนดตัวชี้วัด ร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตตามมาตรฐานให้ทุกจังหวัดมีการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูงและโรคหลอดเลือดสมอง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งต้องมีการจัดบริการลดเสี่ยง คือ มีการจัดบริการให้กับประชาชนเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชน การให้ความรู้ และเสริมทักษะชีวิตในการป้องกัน ความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มศักยภาพในการจัดการ ลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งผลต่อ การลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552)

จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดบุรีรัมย์ ใน พ.ศ. 2551 – 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย (ราย) เท่ากับ 25,565, 28,777, 32,632, 34,706, 48,342 ตามลำดับ อัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 1,637.06, 1,818.08, 2,123.99, 2,248.08, 3,110.56 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี พบต่ำสุดในปี 2551 คิดเป็น 1,637.06 ต่อประชากรแสนคน (25,565 ราย) สูงสุดใน พ.ศ. 2554 คิดเป็น 3,110.56 ต่อประชากรแสนคน (48,342 ราย) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1,637.06 ต่อประชากรแสนคน (25,565 ราย) ปี พ.ศ. 2551 เป็น 3,110.56 ต่อประชากรแสนคน (48,342 ราย) ใน พ.ศ. 2554 ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึง 1.89 เท่า ใน พ.ศ. 2554 ได้ดำเนินการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้ตรวจทั้งหมด 565,674 คน คิดเป็นร้อยละ 93.83 โดยพบกลุ่มระดับความดันโลหิต



120/80 - 139/89 มิลลิเมตรปรอท (เสียงต่อการเป็นโรคและเริ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ อัมพาต เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย (Pre - Hypertension) 108,806 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.23 มีผู้ป่วย รายเก่า 44,919 ราย ในจำนวนนี้พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 4.42 มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 2.31 และพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.20 (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2554) จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 ของจังหวัดบุรีรัมย์ โดยสำนักงานป้องกันโรคที่ 5 พบว่าประชากรในจังหวัดบุรีรัมย์ มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) มีความชุกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 15.2 มีภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร²) มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อย ละ 3.03 เป็นร้อยละ 3.7 มีการสูบบุหรี่เป็นประจำมีความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 23.6 เป็นร้อยละ 25.8 มีการรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 28.3 มีการออกกำลังกายนานกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพียง ร้อยละ 32.7 และ 36.7 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2549 - 2551 เท่ากับ 1,324.18, 1637.06 และ 1,818.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2551)

จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงอำเภอปะคำ ใน พ.ศ. 2551.-.2555 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย(ราย).เท่ากับ 573, 674, 1,127, 1,208, 1,340 ตามลำดับ อัตราป่วยต่อประชากร แสนคนเท่ากับ.1,388.25, 1,577.54, 2,589.13, 2,734.64, 3,016.66 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ใน พ.ศ. 2555 ได้ดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวน 15,043 คน คิดเป็นร้อยละ 99.53 โดยพบกลุ่มระดับ ความดันโลหิต 120/80 - 139/89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - Hypertension) มีโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเริ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจอัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย จำนวน 2,095 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.93 พบมากที่สุดคือตำบลโคกมะม่วง ร้อยละ 28.17 รองลงมาคือตำบลหูกานบ ร้อยละ 25.16 และตำบลไทยเจริญ ร้อยละ 19.27 ตามลำดับ มีผู้ป่วย รายเก่า 1,940 ราย ในจำนวนนี้พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 2.24 มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และหลอดเลือดร้อยละ 1.77 และพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.43 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์, 2555) มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหารรสเค็ม เติมน้ำปลาซีอิ๊ว ร้อยละ 71.29 กินอาหารหวานหรือขนมหวานที่ปรุงด้วย กะทิ ร้อยละ 58.75 ต้มเครื่องดื่มที่รสหวานร้อยละ 35.6 กินอาหารที่ทอด ร้อยละ 74.91 กินผักและ ผลไม้สดน้อยกว่าครึ่งกิโลกรัม ร้อยละ 96.55 กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง ร้อยละ 31.71 เติมน้ำตาลเพิ่ม ร้อยละ 46.2 กินผลไม้หวานจัด ร้อยละ 39.05 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 5.51 พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.51 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.58 มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 34.54 รอบเอวเกิน ร้อยละ 22.34 พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม คือ ขาดการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.24 และจากการใช้ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความเครียด ร้อยละ 54.87 ส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเงินไม่พอใช้จ่ายปัญหาภายในครอบครัวและปัญหาจากการเจ็บป่วยของสมาชิก ในครอบครัว การคลายเครียดส่วนใหญ่จะพูดคุยระบายให้สมาชิกฟังในครอบครัวให้รับทราบ บางครั้งก็ไม่ บอกปล่อยให้ผ่านไปก็จะไม่ทำอะไรดีขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์, 2555) และจากการสัมภาษณ์การรับรู้ของประชาชน เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง



ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคอันตรายร้ายแรงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 80 เรื่องการรับรู้และอุปสรรคในการป้องกันโรค พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ทราบถึงประโยชน์และวิธีปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงของอำเภอปะคำยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง อาหารผัด อาหารทอด ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเน้นจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมลดเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในด้านการให้ความรู้ และเสริมทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันความเสี่ยง และมีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ประชาชนต้องเร่งรีบในการประกอบอาชีพจึงมีเพียงการให้คำแนะนำสั้น ๆ ฉะนั้นหากกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และจิตใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้แล้วยังช่วยสามารถลดภาระค่าใช้จ่าย และช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย

จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าวจะพบว่าอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอปะคำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคให้แก่ประชาชน จึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเพื่อประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มเสี่ยง และได้นำแนวคิดการจัดการแบบวงจรคุณภาพเดมมิง (P-D-C-A) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง มาใช้ในการดำเนินจัดกิจกรรมให้ครบทุกขั้นตอน วงจรคุณภาพเดมมิงเป็นวงจรที่การหมุนเวียนเปลี่ยนไปอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน และได้นำกระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

1.2 คำถามในการวิจัย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับวงจรคุณภาพเดมมิงกระบวนการกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้หรือไม่ อย่างไร



1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

1.4.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

1.5.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1.5.2 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะเดียวกันโดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละชุมชนด้วย



1.6 ขอบเขตของการวิจัย

1.6.1 ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี มีระดับความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 120.-139 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 80.-89 มิลลิเมตรปรอท มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ชอบรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง อาหารผัด อาหารทอด เป็นประจำ ขาดการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง 1 ข้อขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลโคกมะม่วงและตำบลหนองบัว อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเวลา 6 เดือนขึ้นไป

1.6.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35.- 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยอยู่ในเขตตำบลโคกมะม่วงเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และตำบลหนองบัวเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 39 คน อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยวิธีการอาสาสมัคร และกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความช่วยเหลือและร่วมมือตลอดในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

1.6.3 ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2557

1.6.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.6.4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกิจกรรมที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับวงจรคุณภาพเดมมิง และกระบวนการกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.6.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
- 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 5) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.7.2 กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 10, 16-25) หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง ที่มี 3 ปัจจัยเสี่ยงร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง 1 ข้อขึ้นไป ดังต่อไปนี้

1.7.2.1 ประชากร ชาย - หญิง ที่มีอายุ 35-59 ปี

1.7.2.2 มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.7.2.3 มีเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

1.7.2.4 มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²



1.7.2.5 มีระดับความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

1.7.2.6 ชอบรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง อาหารผัด อาหารทอด เป็นประจำ

1.7.2.7 ขาดการออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

1.7.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกถึงความเข้าใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1.7.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากความรู้ที่มี และประสบการณ์เดิมว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ถ้ามีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไขมันสูง เติมน้ำมันปรุงที่เพิ่มความเค็ม การมีภาวะเครียด และการไม่ออกกำลังกาย

1.7.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากความรู้ที่มีและประสบการณ์เดิมว่าโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น หลอดเลือดในสมองแตก ตีบตัน แฉ่ง โป่งพอง หลอดเลือดหัวใจแตก หัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวาย เรตินาเสื่อมทำให้ตาบอด ซึ่งสามารถทำให้ถึงแก่ความตาย พิการ อัมพาต เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

1.7.3.3 การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจที่มีว่าการที่แสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี และเหมาะสมสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ บุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ

1.7.3.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับรู้หรือการคาดคะเนล่วงหน้าในทางลบต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความอาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.7.4 โปรแกรมการจัดการสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง กระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.7.4.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1) ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน เพื่อหากลวิธีในการลดกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2) กลุ่มเสี่ยงและผู้วิจัยร่วมกันวางแผนเพื่อหากลวิธีในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

1.7.4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน (Do)

1) การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

2) ดำเนินการตาม 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การให้ความเข้าใจ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



กิจกรรมที่ 2 การบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 3 การออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยง บุหรี่ สุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กิจกรรมที่ 5 การวางแผน และสรุปหาข้อตกลงร่วมกัน

1.7.4.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) ติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ

1.7.4.4 ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Action) กลุ่มเสี่ยงและผู้วิจัยร่วมสรุปผลการปฏิบัติ ปัญหา และอุปสรรค และร่วมกันจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไขต่อไป

1.7.4.5 การจัดการ หมายถึง กระบวนการจัดการกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (Plan, Do, Check, Act : PDCA) กระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ดีขึ้น

1.7.5 กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การจัดการกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยใช้ขั้นตอนการจัดประสบการณ์เรียนรู้ตามขั้นตอนของมาร์แรม (Marram, 1978) โดยกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ระบุสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยไว้วางใจมีเป้าหมายเดียวกัน 2) ระบุไขปัญหาพร้อมกัน การให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มและ 3) ระบุสิ้นสุดการทำกลุ่ม นำสู่เป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงโดยสมาชิกประเมินสิ่งที่ได้รับการจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1.7.6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการได้รับความรู้และมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และเกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การลดอาหารเค็ม ไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น การงดการเติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสระหว่างรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกะทิ ไขมันสัตว์และรับประทานจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น (Joint Nation Committee, 2003)

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติม จากกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่ เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร โดยการออกกำลังกายนั้นต้องมีความหนัก (มีเหงื่อออกพอสมควร) ความถี่ (ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ความต่อเนื่อง (ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 20 นาที) (Joint Nation Committee, 2003)



3) พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การพูดคุยสนทนากับครอบครัว เพื่อนบ้าน ฯลฯ (อินทิรา ปัทมินทร, 2542)

4) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หมายถึง ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เช่น หลีกเลี่ยงที่จะมีบุหรี่ปิดตัว ไม่รับบุหรี่จากคนอื่น ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่สูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ เป็นต้น (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542)

5) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง อด ละ หรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การดื่มให้น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/วัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศชาย และน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/วัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศหญิง (Joint Nation Committee, 2003: 25-26) การลดจำนวนการดื่ม การปฏิเสธการดื่มจากเพื่อน หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวในรายที่ไม่ดื่ม (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542)

6) การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ หมายถึง การมีพฤติกรรมในการเข้ารับ การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (Joint Nation Committee, 2003: 18)



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการจัดการแบบ PDCA และกระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 พฤติกรรมสุขภาพ (Behavior)
- 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับวงจรคุณภาพของเดมมิง
- 2.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
- 2.7 การเรียนรู้และแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2.8 การเยี่ยมบ้าน
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด พบบ่อยที่สุดในระบบหัวใจและหลอดเลือดอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงคือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสื่อมสลายของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย ไตวาย เป็นต้น เนื่องจากส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงนี้เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ที่รู้ตัวว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมักจะเป็นมากและมีอาการของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นการป้องกันตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อป้องกันการเกิดโรคจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง จึงจะสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ความหมายของความดันโลหิต

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ระดับ คือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด หรือแรงดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง แรงดันโลหิตต่ำสุดหรือแรงดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ตรงกับระยะที่หัวใจหยุดพักการบีบตัว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549: 2)



ความหมายของค่าความดันโลหิตปกติ

ตามเกณฑ์การกำหนดของสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 2) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิด ความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre - Hypertension)

ความหมายของความดันโลหิตสูง

ค่าความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การกำหนดขององค์การอนามัยโลกและสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกามีความสอดคล้องกันคือ หมายถึงผู้ที่มีความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และต้องมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint Nation Committee, 2003: 2; WHO, 1999; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549: 2)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

1. การวินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1999) ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1999) ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงและการประเมินความรุนแรงของโรคดังนี้
 - 1.1. ความดันโลหิตระดับปกติ (Normal) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
 - 1.2. ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Mild Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (Sub Group Borderline Hypertension) มีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 - 94 มิลลิเมตรปรอท
 - 1.3. ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Moderate Hypertension) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท
 - 1.4. ความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ส่วนความดันโลหิตสูงชนิดที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงค่าเดียว (Isolated Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้กำหนดการประเมินความรุนแรงของโรคโลหิตสูงไว้ 3 ระยะ คือ

 - ระยะที่ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะไตเลย
 - ระยะที่ 2 ตรวจพบหัวใจซีกซ้ายโต มีหลอดเลือดแดงของเรตินาแคบลง หรือ มีหน้าที่ของไตเสียปานกลาง



ระยะที่ 3 มีการทำลายของหัวใจ สมองไต และหลอดเลือดหลังลูกตา ดังนั้นประวัติของการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะสามารถบอกได้ว่าอวัยวะใดถูกทำลายบ้างแล้ว

2. การวินิจฉัยตามสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 2)

ตาราง 2.1 เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตของสถาบันสุขภาพแห่งชาติอเมริกา

ค่าความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก		ความดันไดแอสโตลิก
ค่าปกติ	< 120	และ	< 80
Pre-Hypertension	120 - 139	และ	80 - 89
Stage 1 Hypertension	140 - 159	หรือ	90 - 99
Stage 2 Hypertension	≥ 160	หรือ	≥ 100

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำจำกัดความ ตามการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา คือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง คือค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท (Pre-Hypertension)

จำแนกประเภทโดยใช้แยกตามสาเหตุและความรุนแรง

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุ และกลไกการเกิดมากมาย ซึ่งสรุปได้ว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงหลายปัจจัย (สมจิตร์ หนูเจริญกุล, 2545, 134-138; Joint Nation Committee, 2003: 2) ได้แก่

1.1 กรรมพันธุ์มีข้อมูลจากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มว่ามีระดับความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่ระดับความดันโลหิตปกติโดยจะพบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 30 - 60 (จิรพร เกตุ-ปรีชาสวัสดิ์ และคณะ, 2545) ส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จะพบได้มากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากอิทธิพลในระหว่างการตั้งครรภ์ (Kotchen, 1999: 339 - 341) และยังพบว่าเชื้อชาตินั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิต โดยมีการศึกษาคนผิวขาวและผิวดำในเรื่องความแตกต่างในรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตและน้ำหนักตัว พบว่า ในคนผิวดำมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าในคนผิวขาว ซึ่งคาดว่าน่าจะเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวเกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารประเภทโปแตสเซียม และโปรตีน (John & Flack, et al., 1996: 60-66)

1.2 อายุ พบว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ หรือมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเมื่อคนเรามีอายุที่ 55 ปี พบว่ามีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 (Joint Nation Committee, 2003: 2) แสดงให้เห็นว่ายิ่งคนเรามีอายุยืนยาวมากเพียงใดโอกาสที่จะเป็นความดันโลหิตสูงก็ยิ่งเพิ่มขึ้นมากเพียงนั้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พบว่ามีความดันโลหิตสูงทุก 1 ใน 2 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (Whelton, et al., 2002: 1882 - 1888) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงและความสัมพันธ์กับความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าในเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง 6.83 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีการศึกษาเช่นเดียวกันว่าเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิต 4.47 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (วิฑูรย์ สิงห์โล่, 2006:1216-1217)

1.3 การรับประทานเกลือโซเดียม หลักฐานที่แสดงว่าเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตคือ กลุ่มประชากรสูงอายุความดันโลหิตสูงขึ้นตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับในประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้ารับประทานเกลือโซเดียมมากขึ้นก็จะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามไปด้วย ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าให้ลดปริมาณเกลือโซเดียมให้เหลือเพียง 100 มิลลิกรัมต่อวัน (2.4 กรัม โซเดียม/วัน หรือประมาณ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน) จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (Joint Nation Committee, 2003: 7-8) ซึ่งผลจากการศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน พบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในระดับที่เสี่ยงมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงถึง 42.9 เท่า (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 178-182)

1.4 ความอ้วน เป็นปัจจัยทางสรีระที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต คนอ้วนจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 5 - 10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2 - 4 กิโลกรัมก็จะทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ทั้งในคนอ้วนและคนผอม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนและความดันโลหิตสูง พบว่าคนที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี และมีน้ำหนักเกินมีการกระจายของความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่า และในคนอายุระหว่าง 40 - 64 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 19 อ้างอิงจาก Schanieder, Franz & Messerli, 1987: 991-992) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่อ้วนส่วนบนของร่างกาย (รูปร่างแบบแอ๊ปเปิ้ล) หรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอวและบริเวณท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วนส่วนล่างของร่างกาย (รูปร่างแบบลูกแพร์) แม้จะมีน้ำหนักมากเกินหรืออ้วนมาก มักไม่ค่อยเกิดความดันโลหิตสูง จากสาเหตุการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเพียงอย่างเดียว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2004: 218) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ชายที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติ (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร²) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า และปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันนี้ในเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อ



การเกิดความดันโลหิต 1.74 เท่าของคนที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (วิฑูรย์ โสสุนทร, 2006: 1217-1218) รวมทั้งจากการศึกษาภาคตัดขวางในการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 40-59 ปี จำนวน 16,871 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ 20, 25 และ 28 สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ 2.1, 3.3 และ 4.6 เท่า ตามลำดับ (Kawada, 2002: 725-729)

1.5 ภาวะเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2544: 14) เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มปริมาณเลือดที่ฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ดังนั้นการเพิ่มความดันโลหิตและการหดตัวของเส้นเลือดจากความเครียดจึงกลายเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย ถ้าบุคคลใดมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติอยู่แล้ว อาการเหล่านี้จะกลายเป็นเรื้อรังหรือซ้ำเติมให้รุนแรงยิ่งขึ้นจนอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับสมอง เช่น เป็นอัมพาตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ในรายที่มีความดันโลหิตสูงเฉียบพลันจึงมักจะเกิดจากความเครียดทุกครั้งไป จากการศึกษาความเครียดที่มีปฏิริยาต่อระดับความดันโลหิต และทำนายการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยได้ศึกษาความเครียดในภาระหน้าที่ การงาน และกิจกรรมต่าง ๆ ในเพศชาย ทั้งสิ้น 796 คน ที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี และมีการติดตามต่อไป ในอีก 10 ปีต่อมา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตได-แอสโตลิก สามารถทำนายการเกิดความดันโลหิตในอนาคตได้ (Carroll, et al., 2001: 737-743)

1.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในปัจจุบันมีข้อสรุปแน่นอนว่า Alcohol มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงพบร่วมกับการดื่มสุราซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผลของ Alcohol ต่อระดับความดันโลหิต ผลระยะสั้นและผลระยะยาวของการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นประจำสามารถทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542: 11-12) มีการศึกษา พบว่า การดื่มสุราอย่างหนัก จะเพิ่มระดับความดันโลหิตโดยบุคคลที่ดื่ม Ethanol Alcohol ประมาณ 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท กลไกที่ทำให้ ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้นองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือมีการเพิ่มระดับของ Blood Cortisol เพิ่มระดับของCatecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ Renin-Angiotensinผลกระทบต่อAntidiuretic Hormone ในพวก Alcohol Withdrawal จะชักนำให้มีการหลั่ง Adrenergic Hormone จำนวนมากซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้นในคนที่ดื่มจัดมักพบว่ามีความดันโลหิตสูง และยังดื่มมากความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้นประมาณร้อยละ 10 ของความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา บางรายงาน กล่าวว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มสุรามาก ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (Cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีบางรายงาน ได้รายงานขัดแย้งกันคือ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น



ถ้าดื่มมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวัน จะเป็นสาเหตุของ Reversible Hypertension (ความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้าง) ที่เป็นเช่นนี้เพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มระดับของ High Density Lipoprotein Cholesterol, (HDL- C) การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตลดลงและคลายความเครียด และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ระยะเวลา 11 - 12 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2.33 เท่า ระยะเวลามากกว่า 21 ปี เสี่ยงเป็น 2.47 เท่า และปริมาณการดื่มขนาด 281 กรัม ของแอลกอฮอล์ขึ้นไปต่อสัปดาห์เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 8.87 เท่า และผู้ที่ดื่ม 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ เสี่ยงเพิ่มเป็น 15.14 เท่า (เกษตร ปะที, 2547)

1.7 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจนแต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะหลังจากเริ่มสูดควันบุหรี่ (ไปป์หรือซิการ์) ครั้งแรกเพียงไม่กี่วินาที ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นได้ถึง 25 มิลลิเมตรปรอท บุหรี่มีผลทำลายระบบการทำงานของร่างกายและเพิ่มความดันโลหิตให้อยู่ในระดับสูงโดยไม่ยอมลดลงเป็นเวลานานยิ่งคนที่มีความเครียดสูงและสูบบุหรี่ จะกลายเป็นสาเหตุร่วมให้มีความดันโลหิตสูงในระดับที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจในระยะเริ่มแรก หรือเป็นอัมพาตเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย (วิไล พัววิไล, 2549: 2)

1.8 การขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษาสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่าความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายคือจะมีการหลั่งสาร Endorphine ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและเพิ่ม High Density Lipoprotein: (HDL) จะป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วยลดความเครียดได้ เบรนและมอลลี (O'Brien & O'Malley, 1983: 66-67) พบว่าการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีตีขึ้นและพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายมีการเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยศึกษาติดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการออกกำลังกาย จะมีปริมาณของไขมันคอเลสเตอรอลในร่างกายน้อยลง ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของเพศชายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวพบว่าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตราที่ต่ำกว่า มีกิจกรรมทางร่างกายน้อย และการออกกำลังกายจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอลน้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงของร่างกายความดันโลหิตสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับน้ำตาลในเลือด (Kannel, et al., 1986: 823-824)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (Secondary Hypertension)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 อาจพบสาเหตุเฉพาะ ถ้าพบในคนที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือมากกว่า 55 ปี ซึ่งสาเหตุที่พบมีหลายอย่าง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545) ได้แก่

2.1 ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ แอดรีนาลีน เป็นต้น

2.2 ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์



2.3 โรคไต เช่น กรวยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบตัน (Renal Artery Stenosis) ซึ่งมักได้ยินเสียงฟู่ (Bruit) ที่หน้าท้อง วัณโรคของไต เนื้องอกของไต เป็นต้น

2.4 หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัน (Coarctation of Aorta) ลิ้นหัวใจเอออดิกรั่ว (Aortic insufficiency) ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนระดับความดันโลหิตช่วงล่างเป็นปกติ

2.5 โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ มักจะทำให้ระดับความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว เช่น โรคคุชชิง เนื้องอกของต่อมหมวกไต ชนิดที่เรียกว่า Pheochromocytoma ซึ่งจะทำให้มีอาการมินิรีชชะ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม น้ำหนักลด ร่วมกับเบาหวาน เป็นต้น

2.6 ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (Atherosclerosis) จะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว พบว่าในคนสูงอายุยังไม่มียาที่ใช้รักษาได้ผลดี การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยตรงอาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หากจำเป็นอาจลองให้ยาขับปัสสาวะและยาก่อมประสาท

2.7 สาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ ตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น

3. ภาวะความดันโลหิตปลอม (White Coat Hypertension: WCH)

เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ความดันโลหิตจะสูงเมื่อเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพวัดความดันโลหิตให้ เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของประสาทเวกัสทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นชั่วคราว การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันแยกโรคออกจากความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและบำบัดความดันโลหิตสูงชนิดนี้ เพราะการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและให้การบำบัดอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ในขณะที่การวินิจฉัยว่าไม่ใช่ความดันโลหิตสูงก็อาจจะทำให้การบำบัดล่าช้าและเกิดอันตรายตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 213-214)

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก และความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันไดแอสโตลิก (Isolated Systolic Hypertension: ISH/ Isolated Diastolic Hypertension: IDH)

ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิกเป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันไดแอสโตลิกยังคงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่เพิ่มขึ้น หรือเกิดจากอเทอโรสเคลอโรซิสของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อยลง ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากทั้งสองสาเหตุ การเกิดและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิกมักเพิ่มขึ้นตามอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 213-214)

5. ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension)

เป็นความดันโลหิตสูงที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอทตลอดเวลา และมักมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายด้วย เกิดเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินหากความดันยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 213-214)



อาการของความดันโลหิตสูง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545:134-138; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 224)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอาการน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการอะไรแสดงให้เห็น ส่วนน้อยอาจมีอาการปวดศีรษะท้ายทอยถึงต้นคอ วิงเวียน มักจะเป็นเวลาที่ตื่นนอนใหม่ ๆ พอตอนสายจะทุเลาหายไปเอง บางคนมีอาการปวดศีรษะตื้อ ๆ แบบไม่เกรนก็ได้ ส่วนในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือความดันโลหิตสูงมาก ๆ หรืออยู่ในขั้นรุนแรง จะมีอาการดังนี้

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูง พบได้ไม่บ่อยนัก โดยทั่วไปมักจะพบปวดบริเวณท้ายทอยและมักเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้และตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมาในภาวะวิกฤตและเกิดขึ้นทันทีทันใด

2. อาการปวดศีรษะซีกเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะซีกเดียวมักพบมีเป็นความดันโลหิตสูงน้อยกว่าคนปกติ

3. เลือดกำเดาออกเป็นอาการที่พบไม่บ่อยนักในคนที่มียาอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีเลือดกำเดาออกส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุจากโรคในโพรงจมูกก็มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ เมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาที่อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบ เหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น การตรวจพบส่วนใหญ่มักจะพบความดันโลหิตช่วงบนสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือช่วงล่างสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงทั้งช่วงบนหรือช่วงล่าง นอกนั้นก็มักไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ ยกเว้นในบางรายที่มีความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุอาจพบอาการของโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น พบน้ำตาลในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวาน ซิฟงที่ขาหนีบลำไม่ได้หรือเต้นอ่อน ๆ ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว ใช้เครื่องฟังได้ยินเสียงฟู (Bruit) ที่หน้าท้องบริเวณไตชายโครงขวาหรือซ้าย ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดไตตีบตัน ได้ยินเสียงฟู (Murmur) ตรงลิ้นหัวใจเอออร์ติก ในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติคร้าว เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษามักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดจะตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่

1. หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายซึ่งจะมีอาการ บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการเจ็บหน้าอก ถ้ารุนแรงถึงกลับเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในรายที่เส้นเลือดในสมองส่วนสำคัญแตก ก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรังบางคนกลายเป็นโรคความจำเสื่อมสมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชักหรือหมดสติได้บ่อย

3. อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อมไปเลี้ยงไตไม่พอ ไตที่วายจะยิ่งทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น การตรวจปัสสาวะและพบไข่ขาวตั้งแต่ 2⁺ ขึ้นไป การเจาะเลือดตรวจดูการทำงานของไตโดยดูการคั่งของเสีย (เช่น BUN, Creatinine) จะช่วยวินิจฉัยโรคไตได้



4. จอประสาทตาจะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตันต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา (เรตินา) ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ ซึ่งสามารถใช้เครื่องส่องตา (Ophthalmoscope) ตรวจสอบความผิดปกติภายในลูกตาได้ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงของระยะโรค ถ้าความดันโลหิตมีระดับสูงมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากสามารถลดความดันโลหิตลงในระดับที่เหมาะสมอาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545: 139) สามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงตามลำดับของความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (สมชาติ โลจาละ และอรรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536)

ระดับ 1 มีการเปลี่ยนแปลงของเรตินาน้อย โดยมีหลอดเลือดตีบลงเพียงเล็กน้อยหรือมี Sclerosis

ระดับ 2 มี Sclerosis มากขึ้น มี Arterial Reflex กว้างขึ้น หลอดเลือดดำตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงไหลผ่านจะถูกกดมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือเป็นเฉพาะบางแห่งกลุ่มนี้จะมีความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มแรก และมีการพยากรณ์โรครุนแรงมากกว่า

ระดับ 3 มีการบวมของจอประสาทตา เกิด Cotton-wool Exudate และหย่อมเลือดออกหลอดเลือดในม่านตาจะหดตัวเกร็ง พวกนี้มักจะมีระดับความดันโลหิตสูงมากและเป็นอยู่นาน

ระดับ 4 มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับใน ระดับ 3 แต่มี Papilledema ร่วมด้วย แนวทางการป้องกันและการควบคุมการเกิดความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

จากคำแนะนำของกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 7-8) พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Life Style Modification) สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมความดันโลหิตลงได้ มีแนวทางดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร

1.1 การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก การจำกัดอาหารที่โซเดียมในอาหารเป็นการลดการคั่งของเกลือในร่างกาย โดยการจำกัดเกลือโดยพอประมาณปริมาณการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานใน 1 วัน ในระดับที่เหมาะสมต่อสุขภาพและไม่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง คือ จึงไม่ควรเกิน 4 ช้อนชา (แยกเป็น เกลือ 0.1 ช้อนชา น้ำปลา 2.6 ช้อนชา และซอส 1.6 ช้อนชา) ซึ่งจะได้รับปริมาณโซเดียมต่ำกว่ามาตรฐาน WHO ถึง 0.5 เท่า เฉลี่ย 1,209.07 มิลลิกรัม (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 182) จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่ม และอื่น ๆ รวมทั้งหมดปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมากคือ 3 - 7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่โซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ คือ “เกลือ” ดังนั้น ถ้าคำนวณจากปริมาณโซเดียมที่ได้รับให้เป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ก็เท่ากับว่าคนปกติได้รับ “เกลือ” วันละประมาณ 7.5 - 17.5 กรัม โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนน้อยจากสารประกอบอื่นที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ซึ่งแม้มีได้มีรสเค็ม และได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย (อนุชา นิลอยู่, 2542 : 22)



อาหารที่มีปริมาณโซเดียมมากและอาหารที่มีเกลือมาก ได้แก่

1. อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุง เช่น ซอสชนิดต่าง ๆ ทั้งที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา น้ำซีอิ้ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือซอสที่มีหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำบ๊วย น้ำพริก ขนมหขเคี้ยวที่มีรสเค็ม ขนมน้ำกะทิที่ใส่เกลือ อาหารประเภทยำประเภทต่าง ๆ
2. อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารตากแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหวาน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง เนื้อหรือหมูสวรรค์ ข้าวเกรียบ ฯลฯ
3. อาหารหมักและดอง เช่น แหนม ส้มพริก กะปิ เต้าฮู้ยี้ หนำเลียบ ปลาร้า ปลาจ่อม ไตปลา หัวไชโป๊เค็ม หน่อไม้ดองเปรี้ยว ผักกาดดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า
4. ผลไม้แช่อิ่มต่าง ๆ เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง ฯลฯ ซึ่งจะต้องแช่เกลือก่อนแช่น้ำตาล
5. อาหารสำเร็จรูปที่เป็นผง เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จ บะหมี่สำเร็จรูป

6. สารเคมีในการปรุงรส สำหรับอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียมนั้นมีโช้แต่เฉพาะเกลือแกงที่เห็นชัด แต่ยังมีในอาหารอื่น ๆ ได้แก่ ผงชูรส (Monosodium Glutamate) ผงฟูทำเค้ก หรือ คูกี้ (Sodium Benzoate)

7. อาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม นมมะเขือเทศ อาหารทะเล (ควรแช่น้ำก่อน) และผักบางชนิด (ผักคื่นไช้ ผักโขม คื่นฉ่าย หัวผักกาด)

8. ยา ยาบางชนิดจะมีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย เช่น ยาที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต (ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ท้องร่วง ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาอมบัวปาก)

อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูง ๆ

อาหารที่มีน้ำตาลไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูง ๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ไม่อ้วน และพบว่าคนอ้วนยังทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นจากการศึกษาของฟรามมิงแฮม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วนจะเกิดโรคหัวใจและตายก่อนเวลาได้มากกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วนถึงสองเท่า (Kocher & Daniels, 1978: 100 อ้างใน (ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแข็งขรุขระและตีบได้ง่ายอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

1. เนื้อสัตว์ติดมันหรือติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ด หรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง หนังไก่ทอด และอาหารทอด หรือผัดที่มีน้ำมันมาก ๆ เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว ข้าวเกรียบ
2. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น ไข่เจียว (ไข่แดงที่มีโคเลสเตอรอลมาก) สมอ ตับ ไต เครื่องในสัตว์ เนยเหลว กุ้ง ปู หัวใจ หอยนางรม เนื้อวัวติดมัน ไข่ปลา ไข่แดง ไข่นกกระทา น้ำมันหมู น้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด
3. อาหาร และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก ๆ
4. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์
5. อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมหขที่ใส่กะทิ



อาหารต้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet) (Reader's Digest, 2550: 86-106; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004)

การปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะด้วยการรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูงเป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างได้ผล และยังสามารถควบคุมน้ำหนักได้ด้วย เนื่องจากสูตรอาหารนี้จำกัดปริมาณไขมันชนิดอิ่มตัวและไขมันทั้งหมดซึ่งไขมันเหล่านี้ พบมากใน เนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์นม น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ซึ่งทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดอุดตันและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า โพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ในผักและผลไม้ เช่น ผักผลไม้ที่มีสีเหลือง ส้ม หรือแดง และผักใบสีเขียวเข้ม เช่น ก๋วยเตี๋ยว ส้ม ทูเรียน หัวปลี กะเพา โหระพา แครอท มะเขือเทศ มันฝรั่ง ซึ่งจะสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง

เทคนิคการเลือกรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง

1. ธัญพืช : วันละ 7 - 8 หน่วยบริโภค ธัญพืช หมายถึง ขนมปัง ข้าวอบกรอบ ข้าว ควรเลือกชนิดไม่ขัดขาว เช่น ขนมปังธัญพืชชนิดหยาบ ข้าวซ้อมมือ แทนชนิดขัดขาว เนื่องจากมีวิตามินเกลือแร่ โยอาหาร และสารอาหารต่าง ๆ มากกว่าชนิดขัดขาว นอกจากนี้ธัญพืชชนิดไม่ขัดขาวยังทำให้รู้สึกอิ่มท้องมากกว่าและนานกว่า

2. ผลไม้และผัก : วันละ 8 - 10 หน่วยบริโภค ผลไม้และผักเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำและพลังงานต่ำอุดมด้วยวิตามินหลายชนิด เกลือแร่ (เช่นโพแทสเซียม) โยอาหาร ที่ทำให้พืชมีสีสดใสเป็นสารที่สำคัญที่ต้านทานการเติมออกซิเจนมีสรรพคุณป้องกันโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยมีเคล็ดลับในการเพิ่มผักและผลไม้ดังนี้

2.1 เมื่อไปซื้อตลาด ซื้อผักและผลไม้หลาย ๆ ชนิด มาเก็บไว้ในตู้เย็น วิธีนี้ช่วยให้คุณมีตัวเลือกในการคิดรายการอาหาร

2.2 เตรียมผลไม้สดหรือถั่วชนิดต่าง ๆ ไว้บนโต๊ะอาหาร หรือบริเวณที่ทำงานสำหรับเป็นอาหารว่าง

2.3 หั่นผักหรือผลไม้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ใส่ซามไว้นตู้เย็น

2.4 ฝึกคิดเมนูอาหารที่ทำจากผักและผลไม้

2.5 ใช้ผักสีสดใสมาทำสลัด เนื่องจากสีสวยน่ารับประทาน

2.6 ตีมน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3. ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน : วันละ 2 หรือ 3 หน่วยบริโภค

3.1 ปรับเปลี่ยนนมที่มีรสชาติเข้มข้นที่ละน้อยด้วยวิธีผสมนมชนิดไขมันต่ำกับนมสด และค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นนมไขมันต่ำที่ละน้อย หรือนมถั่วเหลืองแทน

3.2 รับประทานโยเกิร์ตแช่แข็ง (ชนิดไม่มีไขมัน) แทนไอศกรีม หรือเลือกรับประทานไอศกรีมไขมันต่ำ

3.3 ลดการใช้เนยปรุงอาหาร หรือกระทะเคลือบพิเศษที่สามารถทำอาหารได้โดยไม่ใช้น้ำมัน

4. เนื้อสัตว์ ไก่ และปลา : ไม่เกินวันละ 2 หน่วยบริโภค

4.1 เลือกเนื้อสัตว์ชนิดไม่ติดมัน เช่น เนื้อหน้าอก (ไก่) หรือเนื้อสัตว์ (หมูหรือวัว) พยายามเอาไขมันออกให้หมดก่อนนำไปปรุงอาหาร



4.2 ลอกหนังไก่ออกก่อนรับประทาน ช่วยลดปริมาณไขมันในอาหารได้
ครึ่งหนึ่ง

4.3 นำแกงจืด ซุป ไปแช่เย็น ไขมันจะจับตัวแข็งอยู่บนผิวน้ำ
ทำให้ตักออกง่ายก่อนนำมารับประทาน

4.4 ควรรับประทานปลามากกว่าเนื้อไก่หรือเนื้อ เนื้อปลาส่วนมากมีกรด
ไขมันดีโอเมกา 3 ซึ่งเป็นไขมันดีช่วยลดความดันโลหิตได้

4.5 วิธีการปรุงอาหารจากเนื้อปลาที่ดีต่อสุขภาพที่สุด คือ การต้ม นึ่ง อบ
หรือย่าง ไม่ควรทอด

5. ไขมัน : จำกัดปริมาณ วันละ 2 - 3 หน่วยบริโภค ใช้น้ำมันให้น้อยที่สุด
ขณะปรุงอาหารให้ลดน้ำมันเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยใช้ ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวในการปรุงอาหาร
เช่น น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารแทนน้ำมันที่ทำจากสัตว์

6. การลดเกลือในอาหารโดยในแต่ละวันคนเราต้องการเกลือโซเดียมไม่เกิน
200 – 500 มิลลิกรัม ส่วนปริมาณเกลือโซเดียมที่แนะนำให้บริโภคสำหรับคนไทยคือ 2,300 มิลลิกรัม
ซึ่งเกลือปน 1/4 ซ่อนซาเท่ากับโซเดียม 500 ผู้ที่ไม่ใช่เกลือปรุงรสอาหารเลยก็ยังมีโอกาสได้รับเกลือมาก
เกินเนื่องจากเกลือในอาหารของเรานั้นมีเพียงร้อยละ 15 ที่มาจากปรุงรส เกลือส่วนใหญ่ร้อยละ 75
มาจากอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารกระป๋องชนิดต่าง ๆ อาหารแช่แข็ง มันฝรั่งทอดกรอบ ขนมเค้ก คุกกี้
น้ำอัดลม อีกร้อยละ 10 ได้มาจาก ผลไม้ ผัก และเนื้อสัตว์ พยายามรับประทานอาหารสำเร็จรูปให้น้อย
ที่สุดอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่งผลไม้หรือผักสดมักมีเกลือต่ำโดยธรรมชาติ หากซื้ออาหารสำเร็จรูป
ควรอ่านฉลากอย่างละเอียดเลือกชนิดที่ฉลากระบุว่า “ไม่มีเกลือ” หรือ “มีเกลือน้อย” ไม่ควรใช้เกลือ
ปรุงรสชาติอาหาร หากจำเป็นต้องใช้ให้เติมในขั้นตอนสุดท้าย เพราะช่วยให้คุณใช้เกลือน้อยลงการปรุง
อาหารเป็นเวลานานทำให้รสเค็มลดน้อยลงเสริมรสชาติอาหารด้วย เครื่องเทศ สมุนไพร มะนาว หรือ
น้ำส้มสายชูแทนการใช้เกลือ เมื่อรับประทานอาหารนอกบ้านให้กำชับพ่อครัวว่าไม่ต้องเติมเกลือใน
อาหารวางแผนล่วงหน้าหากทราบว่าอาหารเย็นจะเป็นอาหารที่มีเกลือสูงให้เลือกอาหาร “ไม่มีเกลือ”
เป็นอาหารเช้าและอาหารกลางวัน

7. การเพิ่มแคลเซียมในร่างกาย การดื่มนมเป็นประจำทุกวันทำให้ร่างกาย
ได้รับแคลเซียมเพิ่มขึ้น รับประทานปลาเล็กปลาน้อยเพิ่มมากขึ้น

8. การเพิ่มโพแทสเซียมในร่างกายเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม
สูง ผลไม้ ผัก เช่น กล้วย ทุเรียน ส้ม ลูกพรุน หัวปลี ผักชี ต้นกระเทียม ผักบุง เห็ดฟาง มะเขือพวง
มะเขือเปราะ ใบแมงลัก ใบโหระพา อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ

* หมายเหตุ หนึ่งหน่วยบริโภคหมายถึง "รับประทานครึ่งละ" ซึ่งเป็นปริมาณ
ที่ผู้ผลิต แนะนำหรือคาดว่าเหมาะกับผู้บริโภคทั่วไป สำหรับพืชผักผลไม้หนึ่งหน่วยบริโภคมีความหมาย
เท่ากับ

1. ผลไม้ชิ้นขนาดกลาง
2. น้ำผลไม้หรือน้ำผัก 100 % ขนาด 180 ซีซี หรือ 1 แก้ว
3. ผักสุก ผักลวก ผลไม้ผ่านความร้อน ผลไม้กระป๋อง 1/2 ถ้วยตวง
4. ผักสดกินใบ 1 ถ้วยตวง
5. ถั่วเมล็ดปรุงสุก 1/2 ถ้วยตวง และ ผลไม้แห้ง 1/4 ถ้วยตวง



2. การควบคุมน้ำหนัก

การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม หมายถึง การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับโครงสร้างของร่างกาย ความสูงและอายุ ซึ่งพอเหมาะที่จะทำให้ง่ายแก่การมีสุขภาพดี (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 3-4) มีวิธีการประเมินง่าย ๆ แต่ได้ผลดี ได้แก่ ดัชนีมวลกาย BMI [Body Mass Index: BMI] วัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference)

ดัชนีมวลกาย BMI (Body Mass Index) สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{ดัชนีน้้ำหนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ตาราง 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยงกลุ่มประเทศทางเอเชีย

น้ำหนักตัว	ดัชนีมวลกาย (BMI)	ระดับความอ้วน (Obesity Class)	ภาวะเสี่ยงต่อโรค	ภาวะเสี่ยงโรคต่อเส้นรอบเอว	
				ชาย <90 ซม. หญิง <80 ซม.	ชาย >90 ซม. หญิง >80 ซม.
น้ำหนักน้อย	< 18.5	-	ต่ำ	-	-
น้ำหนักปกติ	18.5 - 22.9	-	เท่าคนปกติ	-	-
น้ำหนักเกิน	23 - 24.9	-	เพิ่ม	เพิ่ม	สูง
โรคอ้วน	25 - 29.9	1	เพิ่มมาก	สูง	สูงมาก
อ้วนมาก	> 30	2	อยู่ในช่วงอันตราย	สูงมาก	สูงมาก ๆ

ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547)

การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) (Tan, et al., 2004: 1728-34)

การวัดเส้นรอบเอวเพื่อประเมินไขมันที่ท้อง (Abdominal Fat) มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ Metabolism เช่น ระดับน้ำตาล ระดับอินซูลิน ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน ระบบหัวใจและหลอดเลือด สำหรับชาวเอเชียหากพบว่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² ไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย จะเกิดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ดังนั้น จึงกำหนดว่าหากดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² จะถือว่าอ้วน นอกจากนี้การวัดเส้นรอบเอวก็ไม่สามารถใช้มาตรฐานของต่างประเทศ เนื่องจากโครงสร้างต่างกันจึงมีการวิจัย พบว่าเส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชีย คือ 90 เซนติเมตร สำหรับผู้ชาย และ 80 เซนติเมตร สำหรับผู้หญิง



- 40 นิ้วขึ้นไป
1. เส้นรอบเอวสำหรับคนที่มีความเสี่ยงสูง คือ
- 1.1 ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 102 เซนติเมตร หรือ
- 1.2 ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 88 เซนติเมตร หรือ 35 นิ้ว
- ขึ้นไป

2. เส้นรอบเอวของคนที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ

2.1 ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป

2.2 ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

น้ำหนักตัวจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงในประชากรโดยทั่วไป พบว่าน้ำหนักตัวสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในกลุ่มคนอายุ 20-30 ปี นั้นพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ และในกลุ่มอายุ 40 - 64 ปี คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติ 5 เท่า อีกประการหนึ่งคือยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วและเพิ่มมากก็ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น การลดน้ำหนักตัวในคนอ้วนมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูง เมื่อลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 6 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 22.7/15.3 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รักษาเมื่อลดน้ำหนักตัวเฉลี่ย 8.8 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 25.7/20 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาของ Framingham โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skin Fold) ตรงบริเวณใต้สะบัก สรุปได้ว่า ร้อยละ 78 ของชายที่เป็นความดันโลหิตสูง และร้อยละ 64 ของผู้หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูง จัดได้ว่าเป็นคนอ้วน (Obesity) และในกลุ่มผู้หญิงอายุระหว่าง 20 - 49 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจะมากขึ้นตามปริมาณของไขมันใต้ผิวหนัง จากการศึกษาของ Sacks, et al., 2001: 3-10) ให้ผลการศึกษานี้เหมือนกับวอลเมอร์และคณะ (Vollmer, et al., 2001, 1019-28) พบว่าการควบคุมน้ำหนักโดยให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² สามารถลดค่าความดันโลหิตลงได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนัก 10 กิโลกรัม หลักการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง คือการใช้พลังงานให้มากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังมีหลักดังต่อไปนี้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 3-4)

1. อาหารที่บริโภคต่อวัน ควรมีพลังงาน (แคลอรี) ต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการ ทั้งนี้เพราะถ้าร่างกายได้รับพลังงานในการใช้แต่ละวันก็จะมี การดึงเอาไขมันที่สะสมไว้ออกมาใช้ โดยผู้ชายที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,500 - 2,000 แคลอรี ส่วนผู้หญิงที่ต้องการลดน้ำหนัก ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,200 - 1,600 แคลอรี การลดปริมาณแคลอรีในแต่ละวันมากเกินไป เช่น น้อยกว่า 1,000 แคลอรีต่อวัน จะทำให้ร่างกายทรุดโทรมเกินไป การลดพลังงานในอาหารลง 500 - 1,000 แคลอรีต่อวันจะช่วยลดน้ำหนักได้อาทิตย์ละ 1/2 - 1 กิโลกรัม

2. ควรบริโภคอาหารที่มีโปรตีนสูง ทั้งนี้ เพราะร่างกายต้องการนำไปใช้ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ถ้าขาดโปรตีนร่างกายจะดึงสารโปรตีนตามอวัยวะต่าง ๆ มาใช้ ดังนั้นจึงควรบริโภคอาหารโปรตีนสูงประมาณ 1 - 1.5 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารที่มีโปรตีนสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ นม ผลิตภัณฑ์นม ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ ข้อควรระวังในการบริโภคโปรตีน โดยเฉพาะที่ได้จากผลิตภัณฑ์สัตว์คือปริมาณไขมันที่ติดมาด้วย ดังนั้นจึงควรเลือกบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติด



มันและบริโภคน้ำมันปลาแทนเพราะไขมันต่ำและย่อยง่าย ไข่ควรเน้นไข่ขาวเพราะไข่แดงจะมีโคเลสเตอรอลสูง นมควรเป็นนมที่พร่องมันเนยและควรใช้การปรุงอาหารที่เน้นต้มหรือหนึ่งแทนการทอดหรือผัด สำหรับโปรตีนที่ได้จากพืชนั้นจะดีในด้านที่ไม่มีโคเลสเตอรอล

3. บริโภคสารอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากพอสมควรเพื่อที่จะไม่ทำให้ร่างกายนำเอาไขมัน มาเป็นสารที่ให้พลังงานทดแทนอย่างรวดเร็วเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะคีโตนคั่งได้ปริมาณที่ควรบริโภค คือ ไม่น้อยกว่า 50 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

4. มีอาหารไขมันเป็นส่วนประกอบในอาหารพอสมควร ไม่ควรจำกัดอาหารไขมันทั้งหมดเพราะไขมันจะช่วยในการทำงานของร่างกายจากพืช เช่น น้ำมันพืชต่าง ๆ (น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว) เพราะกรดไขมันไม่อิ่มตัวนี้มีส่วนช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

5. การรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น โดยเลือกผักและผลไม้ที่มีแคลอรีต่ำซึ่งสามารถรับประทานได้มากโดยไม่จำกัดจำนวน ผักใบเขียวต่าง ๆ เช่น คะน้า ผักบุ้ง ผักกาดดอกกระหล่ำ ตำลึง ส่วนผักที่แคลอรีพอสมควรรับประทานได้บ่อยครั้ง คือ ถั่ว พักทอง มันฝรั่ง เผือก เป็นต้น สำหรับผลไม้ควรเป็นผลไม้ที่รสไม่หวานจัด การปรุงอาหารเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกันที่ดีที่สุดคือผักและผลไม้สดที่ล้างสะอาดและถ้าจะทำอาหารผักที่ต้มหรือหนึ่งจะดีกว่าผัดหรือทอดในแง่ของไขมัน ส่วนผลไม้เชื่อมหรือกวนไม่ควรที่จะรับประทานอย่างเด็ดขาด

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพและชะลอความเสื่อมของร่างกายลงได้ (ฉัตรชัย ใหม่เขียว, 2544: ค-จ) และมีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายคล้ายคลึงกันดังนี้

สุวิมล สันติเวช (2545: 15) การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างซ้ำ ๆ แล้วเกิดการใช้พลังงานซึ่งต้องปฏิบัติอย่างมีรูปแบบที่ได้วางแผนไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างใน สุวิมล สันติเวช, 2545: 14) การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแล้ว ทำให้เกิดการเผาผลาญและใช้พลังงาน ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี จากความหมายของการออกกำลังกายดังกล่าว จะเห็นว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่เกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานทำให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นมีความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและมีภาวะสุขภาพดี มีผลการวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าการออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตช่วงบนหรือความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยแล้วประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอทรวมทั้งจะลดค่าความดันโลหิตช่วงล่างหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก และจากคำแนะนำของสถาบันร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 25-26) แนะนำว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะสามารถลดค่าความดันโลหิตลงได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท



การออกกำลังกายโดยทั่วไปมีอยู่ 2 ชนิดคือ ชนิดเคลื่อนที่และชนิดอยู่กับที่

1. การออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ (Dynamic) หรือไอโซโทนิค

(Isotonic Exercise) คือ การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหดตัว แล้วทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปแรงเครียดในกล้ามเนื้อกลับเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (ความตึงตัวคงที่) กล้ามเนื้อทั้งมัดทำงานมากขึ้นจึงต้องการออกซิเจนมากตามการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดในแต่ละนาทีเพิ่มขึ้นมากซึ่งจะทำให้เร็วขึ้น ในขณะที่เดียวกันความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยมีความดันโลหิตเฉลี่ยในขณะที่หัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่เปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นภายหลังที่สำคัญ คือ ทำให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายได้มากขึ้นและนานขึ้นการออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ ท่ากายบริหาร การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน เป็นต้น การออกกำลังกายแบบนี้ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง

2. การออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ (Statics) หรือไอโซเมตริก (Isometric Exercise)

คือ การออกกำลังกายที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่น การยกน้ำหนัก การเข็นการดึง การฉุด การแบกหาม การขุด หรือการใช้แรงมาก ๆ กดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่งอย่างรวดเร็วซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและจะเพิ่มความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจคลายตัวและขณะหัวใจบีบตัว ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมไม่ได้จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมากอย่างเฉียบพลันถึงขีดอันตรายได้จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งการออกกำลังกายแบบอยู่กับที่มีผลให้ทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวสูงได้ทั้ง 2 อย่างความต้องการออกซิเจนเพิ่มน้อยมากกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้แข็งแรงขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ (Dynamic Exercise) เหมาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากกว่า แต่ต้องคำนึงถึงความหนักเบาและเวลาของการออกกำลังกายด้วย ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายแบบเบา ๆ ติดต่อกันนานพอสมควรประมาณ 20 - 30 นาที อย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยวิธี การเดินการแกว่งแขน การรำมวยจีน ส่วนการออกกำลังกายแบบโยคะนั้น เนื่องจากมีส่วนผสมระหว่างชนิดเคลื่อนที่และชนิดอยู่กับที่พอ ๆ กัน อาจมีผลในทางไม่ดีต่อความดันโลหิตได้จึงไม่แนะนำ (สุกัญญา วงษ์เพ็ง, 2542: 19) จะเห็นว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้แรงต้านของหลอดเลือดลดลงเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทำให้ความเครียดลดลง ดังนั้นการออกกำลังกายก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและบุคคลทั่วไปดังนี้

2.1 ทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ดีขึ้น

2.2 ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและการทำงานของหัวใจดีขึ้น

2.3 ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ทำให้ลดการอุดตันของหลอดเลือดลงมีผลให้แรงต้านของหลอดเลือดลดลง

2.4 ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และจอประสาทตาเสื่อม

2.5 ช่วยทำให้สุขภาพจิตดี สดชื่น แจ่มใส คลายเครียด



2.6 ช่วยทำให้หัวใจและปอดแข็งแรงขึ้น จึงทำให้มีความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้นไม่เหน็ดเหนื่อย

2.7 ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและทนทานข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว

2.8 ทำให้การทรงตัวและรูปร่างดีขึ้นและมีส่วนมีความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่วว่องไว ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารดีขึ้น ลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ และอาการท้องผูก

2.9 ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

2.10 ทำให้สนุกสนานเพลิดเพลินและเปิดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4. การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด

ความเครียด คือ สภาพของจิตใจที่มีผลให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกายเช่น สาร Adrenaline จะหลั่งเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารบีบตัว เพื่อที่จะให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ซึ่งเหมือนเป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายในสถานการณ์ที่ต้องการต่อสู้การเตรียมพร้อมของร่างกายนี้ถ้าอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการต่อสู้กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดจริง ๆ เช่น การต่อสู้กับสัตว์ร้ายก็คงเป็นการดี แต่ในสภาวะปกติปัจจุบันความเครียดที่เกิดขึ้นมักเกิดจากสถานการณ์ที่ผู้ที่เกิดความเครียดไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 85) ผลจากความเครียดก่อให้เกิดอาการที่แสดงออก เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง จากการที่กล้ามเนื้อตึงตัว (Tense) ความรู้สึก หงุดหงิด กระวนกระวายไม่สบายอารมณ์ โกรธ ผิดหวัง รวมทั้งการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อคลายความเครียด เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานยานอนหลับ เป็นต้น (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 85)

วิธีการแก้ไขและผ่อนคลายความเครียดมีได้หลายวิธี คือ

1. คิดทบทวนหาสาเหตุความเครียดแล้วหาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ได้โดยเร็วหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้
2. การเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด (อินทิรา ปัทมินทร, 2542: 5-6) มีดังนี้

2.1 คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้นอย่าเอาแต่เข้มงวดจับผิดหรือตัดสินถูกผิดตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาให้รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา

2.2 ลดทิฐิมานะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง ไม่อิจฉาริษยา ไม่ผูกพยาบาทหวังทำร้ายผู้อื่น

2.3 มีอารมณ์ขันรู้จักหัวเราะบ้างมีเวลาสนุกสนานหยอกเย้ากันบ้าง

2.4 คิดอย่างมีเหตุผลอย่าเชื่ออะไรง่าย ๆ แล้วเก็บเอามาคิดวิตกกังวลให้เหตุผลตรวจสอบข้อเท็จจริงไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน

2.5 คิดหลาย ๆ แง่มุม ลองคิดหลาย ๆ ด้านทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าคนหรือเหตุการณ์อะไรย่อมมีทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีประกอบกันทั้งนั้น อย่ามองแต่ด้านไม่ดีเพียงอย่างเดียวและควรหัดคิดในมุมของคนอื่นบ้าง



2.6 คิดแต่เรื่องดี ๆ เช่น คิดถึงความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความดีของคู่สมรส เป็นต้น

2.7 คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองเปิดใจให้กว้างรับรู้ ความเป็นไปของคนใกล้ชิดและใส่ใจที่จะช่วยเหลือฝึกใจให้มีความเมตตาสงสารผู้อื่น ลดความเห็นแก่ตัว

2.8 มีความคิดเท่าทันตามสภาพความเป็นจริงของชีวิตที่ต้องประสบกับ โลกธรรม 8 อย่าง คือ ลาม ยศ สรรเสริญ สุข เสื่อมลามก เสื่อมยศ นินทา ทุกข์ ถ้าเมื่อไรเกิดความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ทำให้เราต้องประสบกับสิ่งที่ไม่ต้องการและแก้ไขได้ จึงควรรู้จักทำให้ปล่อยวาง ไม่ยึดมั่นถือมั่น

3. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับได้สนิทการนอนหลับจะเกิดขึ้นได้เมื่อกำลังเนื้อมีการเหนื่อยล้าจนต้องพักในขณะที่หลับหัวใจจะเต้นช้าลง 10 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจช้าลง 4 ครั้งต่อนาที และขบวนการไฟฟ้าของเปลือกสมองลดลง จะเห็นได้ว่าการนอนหลับมีผลทำให้ร่างกายทุกส่วนและจิตใจได้หยุดพักการทำงาน จึงช่วยลดความเครียดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. การรู้จักใช้เวลาอย่างฉลาดควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมง ออกเป็น 3 ส่วน 8 ชั่วโมงแรกหมายถึงการทำงาน แปดชั่วโมงที่สองหมายถึงการนอนหลับ และแปดชั่วโมงที่สามหมายถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การหาความเพลิดเพลินโดยไม่หมกมุ่นหรือรีบเร่งกับการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป

5. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิค เวลานานมากกว่า 10 นาทีขึ้นไป ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเอนโดฟิน (Endorphine) ซึ่งเป็นสารสุขช่วยให้อารมณ์ดีมีความสุข ทำให้คลายเครียดร่างกายกระปรี้กระเป่าหายปวดเมื่อยตัวเบาสบาย

6. การพักผ่อนหย่อนใจด้วยการไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ การดูหนัง ฟังเพลง การอ่านหนังสือ รวมทั้งงานอดิเรกที่ชอบเมื่อปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นการรักษาความสมดุลทางอารมณ์ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้มาก

7. การปรับปรุงบ้านหรือสถานที่ทำงานให้มีบรรยากาศดี เช่น สะอาด เป็นระเบียบไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีเสียงอึกทึก อากาศไม่ร้อน หรือเย็นเกินไป

8. การฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและการคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การนวดตนเองคลายเครียด เป็นต้น ควรฝึกทำวันละ 1 - 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที จากการศึกษา พบว่า การนั่งสมาธิ ชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายสามารถลดความเครียดและความดันโลหิตได้ (สุนันทา กระจ่างแดน, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีพฤติกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้เช่นเดียวกัน (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2544: 24)

5. การสูบบุหรี่

แม้ว่าการสูบบุหรี่ จะไม่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงโดยตรงก็ตาม แต่สารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคเลอามีนซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัวเป็นการเพิ่มความดันโลหิตได้ (Puddy, 1985: 493 อังไฉ เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 37) ฉะนั้นจึงควรเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่มีหลายวิธีการดังนี้ (Reader's Digest, 2550: 172)

5.1 หักดิบ (Cold Turkey) หมายถึงการหยุดบุหรี่แบบทันทีทันใดและไม่ต้องสูบบอกอีกวิธีนี้เป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จสูงที่สุดสำหรับคนส่วนใหญ่



5.2 ลดลงทีละน้อย (Cutting Down) วิธีการนี้เป็นการลดสารนิโคตินในร่างกายด้วยวิธีลดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง คนส่วนมากเมื่อลดการสูบบุหรี่เหลือวันละ 5 – 10 มวนมักจะจะสามารถเลิกบุหรี่แบบหักดิบได้ทันทีแม้จะมีคนใช้วิธีนี้ได้ผล แต่มีการศึกษาพบว่าคนส่วนใหญ่มีกั้มเลิกความตั้งใจกลางคัน

5.3 ชะลอเวลา (Delay) หมายถึงการเลื่อนเวลาสูบบุหรี่มวนแรกของวันออกไปจากเวลาเดิม 1 หรือ 2 ชั่วโมง โดยเลื่อนเวลาออกไปทีละน้อยทุกวัน จนกระทั่งไม่ต้องสูบบุหรี่เลยในวันนั้นวิธีนี้ได้ผลกับบางคนเท่านั้น ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าหากต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้ผล ไม่ควรใช้เวลาเกิน 2 สัปดาห์

6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

Ethyl Alcohol (Ethanol) เป็นสารที่มีฤทธิ์กดประสาทโดยจะมีผลต่อการควบคุมการทำงานของสมอง ถ้าได้รับเข้าไปในปริมาณที่มากพอสมควรจะมีผลต่อการพูด การเคลื่อนไหว และระดับความรู้สึกตัวลดลง จากการศึกษาพบว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมคือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน ไม่พบว่าเกิดอันตรายต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแต่อย่างใด (ปิยนุช รัชชพานิชย์, 2542: 17:18) ดังนั้นแนวทางในการแนะนำผู้ป่วย คือ ควรดื่มแอลกอฮอล์ให้ลดลงเหลือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน และหากหยุดก็จะเป็นผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2542: 37) และจากคำแนะนำของสถาบันแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint Nation Committee, 2003: 7-8) ได้เสนอการควบคุมความดันโลหิตในเพศชายควรดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน และในเพศหญิงควรดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 มิลลิลิตรต่อวัน แนวทางปฏิบัติเมื่อต้องการลดปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (ปิยนุช รัชชพานิชย์, 2542: 20-21)

6.1 พยายามหาเหตุผลหรือสถานการณ์ที่ต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในอดีต เช่น อยู่ในสถานการณ์ที่เสียใจ หวาดกลัว เหนงา ปฏิเสธเพื่อนที่ชวนดื่มไม่ได้ เป็นต้น และเมื่อหาสาเหตุได้แล้วซึ่งคงไม่มีเหตุผลใดเหมาะสมที่จะต้องใช้แอลกอฮอล์เป็นวิธีแก้ปัญหา ให้พยายามพิจารณาถึงสถานการณ์ดังกล่าว รวมทั้งพิจารณาหาวิธีแก้ไขในกรณีที่จะต้องเผชิญสถานการณ์เหล่านั้นอีก โดยไม่ต้องใช้แอลกอฮอล์เป็นตัวช่วย

6.2 พิจารณาถึงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ดื่มเร็วหรือไม่อยู่ในกลุ่มเพื่อน จะยิ่งดื่มเร็วและปริมาณมาก เป็นต้น และนำพฤติกรรมเหล่านี้มาแก้ไขเพื่อลดปริมาณการดื่มลง เช่น พยายามดื่มให้ช้าลงรับประทานอาหารให้มากขึ้น

6.3 กำหนดปริมาณที่จะดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งไม่ควรเกิน 2 ออนซ์ต่อวัน (เท่ากับเบียร์ 720 มิลลิลิตร) ไวน์ 240 มิลลิลิตร หรือวิสกี้ (100-Proof เท่ากับ 60 มิลลิลิตร) และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและควรกำหนดให้ลดปริมาณการดื่มลงไปเรื่อย ๆ

6.4 เตือนตนเองว่าแอลกอฮอล์เปรียบเสมือนยาชนิดหนึ่ง ไม่ควรจะดื่มอย่างรวดเร็ว

6.5 เตือนตนเองอยู่เสมอถึงผลเสียของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคมครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทในการที่จะช่วยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ให้เลิกดื่มได้ โดยเฉพาะถ้าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเป็นไปอย่างดี การให้ความสนใจให้เวลาและให้กำลังใจกับผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ การต่อสู้ โกรธเคือง เมินเฉยมีแต่จะทำให้ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์แย่ลงไปอีกครอบครัวควรมองเห็นความสำคัญในการจะร่วมแก้ปัญหาตั้งแต่แรก



โดยไม่ละทิ้งหรือไม่ยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การพูดคุยกับผู้ติดตามแอลกอฮอล์โดยตรงตั้งแต่ระยะแรก ที่ผู้ติดตามแอลกอฮอล์เริ่มมีปัญหา อาจจะทำให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ ที่สำคัญต้องเข้าใจว่าผู้ติดตามแอลกอฮอล์อย่างมากเป็นอาการของโรคชนิดหนึ่งที่ต้องร่วมกันแก้ไขจากการศึกษาแนวทางการป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าว พบว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เป็นประจำล้วนเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันโรคและเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ คือเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เคยชินและปฏิบัติมานาน ดังนั้นการเข้าใจถึงทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจึงมีความสำคัญถึงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างไรและทำไมจึงมีพฤติกรรมเช่นนั้น และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างไร และมีกลวิธีอย่างไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

สรุป มาตรการในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหาร โดยยึดหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ สะอาด ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย ในการบริโภคอาหารให้ถูกหลักสัดส่วนของการบริโภคอาหารในแต่ละวัยมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่รับประทานอาหารเค็ม การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ โปตัสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม ที่มีมากในผัก ผลไม้ ธัญพืช ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ไม่ดื่มสุราเป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่หรือคลายเครียด และพักผ่อนตามความเหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ฝึกโยคะ เป็นต้น หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ก็จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

แนวทางมาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิตสูง

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักตรวจราชการได้กำหนดตัวชี้วัด การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยตั้งเป้าหมายไว้ คือ ร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน มาตรฐาน ในที่นี้ หมายถึง มาตรฐานสัมพัทธ์ คือ มาตรฐานที่มาจากผลการทบทวนแนวปฏิบัติขั้นตอนการบริการที่มีคุณภาพเพียงพอในการลดความเสี่ยงในประชากรตามเงื่อนไขทรัพยากรของประเทศในปีนั้นๆ

มาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิต

1. บริการตรวจวัดระดับความดันโลหิตโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเครื่องมือและการวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อการคัดกรอง
2. บริการแจ้งค่าและอธิบายความหมายระดับความดันโลหิตที่วัดได้
3. บริการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิต

หมายเหตุ

- 1.3.1 เครื่องมือวัดความดันโลหิตที่มีมาตรฐานเพื่อการคัดกรอง ได้แก่
 - 1.3.1.1 เครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดปรอทที่มีการสอบเทียบค่าเป็นระยะ
 - 1.3.1.2 เครื่องมือวัดดิจิทัลชนิด Cuff พันรอบแขนที่มีขนาดเหมาะสมกับ

ผู้ถูกคัดกรอง



1.3.2 การวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติโดยเฉพาะ

1.3.2.1 ให้นั่งพักก่อนอย่างน้อย 5 นาที

1.3.2.2 วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 5 นาที

1.3.2.3 บริการแจ้งค่าและอธิบายความหมายความดันที่วัดได้ให้แก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรองและอธิบายความหมายของระดับความดันโลหิตต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือดอื่น ๆ แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิต และโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อโรคของผู้ถูกคัดกรอง ทั้งนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม 1 กลุ่มปกติ คือกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ความหมาย ถือว่ายังไม่เป็นโรคและมีความเสี่ยงน้อย

แนะนำ ให้ระมัดระวังน้ำหนักเกินและการขาดการเคลื่อนไหว

มีวิธีนี้ ๆ นอน

กลุ่ม 2 กลุ่ม Pre-Hypertension คือกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

ความหมาย เป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเริ่มที่โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและอัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย

แนะนำ การปฏิบัติตัวลดเค็ม เพิ่มกินผัก ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก

ในกรณีที่มีน้ำหนักเกิน หยุดสูบบุหรี่ ควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่ม 3 กลุ่มเสี่ยงสูงหรือกลุ่มสงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

ความหมาย สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

แนะนำ ให้ส่งต่อไปรับการวินิจฉัยโดยแพทย์

กลุ่ม 4 กลุ่มแพทย์วินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยา

ความหมาย ถือว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงต้องได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 - 59 ปี และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท



2.2 พฤติกรรมสุขภาพ (Behavior)

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2544) พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของสิ่งที่มีชีวิตในลักษณะต่าง ๆ ตามสถานการณ์ สภาวะแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าแล้วแต่กรณี พฤติกรรมของคนจำแนกได้ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้เห็นได้ เช่น ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและทัศนคติ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้เห็นได้ เช่น การกระทำ การพูด การเขียน ที่แสดงถึงความรู้ความเข้าใจและความเชื่อในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2545) ได้สรุปความหมายของคำว่าพฤติกรรมมนุษย์ หมายถึง การกระทำของมนุษย์ ทั้งทางกายกรรม วาจกรรม และมโนกรรม โดยรู้สำนึกและไม่รู้สำนึกทั้งที่สังเกตได้ และไม่อาจสังเกตได้

สรุป พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลหรือปฏิกริยาต่าง ๆ ที่แสดงออก ทั้งที่สังเกตได้และไม่อาจสังเกตได้ รวมทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว จากความหมายต่าง ๆ เราสามารถแบ่ง พฤติกรรมเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Over Behavior) หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การเดิน การวิ่ง ยิ้ม พูด คำว่าสังเกตได้ อาจด้วยการพูด สัมผัส ก็ได้
2. พฤติกรรมภายใน (Cover Behavior) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจ ในสมองคน เช่น ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในมีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมภายนอก เช่น คนมีความเชื่ออย่างไร ก็แสดงออกตามพฤติกรรมตามความเชื่อนั้น และถ้าต้องการสังเกต พฤติกรรมภายใน อาจต้องอาศัยการกระตุ้น หรือมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เจ้าของพฤติกรรมแสดงออกมา เป็นพฤติกรรมภายนอก เช่น ถาม หรืออาศัยแบบสอบถาม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการคาดเดาพฤติกรรมภายในได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2535) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำที่มุ่งเน้นในเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

ศิริณี อินทรหนองไผ่ (2546) คือ การแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอกที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ในการกระทำหรืองดกระทำที่มีผลต่อสุขภาพรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ (2545) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการด้านเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมด้านการรักษาโรคเป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือ มีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจหรือสังคมเกิดขึ้นซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาโรค หรือการรับรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค ค่านิยม ความเชื่อดั้งเดิม
2. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค เป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคล เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งขึ้นกับ ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมของบุคคล เช่น พฤติกรรมการล้างมือก่อนกินอาหาร พฤติกรรมการกินดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น



3. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่แสดงออกของบุคคล เพื่อการดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การออกกำลังกาย การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

4. พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขเป็นการกระทำ หรือแสดงออกของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ดี เช่น การร่วมกิจกรรมรณรงค์ ควบคุมโรคไข้เลือดออก การพาสุนัขไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

สรุป พฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออก หรือการกระทำของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วมีความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ มักจะทำให้เขาปฏิบัติ หรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตนความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527)

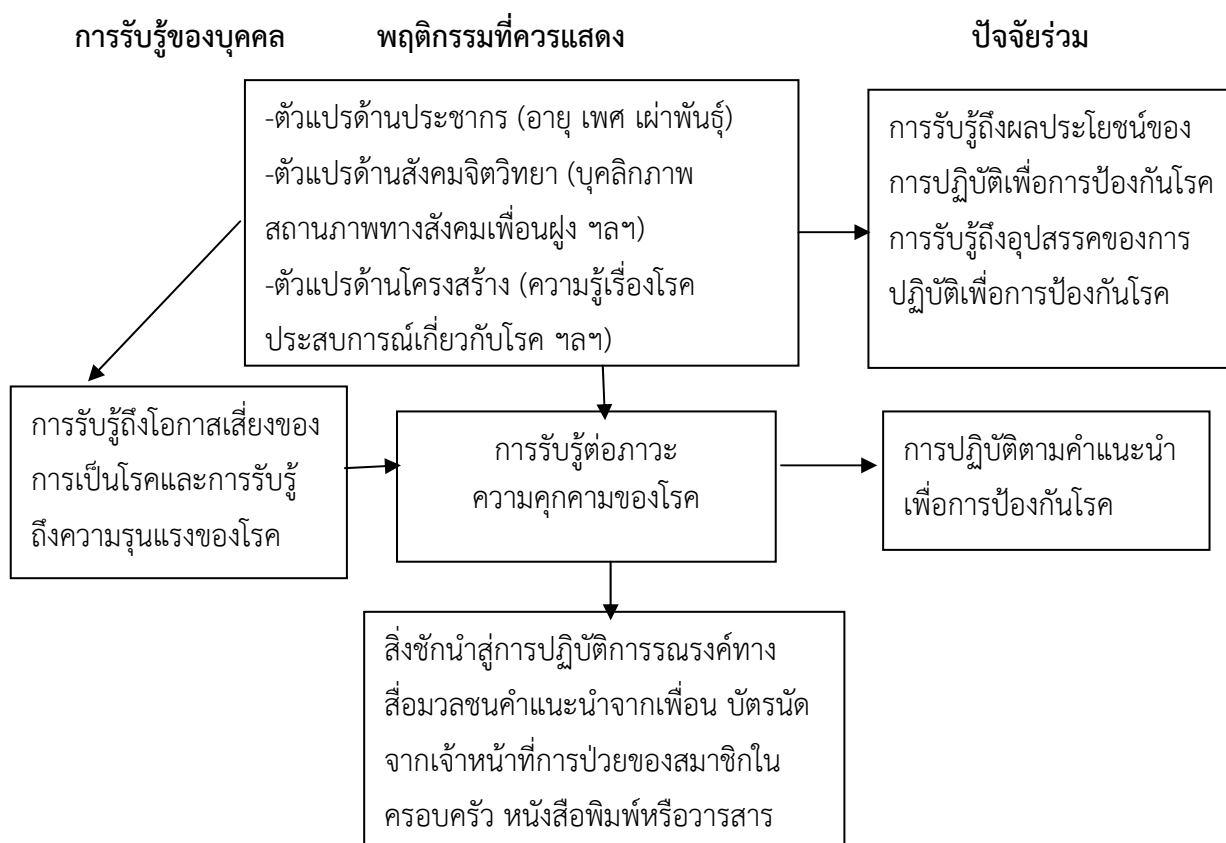
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbaum, Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชากรไม่ยอมรับวิธีป้องกันโรคใด ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้คิดค่าบริการใดหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น ค.ศ. 1950 - 1960 เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive Valence) แรงด้านลบ (Negative Valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบพฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือก โดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่



สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550; อ้างอิงมาจาก Maiman and Becker.1974; Mikhail. 1981)

Rosenstock (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 19 อ้างอิงมาจาก Rosenstock, 1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลาความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 19 อ้างอิงจาก Rosenstock, 1976) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่อาการก็ตาม การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้ พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2548: 19 ; อ้างอิงมาจาก Becker et al, 1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิ





ภาพประกอบ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค
ที่มา (Becker, and Maiman, 1975)

Becker และ Maiman ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง และสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived Susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยงที่เขามีโอกาสเกิดโรคซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย แต่ละบุคคลจะมีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนอาจเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นผลให้บุคคลนั้นเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเต้านม การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การรับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดี จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ



2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับ อารมณ์ ความรู้สึก ความแตกต่างระหว่างบุคคลซึ่งอาจคิดว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงขั้นคุกคามต่อชีวิตเกิดความพิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อตนเองครอบครัวและสังคม การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคยังรวมถึง ความกลัว (Fear) ต่อการคุกคามของโรคนั้นเป็นผลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ เช่น ผู้ที่กลัวความรุนแรงของโรคเบาหวานจะให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียนอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ในทางลบซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบาย หรือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้น บุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการป้องกันและรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน



สรุป จากทฤษฎีดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บุคคลใด ๆ จะยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนนั้น บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงต่อโรคว่าโรคนั้นมีอันตรายกับตน มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวการรับรู้ผลประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นผลที่ได้รับมีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรตามองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการ (Management)

การจัดการ (Management) เป็นกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Goal) ขององค์การโดยอาศัย การวางแผน การจัดการ การชักนำ หรือการเป็นผู้นำและการควบคุมทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และคณะ, 2546: 4)

กระบวนการจัดการ (Managerial Process) ประกอบด้วยการทำงานที่สำคัญ 4 ประการคือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร (Leading) และการควบคุมกำกับ (Controlling) จากความหมายนี้ การจัดการเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานงานกันซึ่งผู้จัดการต้องเข้ามาช่วยเพื่อให้บรรลุจุดหมายขององค์การ ประเด็นสำคัญของการจัดการ (Management) มีลักษณะดังนี้

1. การจัดการสามารถประยุกต์ใช้กับองค์การใดองค์การหนึ่งได้
2. เป้าหมายของผู้บริหารทุกคน คือ การสร้างกำไร
3. การจัดการเกี่ยวกับผลผลิต (Productivity) ซึ่งหมายถึง ประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness)
4. การจัดการสามารถนำมาใช้กับผู้บริหารในทุกระดับชั้นขององค์การ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับวงจรคุณภาพของเดมมิง

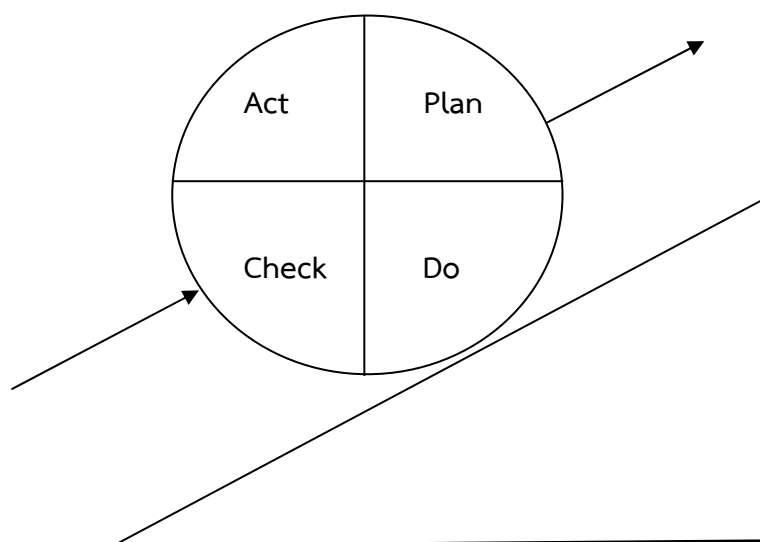
PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง การดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวคิดวงจรคุณภาพนี้วอลท์เทอร์ชิวฮาร์ท เป็นผู้พัฒนาขึ้นเป็นคนแรกในปี ค.ศ.1939 และเอ็ดวาร์ด เดมมิง เป็นผู้นำมาเผยแพร่ในประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 1950 จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทำให้นิยมเรียกว่า “วงจรของเดมมิง (Deming Cycle)”

ความหมายและความสำคัญของวงจรของเดมมิง (PDCA)

วรภัทร์ ภูเจริญ (2542: 27) วงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA) หมายถึง ระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพเป็นที่รู้จักแพร่หลาย ประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) การนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไข



การทำงาน(Action) การใช้วัฏจักรคุณภาพของเดมมิ่งต้องดำเนินการอย่างมีวินัยให้ครบวงจรหมุนเวียนไปไม่มีหยุดหย่อน ซึ่งแนวคิดวัฏจักรคุณภาพนี้ วอลเทอร์ชีวฮาร์ท เป็นผู้พัฒนาขึ้นเป็นคนแรกในปี ค.ศ. 1939 และ เอ็ดวาร์ด เดมมิ่ง เป็นผู้นำมาเผยแพร่ในประเทศไทยญี่ปุ่น .ใน ปี ค.ศ. 1950 จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทำให้นิยมเรียกว้ฏจักรนี้ในอีกชื่อหนึ่งว่า “วงจรถมมิ่ง” (Deming cycle) นอกจากนี้ โนริอะคิ คะโน ยังได้กล่าวถึงวงจรถมมิ่งว่า “ PDCA ก็คือ วัฏจักรการบริหาร” คุณภาพถือเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ในความสำเร็จของทุกองค์การ ที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสนใจและความสำคัญ นอกจากนี้ระหว่างการสอนและเป็นที่ปรึกษาให้กับนักธุรกิจและนักอุตสาหกรรมชาวญี่ปุ่น Deming ได้นำวงจรของ Walter A. Shewhart มาปรับปรุงและอธิบายให้เห็นเป็นรูปธรรม จนคนส่วนมากรู้จักในชื่อของ วงล้อเดมมิ่ง (Deming Cycle) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพประกอบ 2.2



ภาพประกอบ 2.2 วงล้อเดมมิ่ง (Deming Cycle)

1. การวางแผน (Plan : P)

จะเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรถมมิ่ง เพราะแผนจะกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ แผนจะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหาซึ่งต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรคและข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์การให้หมดไปอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้องค์การสามารถดำเนินงานบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการโดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพจะมี 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหา ที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิกแต่ละคนจะร่วมมือและประสานงานกันอย่างใกล้ชิดในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป



1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือสาเหตุของปัญหาเพื่อใช้ในการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็น ระบบ ระเบียบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตาราง ตรวจสอบ แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหา เพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่อง ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแกงปลา แผนภูมิ พาวเรโต และแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนในทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) ในการแก้ปัญหา โดยสร้างทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

1.4 เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงการทำงาน โดยร่วมกันวิเคราะห์และพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ผ่านการระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

2. การปฏิบัติ (Do : D)

นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าปัญหานั้นเป็นงานที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ภายในกลุ่มก็สามารถปฏิบัติได้ทันทีหากปัญหามีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหน่วย หรือกลุ่มอื่น ก็ต้องแจ้งให้ผู้บริหารสั่งการให้หน่วยงานอื่นประสานงานและร่วมมือแก้ไขปัญหาให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การตรวจสอบ (Check : C)

ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลงานที่ปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบผลการทำงานก่อนการปฏิบัติงานและหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ถ้าผลลัพธ์ที่ออกมาตรงตามเป้าหมายก็จะนำไปจัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ต้องการ ทีมงานคุณภาพก็ต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพขึ้น

4. การปรับปรุง (Action : A)

กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต หรือทำการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้คาดหวัง และปัญหาเฉพาะหน้าในการดำเนินงานจนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายแล้ว จึงจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในอนาคต และจัดทำรายงานต่อผู้บริหาร และกลุ่มอื่นได้ทราบหรือไม่

สรุป วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงจร PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement)



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของ กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ PDCA เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

1. Plan : P กระบวนการจัดทำแผนงานโครงการมีขั้นตอนหลัก 2 ขั้นตอน คือ

1.1 ขั้นตอนกระบวนการเข้าใจปัญหา

1.1.1 วิเคราะห์การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคทางระบาดวิทยา เพื่อทราบการกระจายของโรค ทำให้สามารถหาสาเหตุ สอบสวนโรค และแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้ถูกต้อง เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ ลดโรคแทรกซ้อนทางสมอง ตา ไต เท้า ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายและการมีอายุยืนยาวขึ้น

1.1.2 ดำเนินการคัดกรองประชากรอายุ 15 - 65 ปี ให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่ม และจัดทำทะเบียนการคัดกรองโรคที่มีจำนวนรายชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มต่างๆ ให้ชัดเจน ดังนี้ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่ สุรา วิเคราะห์แปลผลสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 5 ด้าน เปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายด้วยโปรแกรม HBSS online วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและวางแผนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ดีจะกำหนดตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่เป็นสาเหตุหลักของพฤติกรรม ได้แก่

1.2.1 การไม่รู้ จัดให้กิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องออกแบบให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเข้าใจ

1.2.2 การไม่ตระหนัก (รู้ว่าดีแต่ไม่ทำ หรือ รู้ว่าไม่ดีแต่ทำ) จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายวิธี เช่น การใช้ตัวแบบที่ดี กระบวนการกลุ่ม หรือการมีส่วนร่วม

1.2.3 การขาดแคลนอุปกรณ์/สถานที่ จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริหารจัดการให้มีปัจจัยเอื้อดังกล่าว

1.2.4 กระทำแต่ไม่ต่อเนื่อง (ทำบ้างไม่ทำบ้าง) จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน กฎหมาย เป็นต้น

1.3 กระบวนการแก้ไขปัญหาวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบการประชาคมซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่ชุมชนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมใน การคิด ตัดสินใจ ร่วมทำและรับรู้ผลร่วมกันซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 คัดข้อมูลสู่ชุมชน

1.3.2 ค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมโดยการตั้งคำถามนำเข้าสู่กระบวนการว่าทำไมเราจึงเป็นอย่างนี้และจะแก้ปัญหานี้อย่างไร โดยการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายและการระดมทางสังคม

1.3.3 ค้นหาความต้องการของรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ



1.3.4 เขียนแผนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องลดภาวะเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น น้ำหนักตัว รอบเอว ค่า BMI ค่าระดับความดันโลหิต เป็นต้น เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ป้องกันไม่ให้เกิดโรค

1.3.5 กำหนดกิจกรรมดำเนินงานต้องเป็นกิจกรรมที่สนองต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงเป็นหลัก เพื่อจะได้ส่งผลตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. Do : D กระบวนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 การดำเนินให้สุศึกษา กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีสุศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม และจำเป็นต้องให้สุศึกษาทั้งชุมชน ร่วมกับใช้การสื่อสารสุขภาพและใช้สื่อสาธารณะ กลุ่มผู้ป่วยให้สุศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อติดตามการพฤติกรรมรักษาและกินยา

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในอดีตมักดำเนินงานเชิงรับ คือ รอให้ผู้ป่วยมาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพ แต่ในปัจจุบันได้ปรับกลยุทธ์ให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรับ คือ ในสถานบริการสุขภาพและเชิงรุกในชุมชน สถานศึกษา ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ

2.3 ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.3.1 วิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนา/พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ และตรวจสอบข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วยตามระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.3.2 สรุประเด็นปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยและญาติ

2.3.3 ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น

2.3.4 สรุปรแนวทางการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

2.3.5 นัดหมายการเยี่ยมบ้าน

3. Check : C การประเมินผล

การประเมินผลจะประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเป็นหลัก การประเมินผลที่ดีจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทุกระดับของการดำเนินงาน ได้แก่ ระดับกระบวนการ (Process) ผลผลิต (Out Put) ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบ (Impact) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงาน ในประเด็นดังนี้

3.1 ประเมินความแออัด คือ จำนวนผู้มารับบริการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ

3.2 ประเมินกลุ่มเป้าหมายที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง คือ ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3.4 ประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ คือ ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายไม่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว รอบเอว BMI ระดับความดันโลหิต เป็นต้น

3.5 ประเมินสภาวะสุขภาพ คือ อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายเก่าเปรียบเทียบกับเกณฑ์

3.6 ประเมินค่าใช้จ่าย



4. Act : A การสะท้อนกลับผลการดำเนินงานเพื่อการพัฒนางาน

การสะท้อนกลับความก้าวหน้า ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และแนวทางในการดำเนินงานต่อไป ซึ่งการสะท้อนกลับควรดำเนินการเป็นระยะ ๆ ตลอดการดำเนินงานเพื่อจะได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งมีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 ประชุมทีมงานเป็นระยะ ๆ

4.2 ติดตามและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4.3 ร่วมประชุมประจำเดือนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เพื่อจะได้ทราบความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นดังนี้

4.3.1 ดูรายงานผลการดำเนินงานในกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วยที่กินยาเพิ่มมากขึ้น

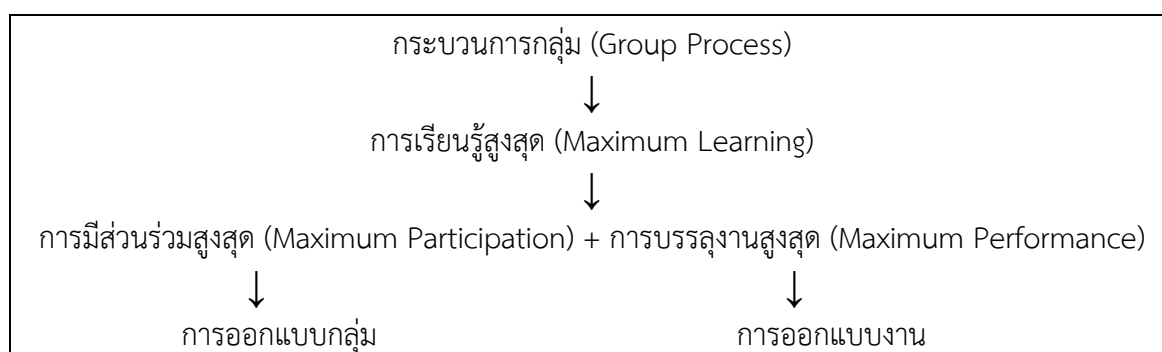
4.3.2 ดูรายงานผลการดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีจำนวนลดลง

4.3.3 ดูรายงานผลการดำเนินงานในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมีจำนวนคงที่

2.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม (Group Process) หมายถึง ที่รวมแห่งประสบการณ์ของตัวบุคคลหลายๆ ที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเรียกว่าเกิดการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การปฏิสัมพันธ์นี้เองช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนจะได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน และผลลัพธ์ประการต่อมาก็คือทำให้แต่ละคนเป็นแรงจูงใจให้แกกันและกันและมีความเอื้ออารีต่อกันอีกด้วย ผลรวมของประสบการณ์ย่อมเกิดเป็นพลังของกลุ่มซึ่งมีทิศทาง มีอัตราความเร็วและมีปริมาณอยู่ในตัวของมันเองสมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกในความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นที่มาแห่งความพึงพอใจ อันเป็นตัวการสำคัญที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดีขึ้นต่อไปตัวอย่าง เช่น กลุ่มต่อต้านการคอร์รัปชัน สมาชิกในกลุ่มอาจมาจากที่ต่าง ๆ กัน ต่างฐานะ แต่สนใจในการต่อต้านการคอร์รัปชันที่เหมือนกันมารวมกันตั้งเป็นกลุ่มขึ้น สมาชิกมีการประชุมพบปะปรึกษาหารือกันอยู่เสมอได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นกัน ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนให้ชัดเจนให้ลดลงไป บางครั้งได้ช่วยกันแก้สถานการณ์การคอร์รัปชันบุคคลในวงงานของตนเองได้ทำให้ผู้คอร์รัปชันถูกลงโทษตามกฎหมาย ทุกคนจะมีความรู้สึกพึงพอใจและชื่นชมในผลงานหรือความสำเร็จที่เกิดจากการร่วมมือกันของกลุ่มต่อไปก็จะมีกำลังใจอยากช่วยกันขจัดปัญหาการคอร์รัปชันให้ลดน้อยลงไปอีกอย่างไม่หยุดหย่อน ก็จัดได้ว่ากลุ่มนี้ใช้วิธีของกระบวนการกลุ่มให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด ดังภาพประกอบ 3 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 18-19)





ภาพประกอบ 2.3 รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

1. การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็ก 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ซึ่งกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีข้อเสียจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้น ผู้สอนควรพิจารณาการออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและ กิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ของกลุ่มแต่ละประเภท มีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด ดังตาราง 3 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 18-19)

ตาราง 2.3 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมของกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมของกลุ่ม	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน	ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือฝึกปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Group)	ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันได้	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกคน	ขาดความหลากหลาย
กลุ่มย่อยระดมสมอง (Buzz Group)	เป็นการรวมกลุ่มกัน 3-4 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	ต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้น ๆ ได้ข้อสรุปที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก	ขาดความลึกซึ้งเพราะไม่มีเวลาอภิปรายมาก
กลุ่มเล็ก (Small Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน ทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอภิปรายกันได้ลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลานาน



ตาราง 2.3 (ต่อ)

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมของกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมของกลุ่ม	ข้อจำกัด
กลุ่มใหญ่ (Large Group)	เป็นการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ 15-30 คน หรือทั้งชั้น	ต้องการให้เกิดการโต้แย้ง หรือรวบรวมความคิดจาก กลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป	บางคนอาจให้ความ สนใจหรือมีส่วนร่วม น้อย
กลุ่มไขว้ (Cross-over Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้นตอน โดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรม เฉพาะบางกลุ่มจนเชี่ยวชาญ แล้วรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อ บูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ ศักยภาพของตนในการ สร้างความรู้ของผู้เรียน จะมีส่วนร่วมมีเนื้อหา เพิ่มมากขึ้น	ใช้เวลามาก อาจมี บางส่วนตกหล่น
กลุ่มแบ่งย่อย (Sup Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้นตอน จากกลุ่ม 8-12 คนแบ่งเป็น 3-4 กลุ่ม เพื่อให้ทำงานกลุ่ม ละอย่าง (ที่ไม่เหมือนกัน) แล้วนำมารวมเป็นกลุ่มใหญ่ เพื่อบูรณาการ	ไม่มีวิทยากรประจำกลุ่ม ย่อยแบ่งกันทำงานแล้ว จะมาสรุปความเห็นใน กลุ่มใหญ่	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ ต้องใช้วิทยากรประจำ กลุ่มช่วยเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์
กลุ่มปิรามิด (Pyramid Group)	รวบรวมความคิดเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้นเป็นชั้นๆจน ครบทุกชั้น	สร้างความตระหนักและ ความเข้าใจในความรู้สึก นึกคิดของแต่ละกลุ่ม หรือฝ่าย	ขาดข้อสรุปหรือ ความลึกซึ้ง

การที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่มีหลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมงสอน จะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียน มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มาก มีการเคลื่อนไหวทางการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีการตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างของกลุ่ม

โครงสร้างของกลุ่ม หมายถึง การจัดระบบการดำเนินงานของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่ม บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ระบบหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องสำคัญ ๆ ของกลุ่มที่ควรกล่าวถึง ได้แก่ เรื่องของ ผู้นำอำนาจ สถานะภาพ บทบาท การติดต่อสื่อสาร ปทัสถานกลุ่ม บรรยายากาศกลุ่ม ขวัญ และข้อขัดแย้ง (ชาญ ธีรพิทยากุล, 2522) มีรายละเอียดดังนี้

ผู้นำกลุ่ม หมายถึง บุคคลหนึ่งของกลุ่มที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือได้รับความไว้วางใจให้ เป็นผู้ที่มีอำนาจ มีหน้าที่ในการประสานงานกับบุคคลในกลุ่ม หรือให้บริการหรือนิเทศงานในกลุ่มหรือ ให้กลุ่มดำเนินงานไปตามเป้าหมายที่กลุ่มกำหนดไว้



อำนาจกลุ่ม หมายถึง ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ เป็นไปตามที่ต้องการได้ในรูปของการลงโทษ หรือรางวัล อำนาจในกลุ่มจะต้องเป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่ม ยอมรับและปฏิบัติตามด้วย トラบใดที่สมาชิกในกลุ่มไม่ยอมรับ และไม่ปฏิบัติตามแล้วไม่มีผลตามมา อำนาจนั้นก็หมดไปโดยปริยาย

สถานะภาพกลุ่ม หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่ของสมาชิกในกลุ่มว่ามีสภาพสัมพันธ์กัน อย่างไรอะไรเป็นตัวที่ทำให้มีสภาพในกลุ่มเช่นนั้น เช่น เป็นผู้นำ เป็นผู้ตาม เป็นเพื่อน ซึ่งสภาพเช่นนี้ สมาชิกต้องจำยอมไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

บทบาทกลุ่ม หมายถึง แบบแผนของความสัมพันธ์ที่คาดหวังซึ่งจะให้บุคคลแสดงออก เมื่อมาอยู่ในรูปของสิทธิหน้าที่หรือพูดอีกแง่หนึ่ง บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มที่ แสดงออกตามสถานะภาพของตนเอง เช่น บทบาทของการเป็นพ่อ บทบาทของการเป็นครู บทบาท ของการเป็นคนไข้ เป็นต้น

การติดต่อสื่อสารกลุ่ม หมายถึง การนำเอาข่าวหรือความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งต้องการ แสดงออกไปยังบุคคลอีกคนหนึ่งในกลุ่ม ทราบแล้วตอบสนองความรู้สึกออกมาเป็นการรับรู้

ปทัสถานกลุ่ม ได้แก่กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนหรือแนวการปฏิบัติที่กลุ่มกำหนด ขึ้นมาจนเป็นที่ยอมรับแล้วปฏิบัติตามกันเป็นมาตรฐานในหมู่สมาชิกทุกคน

บรรยากาศกลุ่ม ได้แก่บรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้อต่อการที่สมาชิกในกลุ่มจะได้แสดง ความจริงใจต่อกันมากที่สุด โดยการทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าทุกคนมีความเสมอภาค มีเสรีภาพ และมีเอกภาพในกลุ่ม

ข้อขัดแย้งกลุ่ม หมายถึง การที่สมาชิกกลุ่มไม่สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้มีการแตกแยกกันในกลุ่มสมาชิก ทำให้สมาชิกไขว้เขว และหยุดชะงัก

ความสำเร็จของการใช้กระบวนการกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) เป็นการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมา รวมกัน มีการพึ่งพาอาศัยและมีสัมพันธ์ต่อกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีความพึงพอใจมีการยอมรับและ เคารพในความคิดเห็นกันและกันและมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งช่วยส่งเสริมความคิด ริเริ่มของบุคคลและเกิดแรงจูงใจ ส่งเสริมการแสดงออกอย่างเสรีของบุคคล ทำให้บุคคลทำงานร่วมกัน อย่างมีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้สามารถฝึกการปกครองที่เป็น ประชาธิปไตยได้สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเองและผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ทำให้เกิดพลังในการปฏิบัติสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ในการจัดตั้งกลุ่มคือ

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะโดยให้แนวคิดไว้ 3 ประการ

1.1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องคำนึงถึงความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ความสามารถส่วนบุคคลและความสนใจของสมาชิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์

1.1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปต้องคำนึงถึงความรู้ที่ได้รับ ความมั่นใจ ในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมที่ดี สร้างบรรยากาศให้สมาชิกได้เปิดเผยความรู้สึก อย่างอิสระ อธิบายความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม



1.1.3 การกำหนดวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ ให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็น และปัญหาของผู้อื่นอธิบายความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม

1.2 การคัดเลือกสมาชิกมาเข้ากลุ่ม ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะและความพร้อม ของผู้ที่จะมาร่วมกลุ่ม คุณลักษณะที่ควรคำนึงถึงได้แก่

1.2.1 สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรู้จักคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การติดต่อสื่อสารสิ่งเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันเพราะถ้าคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงทาง อารมณ์อาจไม่เหมาะสมในการจัดเข้ากลุ่ม

1.2.2 ความต้องการในการเข้ากลุ่ม การใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ พบว่าสมาชิกในกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญมากในการมีปฏิสัมพันธ์ การจัดคนเพื่อเข้ากลุ่มต้องเป็นคนที่มีความต้องการเข้ากลุ่มจึงจะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ การประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มนั้น ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ ชักถามความต้องการและความคาดหวังในการเข้ากลุ่มเพื่อให้ผู้ที่จะเข้ากลุ่มได้ แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม การประเมินคุณลักษณะดังกล่าวนี้ สามารถประเมินได้ จากการชักถาม การสัมภาษณ์ และเมื่อมีการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้ากลุ่มแล้ว ถ้ามีการเข้ากลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง ควรมีการแจ้งให้สมาชิกทราบและมาเข้ากลุ่มจนครบทุกครั้ง

1.2.3 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินการ กลุ่มการกำหนดจำนวนสมาชิกมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำที่จะ จัดกลุ่มขนาดใด นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม (Marram. 1978: 124) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่เกิน 20 คน กลุ่มย่อย ควรมีสมาชิก 5 - 7 คน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดสำหรับกลุ่มใหญ่ควรมีสมาชิก จำนวน 4 - 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด นอกจากนี้ควรจัดให้ สมาชิกนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกได้เห็นหน้า สบตาซึ่งกันและกันและการสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิดจะทำให้ ความรู้สึกนึกคิดเป็นไปในทางเดียวกัน

1.2.4 เวลาและสถานที่ในการใช้กระบวนการกลุ่ม การทำกลุ่มควรจัด สถานที่ให้เป็นสัดส่วน (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ จัดบรรยากาศให้เหมาะสมกับการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย เวลาที่ใช้ควรเป็นเวลาวางจากการทำกิจกรรมอื่นๆ และต้องกำหนดวัน เวลาให้แน่นอน โดยต้องเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา และควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการจัดจะเป็นเท่าใดขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและเนื้อหา เป็นสำคัญ

2. ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม (Leadership) มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดีและดำเนินการกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพหน้าที่ของ ผู้นำกลุ่มมี 4 ประการ



2.1 เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และต้องตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของสมาชิก

2.2 สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวา ให้ทุกคนมีอิสระในการสร้างความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่างๆ และมีอิสระในการหาทางแก้ไขปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกให้เกิด ความรู้สึกเป็นกันเอง

2.3 ดูแลความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อ การดำเนินการให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และควรได้มีการประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะๆ

2.4 กำหนดความมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนบรรลุ จุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (เสกสันต์ จันทนะ, 2551: 59 อ้างอิงจาก Marram, 1978: 154-161)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ : สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (The Introductory Phase : Securing a Psychosocial Environment Conducive to Self-Expression) ระยะนี้เป็น ระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก ด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับ สมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายภายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม จะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดง ความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจมีความมั่นคง ปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกกระหาย ได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ : สมาชิกมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (The Working Phase : Locating Responsibility in Members) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและ เชื่อมมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความ สนใจอยู่ที่ปัญหายอมรับว่าตนเองมีปัญหาหาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม คอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิด ใหม่ ๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูล ย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับระยะนี้เป็นระยะระดม เอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม : ถึงเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Terminating the Group : Arriving at a Perspective on Self and others Through Change) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้ สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาของตนเองและความสำเร็จของ กลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิด ความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิด อย่างเต็มที่



การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิค กระบวนการกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มคือการที่บุคคลมากกว่า 2 คน มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน

ข้อดีของการอภิปรายกลุ่ม มีดังนี้คือ

1. ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้เรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน
2. การที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นจะทำให้เขาเต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น
3. การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งมีผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม
4. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้เกิดความรู้สึกรอบอุ้นที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้น ๆ แต่ผู้เดียวทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีส่งเสริมให้ผู้เรียนเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความ-เชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและผู้เรียนได้แสดงความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน

การจัดอภิปรายกลุ่ม จึงเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วม สำหรับการจัดทำแผนกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อให้ความรู้เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ระบุปัญหาให้กับชุมชน คิดวิธีการแก้ปัญหา แล้วบอกให้ประชาชนปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ หรือเป็นผู้ลงมือแก้ไขเสียเองมาเป็นบทบาทผู้สนับสนุน การเรียนรู้ สนับสนุนวิชาการ และทรัพยากรที่จำเป็นที่เกินกำลังความสามารถของชุมชน โดยมีกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการเรียนรู้ที่เริ่มจากประสบการณ์ใกล้ตัวของผู้เข้ารับการอบรมและเจ้าหน้าที่มีบทบาทสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการอบรมได้คิด วิเคราะห์ อภิปราย และแสดงออกมากที่สุดและที่สำคัญการเรียนรู้ที่ดีจะต้องมีการวางแผนและลงมือปฏิบัติจริง พร้อมทั้งประเมินผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ประสบการณ์ และช่วยกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน กลุ่มจะให้ประโยชน์สูงสุดสมาชิกก็ต่อเมื่อสมาชิกนำเอาประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากกลุ่มไปแก้ไขปัญหาค้นหาที่ตนเองประสบอยู่ แล้วนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลย้อนกลับให้แก่สมาชิกกลุ่ม กระบวนการกลุ่มจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7 การเรียนรู้และแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ (2545: 38-39) ได้ให้ความหมายอย่างง่าย ๆ ว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม



สวน สิทธิเลิศอรุณ (2545: 64) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ เช่น การเรียนหนังสือ ดังนั้น การเรียนรู้จึงเป็นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือกิจกรรมที่จัดทำขึ้น และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นต้อง เป็นพฤติกรรมที่ถาวรมิใช่เกิดจากภาวะ

แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544: 8-21) ได้สรุปการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีพัฒนาการจากการที่นักปรัชญาการศึกษา Deweyian ได้เริ่มใช้วิธีการ เรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึง ความสามารถของผู้เรียนออกมา ในรูปของการเรียนรู้ ที่เรียกว่า Active Learning ผู้เรียนจะมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียน เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมในการเรียนการสอน ในเวลาต่อมาจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการเรียนรู้ โดยการแก้ปัญหา (Problem Solving) การเรียนรู้โดยร่วมมือกัน (Cooperative Learning)

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ ที่ เรียกว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) Kolb (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2544 ก: 8 อ้างอิงจาก Kolb, 1984) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และพัฒนา Kolb's model เป็นวงจรของการเรียนรู้ ที่การได้รับความรู้ ทักษะ และทักษะจะอยู่ใน กระบวนการ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้แก่ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) และการทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) การเรียนรู้เชิง ประสบการณ์ ของ Kolb นี้ ได้มีนักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำไปใช้อย่างแพร่หลายเป็นเครื่องมือ การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็น การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ และทักษะได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผลวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta Analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มเพราะในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนการทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ดีนั้นต้องผ่าน กระบวนการกลุ่มฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และเพื่อช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้ จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน



4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดง บทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้ องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544: 4 -16 อ้างอิงจาก Kolb, 1991: 59) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ ถนัด หรือมีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริงมาแล้ว แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็น หรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นจะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้นผู้เรียนควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้านและควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจรหรือทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ประสบการณ์ การสะท้อน/อภิปราย การทดลอง/ประยุกต์แนวคิดความคิดรวบยอด

1. ประสบการณ์ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่มีประสบการณ์มาก่อนแล้ว เช่น ฝึกอบรมเกี่ยวกับการประเมินโครงการให้แก่นักวิชาการ จะเห็นได้ว่าผู้เรียนคือนักวิชาการจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินในกิจกรรมอื่น ๆ มาก่อนซึ่งนำมาใช้ในการอบรมครั้งนี้ได้ องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์ดังที่กล่าวแล้ว ได้ดึงประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ ขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอนที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการอบรมจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้ผู้เรียนการที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตนเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อน ๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเองและได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี ผู้สอนไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเองผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อน และอภิปราย เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็น การวิเคราะห์ วิจัย ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิดความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้นและผลของการสะท้อนความคิดเห็น การอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะที่กลุ่มผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีมบทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จการควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบนี้จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้และเจตคติ ในเรื่องข้ออภิปราย การที่ผู้เรียนจะอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหนเป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่ขึ้นอยู่กับการที่ผู้สอนจัดเตรียมซึ่งจะประกอบไปด้วยประเด็นอภิปราย หรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ



3. ความคิดรวบยอด เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัยเกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตชิ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมุติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ของการอบรม ตั้งไว้ว่าให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวางแผนประเมินโครงการได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ขององค์ประกอบนี้ ผู้สอนต้องเตรียมใบงานให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองทำ แผนการประเมินโครงการ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงการจากการเรียนรู้ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาใช้ในการเรียนการสอนหรือการอบรมส่วนใหญ่ มักจะขาดองค์ประกอบทดลอง/ประยุกต์แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ไม่ใช่เรียนแค่รู้แต่ควรรนำไปใช้ได้จริง

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหรือการอบรมแบบมีส่วนร่วม จำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตรเกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์หรือความคิดรวบยอดซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียนได้ดึงข้อมูลเก่าหรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอภิปรายและการประยุกต์ใช้ระยะเวลาแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด

จุดประสงค์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้สูงสุดใน 3 ด้าน

1. พุทธิพิสัย (Knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยการใช้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว

2. จิตพิสัย (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิดความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดขึ้นไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึกเป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์และมีความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิดความเชื่อและเจตคติหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือการกระตุ้นความรู้สึกโดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอย่างที่ผู้สอนต้องการและการเปิดเผยตนเองเป็นการดึงประสบการณ์ความคิดเห็น หรือเจตคติของผู้เรียนต่อสื่อที่ผู้สอนนำเสนอ



2.2 ชั้นจัดระบบความคิดความเชื่ออาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิดและความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนไป

3. ทักษะพิสัย (Skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อนแต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริงให้รับรู้ว่าทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไรจากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรืออภิปราย และความคิดรอบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำเป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบการทดลองและประยุกต์แนวคิด

สรุป จะเห็นได้ว่าลำดับการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากการได้รับประสบการณ์และความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเริ่มต้นจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องผ่านการคิดวิเคราะห์จัดระบบความคิดความเชื่อของตนจนเกิดเจตคติต่อเรื่องนั้น ๆ มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อเรื่องใดเรื่องจนชำนาญที่เรียกว่าเกิดทักษะ ซึ่งเกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและเป็น การเรียนรู้ที่แท้จริง หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งการพัฒนาการเรียนการสอน ซึ่งมองว่าการเรียนรู้ที่ดีคือการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีการช่วยเหลือกัน จากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ผู้เรียน มีการพัฒนาด้านความรู้และเจตคติรวมทั้งทักษะ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ความคิด อภิปรายและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จนเกิดความคิดรอบยอดสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิดและเจตคติไปในทางที่ถูกต้องจะ นำมาสู่การพัฒนาทักษะที่ยั่งยืนอีกด้วย

2.8 การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน (เสกสันต์ จันทนะ, 2551: 68-69) หมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชน ตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เยี่ยมเพื่อตรวจดูอาการเจ็บป่วยช่วยเหลือให้การพยาบาล การติดตามโรคต่าง ๆ เพื่อไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องที่และความเป็นอยู่ของประชาชน ตลอดจนถึง ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและสังคม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนและ การป้องกันโรคการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก้ไขและป้องกันความพิการต่าง ๆ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาทางด้าน สุขภาพช่วยจัดสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ให้เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่ดี

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

1. สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้อยู่ดี กินดี สามารถดำรงตนและครอบครัวอยู่ใน สังคมได้ด้วยดี
2. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาพิจารณาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับ สภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม
3. ให้คำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดเจตคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแล สุขภาพตนเองทั้งส่วนบุคคลและครอบครัว



4. ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค
5. ให้การพยาบาลที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง โดยสอนญาติและผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้
6. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบถึงแหล่งบริการด้านสาธารณสุข และรู้จักใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นและเหมาะสม
7. ติดตามผลการรักษา คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
8. ดูแลสุขภาพจิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม สำหรับวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน ในครั้งนี้เพื่อติดตามผลการให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาพิจารณาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้าน
 - 1.2 ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัวตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน
 - 1.3 ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองที่จะปรึกษาปัญหา
 - 1.4 ญาติจะได้รับการฝึกฝนให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่าง ญาติ ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่เกิดความอบอุ่นในครอบครัว

2. ประโยชน์ต่องานบริการสาธารณสุข

- 2.1 ทราบภูมิหลังของครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ
- 2.2 ได้เห็นสภาพที่แท้จริงเป็นประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา
- 2.3 ได้ทราบปัญหาที่แท้จริงทั้งปัญหาโดยตรงและที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 2.4 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศรัทธาในตัวเจ้าหน้าที่และหน่วยงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจความศรัทธา ความเป็นกันเอง ระหว่างผู้ให้การพยาบาลและผู้ป่วยอันจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ตามโครงการและแผนงานที่วางไว้

บทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวถือเป็นสถาบันแรกหรือเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีความสำคัญที่สุด เมื่อใดที่ครอบครัวประสบกับปัญหาและปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อและสัมพันธ์กับสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่ง มีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีผลทำให้สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นขาดหรือบกพร่องในหน้าที่ของตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ฉะนั้นสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ทดแทนและให้การดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยนั้น ยิ่งถ้าเมื่อไรที่ครอบครัวต้องประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครอบครัวต้องต่อสู้กับปัญหาสุขภาพนั้นเพื่อความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถที่จะต่อสู้หรือล้มเหลวในการเผชิญปัญหาภาวะการเจ็บป่วยนั้นครอบครัวย่อมมีผลผลิต หรือการทำหน้าที่ของครอบครัวลดลงในทางตรงข้ามถ้าครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นย่อมหมายความว่าครอบครัวสามารถแก้ไข ปัญหาได้และสามารถดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยได้อย่างดี การให้การดูแลสุขภาพที่บ้านถือได้ว่าเป็นภารกิจที่



สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัว ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างที่ว่าครอบครัวจะต้องทราบภารกิจหรือหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1. ภารกิจทางด้านสุขภาพของครอบครัว

- 1.1 มีความสามารถในการสังเกต คือสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว ยอมรับปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น
- 1.2 มีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง คือ สามารถที่จะตัดสินใจที่จะนำกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมมาให้การดูแลรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วยที่บ้าน
- 1.3 สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลสมาชิกที่เจ็บป่วย พิกการ หรือสมาชิกที่อยู่ในวัยชราหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
- 1.4 สามารถจัดกิจกรรมและรักษาสิ่งแวดล้อมของบ้านเรือนให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและพัฒนาการที่ดีของสมาชิกในครอบครัว
- 1.5 สามารถรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการต่าง ๆ รวมทั้งความพึงพอใจที่จะไปใช้แหล่งบริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

2. บทบาทครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ กิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่กระทำกันภายในครอบครัวไม่ว่าการดูแลนั้น ๆ จะเป็นการกระทำอย่างอิสระหรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้ช่วยเหลือสนับสนุนและการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับครอบครัวมีความสามารถที่จะจัดการดูแลด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามลำพังอยู่แล้ว นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ดียิ่งขึ้นนั้น ครอบครัวจึงควรมีหน้าที่ ดังนี้

- 2.1 ให้การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวสามารถสังเกตได้จากภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้
- 2.2 ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนและช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น
- 2.3 ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการดูแลรักษาเบื้องต้น
- 2.4 ครอบครัวต้องให้ความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัยต่าง ๆ เช่น สถานบริการใกล้บ้าน การอ่านหนังสือ วิทยูและโทรทัศน์ เป็นต้น
- 2.5 สามารถที่จะเลือกและตัดสินใจว่า ควรจะให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น

3. กิจกรรมของครอบครัวที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน มีการให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการปฏิบัติต่อกันอย่างอบอุ่นระหว่าง สามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้แก่

- 3.1 สมาชิกให้ความรักความเข้าใจต่อกันและกัน เช่นความต้องการของแต่ละฝ่าย ความบกพร่อง ความอ่อนแอ ความเข้มแข็งและความสามารถของกันและกัน ทั้งในส่วนของบิดา มารดา บุตรและญาติพี่น้อง



3.2 สมาชิกครอบครัวแสดงความจริงใจต่อกัน เช่น มีความเชื่อมั่น ไว้วางใจเลื่อมใสศรัทธา

3.3 สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น บุตรดูแลบิดามารดาและผู้สูงอายุ สามีดูแลเอาใจใส่ภรรยา บิดามารดาใช้เวลากับบุตร

3.4 สมาชิกหาโอกาสในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสัมพันธที่ดี เช่น การดูโทรทัศน์ร่วมกัน การอ่านหนังสือ การออกกำลังกาย การใช้เวลาท่องเที่ยวในวันหยุด

3.5 สมาชิกครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สมาชิกครอบครัวทุกคนต้องหันหน้าเข้าหากันเพื่อหาแนวทางแก้ไข หรือเป็นกำลังใจให้กันและกัน

สรุป บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมและพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก แต่ถ้าหากครอบครัวประสบปัญหาทางด้านสุขภาพสมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่อยู่ในฐานะญาติ ผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแลสมาชิกคนอื่นที่เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องและให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุขต่อไป

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง

สว่างจิตต์ จันท (2544) ได้ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 22 คน หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดปทุมธานี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 แห่ง และกลุ่มทดลอง 2 แห่ง โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตพฤติกรรมดูแลสุขภาพรู้จักป้องกันและควบคุมตนเองมิให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตลอดโครงการใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่วัดพบความดันโลหิตสูงในวันเริ่มการทดลองกลับเปลี่ยนเป็นความดันปกติ ร้อยละ 6.7 ซึ่งแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิทร สารุเสน (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง อ.เมืองตาก จ.ตาก โดยประยุกต์แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 80 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 80 คน โดยกลุ่มทดลองจะถูกแบ่งเป็น 16 กลุ่ม ตามเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ตาม



ธรรมชาติและคัดเลือกตัวแทนเครือข่ายสังคมโดยใช้เทคนิคสังคมมิติ เข้าประชุมแบบมีส่วนร่วมเป็นเวลา 2 วัน ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายทางสังคมสามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมี การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

แพทริเซีย และคณะ (Patricia, et al., 2006: 485-495) ได้ทำการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่อง การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ตั้งเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างคือในเรื่องของการลดน้ำหนักอย่างน้อย 6.8 กิโลกรัมมีค่า BMI 25 mg/m² หรือมากกว่า ออกกำลังกายมากกว่า 180 นาทีต่อสัปดาห์ และรับประทานเกลือน้อยกว่า 100 mmol/day ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 30 ml/day ในเพศชายและน้อยกว่า 15 ml/day ในเพศหญิง ส่วนในกลุ่มที่ 2 เพิ่มกิจกรรมในเรื่องของอาหารหยุดความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ส่วนในกลุ่มที่ 3 ใช้เพียงการให้คำแนะนำตามกิจกรรมดังกล่าวเพียงอย่างเดียว แล้ว หลังจากนั้นวัดผล การทดลองที่ 6 เดือน และ 18 เดือน พบว่ากิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมีผลต่อการลดน้ำหนัก การรับประทานเกลือและอาหารไขมันสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ทำกิจกรรมการ รับประทานอาหารหยุดความดันโลหิตสูง (DASH Diet) พบว่า มีการเพิ่มการรับประทานอาหารประเภท ผักและผลไม้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระดับของความดันโลหิตพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรซ และคณะ (Garth, 2006: 34-46) ได้ทำการศึกษาการรับรู้กับปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริง กับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชนชาวแอฟริกัน-อเมริกา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 265 คนและกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 225 คน ผลการศึกษาในส่วนของการประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและร้อยละ 69 ไม่เชื่อว่าตนเองจะมีโอกาสที่ พัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการศึกษา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและการคัดกรองโรคโดยมีการนำทฤษฎีต่าง ๆ มา ประยุกต์ใช้ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดเครือข่ายทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความแตกต่างกันไป เช่น กลุ่มเสี่ยงด้านอายุ 40 ปี ขึ้นไป กลุ่มเสี่ยง ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษากลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเดียว ส่วนระยะเวลาในการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10 -12 สัปดาห์ และภายหลังการศึกษา พบว่า สามารถทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีขึ้น

2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สมควร ชำนิงาม (2552) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมทั้ง แรงสนับสนุนทางสังคมในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 35 ปีขึ้นไป ตำบลบ้านโคก อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัด ขอนแก่นระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2551 รวม 12 สัปดาห์ แบ่งกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้



สำหรับเจ้าหน้าที่การอบรมและฝึกทักษะ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียด พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง แผ่นภาพงโภชนาการ การจัดตั้งและเข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมและการเยี่ยมบ้าน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการเกิดโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียด มากกว่าก่อนทดลองทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ สำหรับการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมก่อนคลายความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ถาวร สุรสร (2553) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทะเลหมื่นชัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน กลุ่มทดลองจำนวน 46 คน ได้รับโปรแกรมอบรมและติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 44 คน ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ พบว่า กลุ่มทดลองมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพิ่มจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)

นลินรัตน์ กล้านรงค์ (2553) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การบรรยาย การชมวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การศึกษาจากตัวแบบจริง การสาธิต ฝึกปฏิบัติ และระยะติดตามกลุ่มเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับต่ำ และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สงกรานต์ หอมาน (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลน้ำแวน อำเภอเขียงคำ จังหวัดพะเยา กลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน



จากงานวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะนำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

2.9.3งานวิจัยเกี่ยวกับวงจรคุณภาพ (PDCA)

Saxena, Ramer และ Shulman (ชานาญ ไวแสน, 2549: 41 อ้างอิงจาก Saxena, Ramer and Shulman, 2004: 1350 -1356) ได้ศึกษาการใช้ PDCA - Model เพื่อปรับปรุงการให้เลือดโดยศึกษาในโรงพยาบาลที่จะรับรองคุณภาพโดยโรงพยาบาลต้องมีระบบในการเก็บข้อมูลการใช้คำสั่งการให้เลือดโดยอธิบายถึงขั้นตอนการประเมินความเข้าใจในการให้เลือดพยาบาลได้รับการอบรมให้สังเกตการณ์จ่ายเลือด การให้เลือดและการสังเกตติดตามผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วย เพื่อวัดกระบวนการคำสั่งการให้เลือด โดยศึกษาในผู้ป่วย 982 ราย ในเวลา 51 เดือนของการศึกษา ผลคือการปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมสมบูรณ์ขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100 ผลที่จะได้รับและทางเลือกที่จะให้เลือด ดีขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 100 แพทย์ยอมรับในอัตราการให้เลือดดีขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 100 การยืนยันข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วยเพิ่มจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 การยอมรับการให้เลือดยังสูงตลอดระยะเวลาการศึกษา ในช่วงเวลานี้ไม่มีการให้เลือดผิดหรือเกือบผิดกระบวนการนี้ยอมรับได้ ร้อยละ 100

Hoskins, Saygey และ Westman (ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์, 2549: 48 อ้างอิงจาก Hoskins, Saygey and Westman, 2002: 303-308) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคภูมิแพ้/รับวัคซีนกับผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยอธิบายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในแต่ละสถานการณ์ โดยใช้ PDCA หลังจากได้จำแนกหลักองค์การได้จัดตั้งทีมพร้อมสายงานซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจากคลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกอายุรกรรม ทีมดังกล่าวได้วิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิ (Flow Chart) และศึกษาสาเหตุรวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ แต่ละทีมงานใช้วงจร PDCA เพื่อยืนยันแนวทางแก้ปัญหาไปสู่ผลลัพธ์ การพัฒนาอย่างถาวรถูกดำเนินการในทุกหน่วยงานเป็นผลให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงขึ้นในทุกกระบวนการ การรักษาเจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

นวัชรพร วัฒนวิโรจน์ (2550) ศึกษาการบริหารจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดนครพนม พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเรื่องความรู้พฤติกรรมมารับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

เกศรินทร์ บุญกอแก้ว (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลพยุห์จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้าน



พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่ม

สพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ (2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลองผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 2 สระบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 49 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 48 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและมีพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ (2541) ศึกษาผลการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของปลายประสาทส่วนแขนที่มาติดตามรับการรักษาที่ห้องเฝือกตีกษยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มซึ่งผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

ดวงใจ ศรีอ่อน (2543) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลองการประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมุทรสาคร ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีของการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียดดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีวรรณ มโนฤทธิ์ (2544) ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกในระยะหลังคลอดซึ่งพบว่าในทุกกลุ่มที่ได้ศึกษาโดยผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองดีขึ้น

พรศรี โรราณมูล (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โดยศึกษาในกลุ่มเด็กธาลัสซีเมียอายุ 7-12 ปี ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการติดเชื้อรุนแรง จำนวน 31 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยโปรแกรมใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองดีกว่าที่ได้รับการสอนปกติ

จิราวดี สิ้นไชย (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง ในกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ปกติและกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน มีความคาดหวัง มีการระบายและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันและมีความพึงพอใจต่อกระบวนการกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก

สรุป การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการจัดให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้มีโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และช่วยกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน กระบวนการกลุ่มจะให้ประโยชน์แก่สมาชิกที่ต่อเมื่อสมาชิกนำเอาประสบการณ์ และข้อเสนอแนะจากกลุ่มไปแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่แล้วนำผล



ที่ได้มาเป็นข้อมูลย้อนกลับให้แก่สมาชิกกลุ่ม กระบวนการกลุ่มจึงเป็นวิธีการหนึ่งส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มสามารถมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.9.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี (2551) ได้ศึกษาผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยประยุกต์ใช้แนวคิด POSDCORB Model และกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานและรองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน ระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าความชุกถูกน้ำยุงลายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

กฤษณี จันทนะ (2551) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานจำนวน 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2550 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปาก มีการรับรู้ในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์มีการปฏิบัติตัวในเรื่อง การตรวจฟัน การแปรงฟัน การเลือกบริโภคอาหาร การดูแลรักษาฟันเทียมตลอดจนมีส่วนร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัศกร สงวนชาติ (2552) ได้ศึกษาผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.9.6 งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

จิตราภรณ์ ฐรี (2547) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วและการเต้นแอโรบิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลหริภุชชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูน เดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2547 จำนวน 12 สัปดาห์ ความถี่ในการเดินนาน 20 - 40 นาที 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยแบ่งกลุ่มการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว 15 ราย เต้นแอโรบิก 15 ราย พบว่า ค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยภายหลังออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วมีค่าลดลงจากก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยภายหลังออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิกมีค่าลดลงจากก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$



พรทิพย์ จันทรทิพย์ (2548) ได้ศึกษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการของชายวัยทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนคร จังหวัดขอนแก่น ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีวัยทำงานในชนบท อายุ 18 - 59 ปี ในจังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2548 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 75 ทั้งหมด มีการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย ได้แก่ ด้านการอบอุ่นร่างกายร้อยละ 80.9 ด้านผ่อนคลายร่างกายร้อยละ 74.4 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีวิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินร้อยละ 59.2 รองลงมาเดินแอโรบิคอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 29.4 รองลงมาปั่นจักรยานร้อยละ 23.3 การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.25, p<0.01$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายโดยรวม และรายด้านทุก ด้านมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{Total} = -.26, p<.01, r_1 = -.27, r_2 = -.23, r_3 = -.17, r_4 = -.18, p<0.01$) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และส่งเสริมสตรีวัยทำงานในชนบทให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องในเรื่อง การอบอุ่นร่างกาย การผ่อนคลายร่างกาย และส่งเสริมให้สตรีวัยทำงานในชนบทที่ยังไม่ออกกำลังกายให้รับรู้ประโยชน์และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อไป

อาทिया วงศาพาน (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยวิธีแบบเดินเร็ว ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างดินแดน จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2548 จำนวน 10 สัปดาห์ แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน มีการออกกำลังกายเริ่มต้นด้วยระยะอบอุ่นร่างกายนาน 5 นาที ระยะการเดินเร็ว 30 นาที ระยะผ่อนหยุด 5 นาที ความถี่ 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ และมีผลต่อระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

จุฑามาศ ผดุงน้อย (2551) ได้ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลักฐานงานวิจัยที่นำมาศึกษา 14 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปเป็น 3 แนวทาง ได้ว่า ประเภทการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมี 2 ประเภท คือ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อและการฝึกผ่อนคลายโดยไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ส่วนประกอบของการใช้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมี 5 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้รับการฝึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันซิสโตลิก 140-80 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก 90 - 109 มิลลิเมตรปรอท มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป 2) ผู้ฝึกสอนเป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 3) มีอุปกรณ์ในการฝึก คือ เก้าอี้ที่มีพนักพิง เทปบันทึกเสียงคำแนะนำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเครื่องเล่นเทป 4) สถานที่ฝึกเป็นห้องที่เงียบมีแสงน้อยและมีอุณหภูมิ



พอเหมาะ และ 5) ระยะเวลาฝึก 20 - 30 นาที/ครั้ง ควรฝึกกับผู้ฝึกสอน 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ และฝึกเองที่บ้านวันละครั้งรวมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า ทำให้ระดับความเครียดและระดับความดันโลหิตลดลง ผลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเครียดต่อไป

Dickicon และคณะ (วรัญญา แปลงดี, 2550: 46 อ้างอิงจาก Dickicon and Others, 2006: 215) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิต โดยการศึกษาจากข้อมูลประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาตามนัดอย่างน้อย 2 เดือนและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 105 คน จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจำกัดเกลือ เป็นพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

จากการศึกษา แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิง กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวม การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การจัดการโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) ของเดมมิงคือ Plan-Do-Check-Act โดย มีกรอบแนวคิดว่าการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต้องได้รับความร่วมมือใน การวางแผนการรักษา ลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบและปรับปรุงข้อผิดพลาด หรือการทบทวนความรู้ต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ คำแนะนำหรือฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพและการปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้อง การได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การบรรยาย การชมวิดีโอ การจัดกระบวนการกลุ่ม การอภิปราย การใช้สื่อตัวแบบจริง สื่อภาพพลิก การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมเพื่อเสริมประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างจะทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยง หรือ ลด ละ เลิก บุหรี่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไปในทางที่ดีขึ้น พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วย จึงจะทำให้การรักษาโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นไปอย่างต่อเนื่องยั่งยืน เพราะการได้เป็นส่วนร่วมทั้ง 5 ด้าน คือ การร่วมคิดเสนอความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมติดตามผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมคิดและเสนอความคิดเห็นกิจกรรมที่จัดให้ในกลุ่มทดลอง คือ การให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การดูสื่อต่าง ๆ และการสาธิต การมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น และตัดสินใจ กิจกรรมที่ให้ในกลุ่มทดลองคือการจัดประชุมกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองให้ร่วมวิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้แต่ละกลุ่มได้เสนอวิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นกระบวนการในขั้นของการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมที่จัดให้กลุ่มทดลอง ได้แก่ การนำเสนอของกลุ่มการนำเสนอตัวแบบ การสาธิตการจัดอาหาร การออกกำลังกาย สำหรับการมีส่วนร่วมรับประโยชน์ คือ การได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่โดยการเยี่ยม

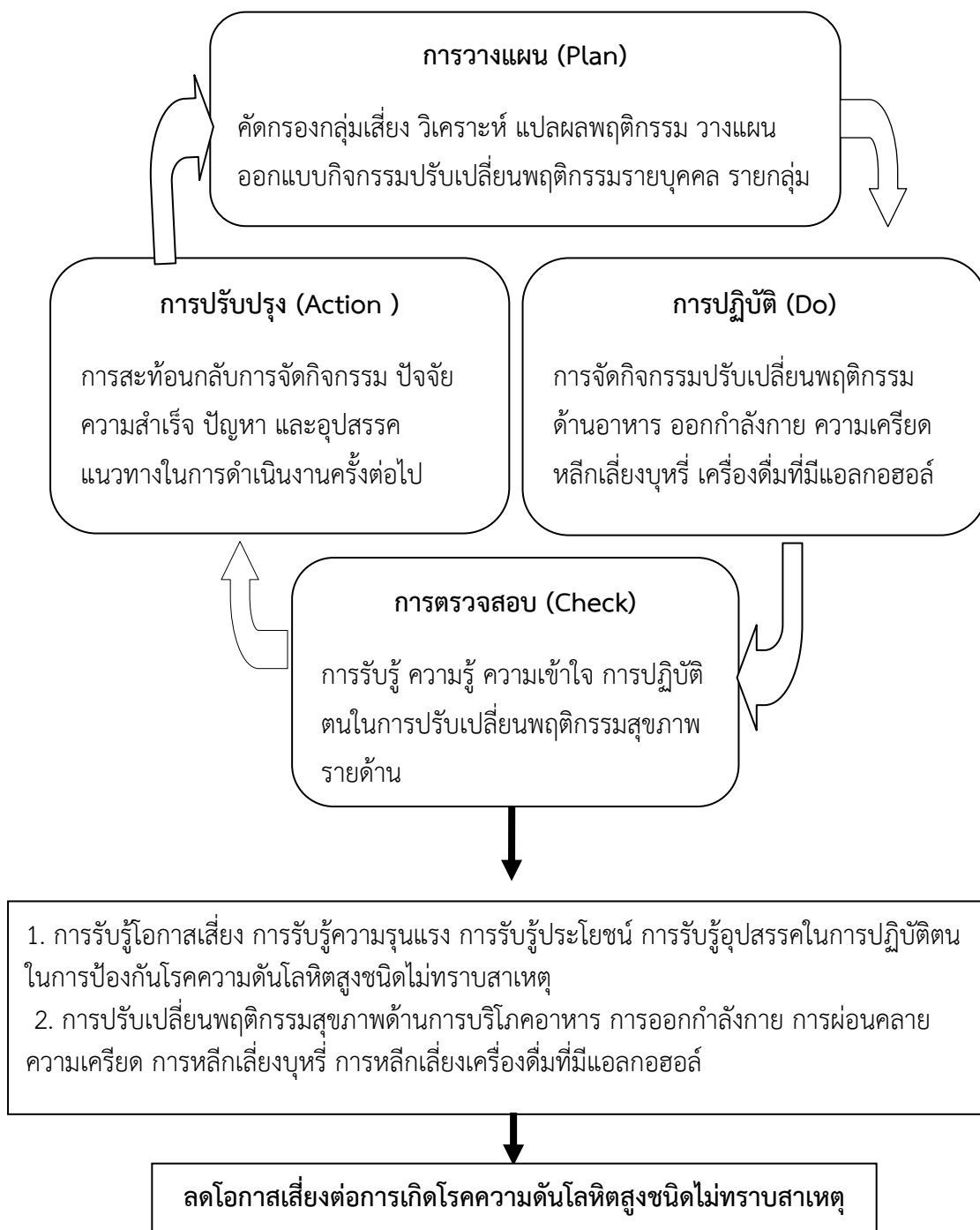


บ้าน การส่งจดหมาย และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ได้แก่ การรับรู้ระดับความดันโลหิต
น้ำหนักตัว จากเจ้าหน้าที่

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรคุณภาพ (PDCA) ของเดมมิ่ง กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการ
ปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุได้มีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนด จากแนวคิดที่กล่าวมาสามารถสรุปเป็นกรอบ
แนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

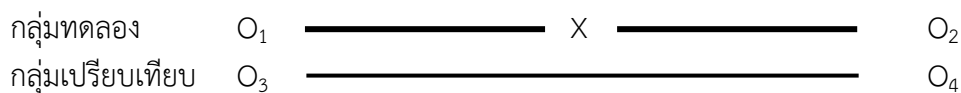
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มุ่งศึกษาถึงการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วงจรคุณภาพเต็มมิ่ง (P-D-C-A) กระบวนการกลุ่ม และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีรายละเอียดขั้นตอนของการดำเนินการ 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนปฏิบัติการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Comparison group) โดย แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้โปรแกรมกิจกรรมดังกล่าว รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 ดังรูปแบบการวิจัยและแผนปฏิบัติการทดลองต่อไปนี้



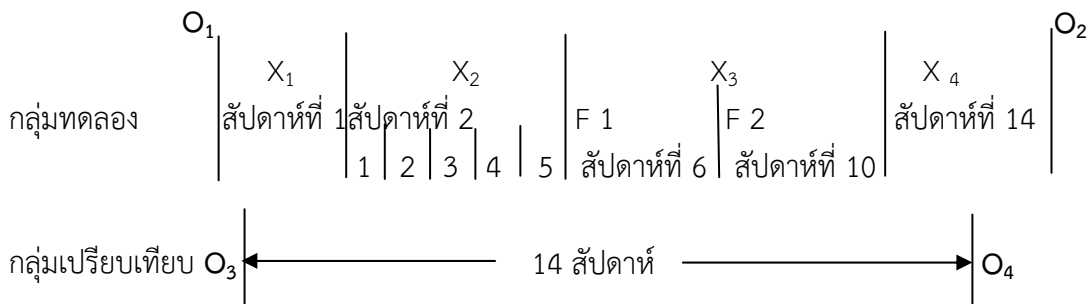
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

- O₁ O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- O₂ O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- X หมายถึง กิจกรรม (Intervention) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มทดลอง



แผนภูมิการทดลอง



ภาพประกอบ 3.2 แผนภูมิการทดลอง

O_1O_3 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการประเมินการตรวจร่างกายโดย การชั่งน้ำหนัก วัดชีพจร วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และ วัดความดันโลหิต จากแบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

O_2O_4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการประเมินการตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดชีพจร วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต จากแบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

X_1 หมายถึง ขั้นเตรียมการและการวางแผน (Plan) แบบมีส่วนร่วม กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมอภิปรายกลุ่มใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมคิดและเสนอความเห็นและร่วมตัดสินใจสร้างสัมพันธภาพ/กิจกรรมแนะนำ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการและวิธีแก้ไขปัญหา ทำเป็นแผนเพื่อนำไปปฏิบัติและตารางบันทึกกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

X_2 หมายถึง ขั้นดำเนินการ (Do) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการอบรมตามกิจกรรม 5 ครั้ง โดยการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรม ป้องกันความดันโลหิตสูงในพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต โดยใช้กระบวนกรกลุ่ม และติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้ารับการอบรม



X₃ หมายถึง ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน F₁₋₂ เพื่อติดตามกระตุ้นเตือน (Check) ขั้นตอนการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 6, 10 ติดตามเยี่ยมบ้าน ตรวจสอบการลงบันทึกกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวใน การควบคุมด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยง อด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยง อด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และวัดระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

X₄ หมายถึง ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Action) กลุ่มเสี่ยงและเจ้าหน้าที่ร่วมสรุปผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค และจัดทำแผนปฏิบัติในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรคือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี จำนวน 5,438 คน อาศัยอยู่ใน ตำบลโคกมะม่วงและตำบลหนองบัว อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 – ธันวาคม 2556 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษา ดังนี้

3.2.1.1 เกณฑ์นำเข้าคือกลุ่มเสี่ยงผ่านการคัดกรองตามแบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และพบภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างใดอย่างหนึ่ง จำนวน 1 ข้อขึ้นไป

- 1) มีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท
- 2) รับประทานอาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรืออาหารผัดเป็นประจำ
- 3) มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²
- 4) เป็นผู้ที่ขาดการออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน
- 5) มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูงที่เป็นญาติสายตรง
- 6) มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป
- 7) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน
- 8) เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมะม่วงอย่างน้อย 6 เดือน
- 9) ไม่มีปัญหาใน การพูด การฟัง การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติและอ่านออกเขียนได้
- 10) ไม่เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน
- 11) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจนสิ้นสุดการวิจัย

3.2.1.2 เกณฑ์การคัดออก คือ

- 1) มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคไทรอยด์ เป็นต้น
- 2) เคยได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน



- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัยมากกว่า 1 ครั้งโดยไม่นับรวมสัปดาห์ที่ 1
- 4) อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระหว่างการทดลองด้วยโรคอื่นๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
- 5) ต้องการออกจากโครงการการวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้งหรือย้ายถิ่นที่อยู่

ขณะทำการศึกษา

3.2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม (อรุณ จิรวินน์กุล, 2548) ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณ ดังนี้

สูตรที่ใช้คำนวณ

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

โดยกำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z_α = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error

Z_β = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type II Error

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวผลที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

Δ = ผลต่างของผล (Effect Size) คำนวณจาก $\mu_0 - \mu_1$

กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05

กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 90 %

ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

$Z_\beta = 1.28$

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลัง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการทบทวนวรรณกรรมของ อนุชา นิลอยู่ (อนุชา นิลอยู่, 2542) ได้ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 40 - 59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน พบว่า ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 56.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 45.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องจากงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกันหาค่าความแปรปรวน

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) sd_1^2 + (n_2 - 1) sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$



$$\text{แทนค่าในสูตร} = \frac{(40-1) 3.7^2 + (40-1) 4.2^2}{40+40-2}$$

$$= 15.6$$

ผลต่างของผล (Effect size) คำนวณจาก $\mu_0 - \mu_1$ คือ $56.57 - 45.89 = 10.68$
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้มีความแตกต่างกันที่ 10.68 คะแนน แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

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

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(15.6)^2 (1.64 + 1.28)^2}{(10.68)^2}$$

$$= 36.36$$

$$= 37 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 37 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อ Statistical Precision หรือ Power ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่าจะสูญหายร้อยละ 5 (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2548) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ โดยยึดหลัก Principle of Intention to Treat ซึ่งมีสูตรดังต่อไปนี้ โดยกำหนดให้

R = ค่าที่คาดว่าจะสูญหายกำหนดไว้ที่ร้อยละ 5

$$\text{สูตร} \quad n_{\text{ads}} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$\text{แทนค่าในสูตร} = \frac{37}{(1.00 - 0.05)^2}$$

$$= 38.94$$

$$= 39 \text{ คน}$$



ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 39 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 78 คน

3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้

3.2.3.1 อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 5 ตำบล 76 หมู่บ้าน

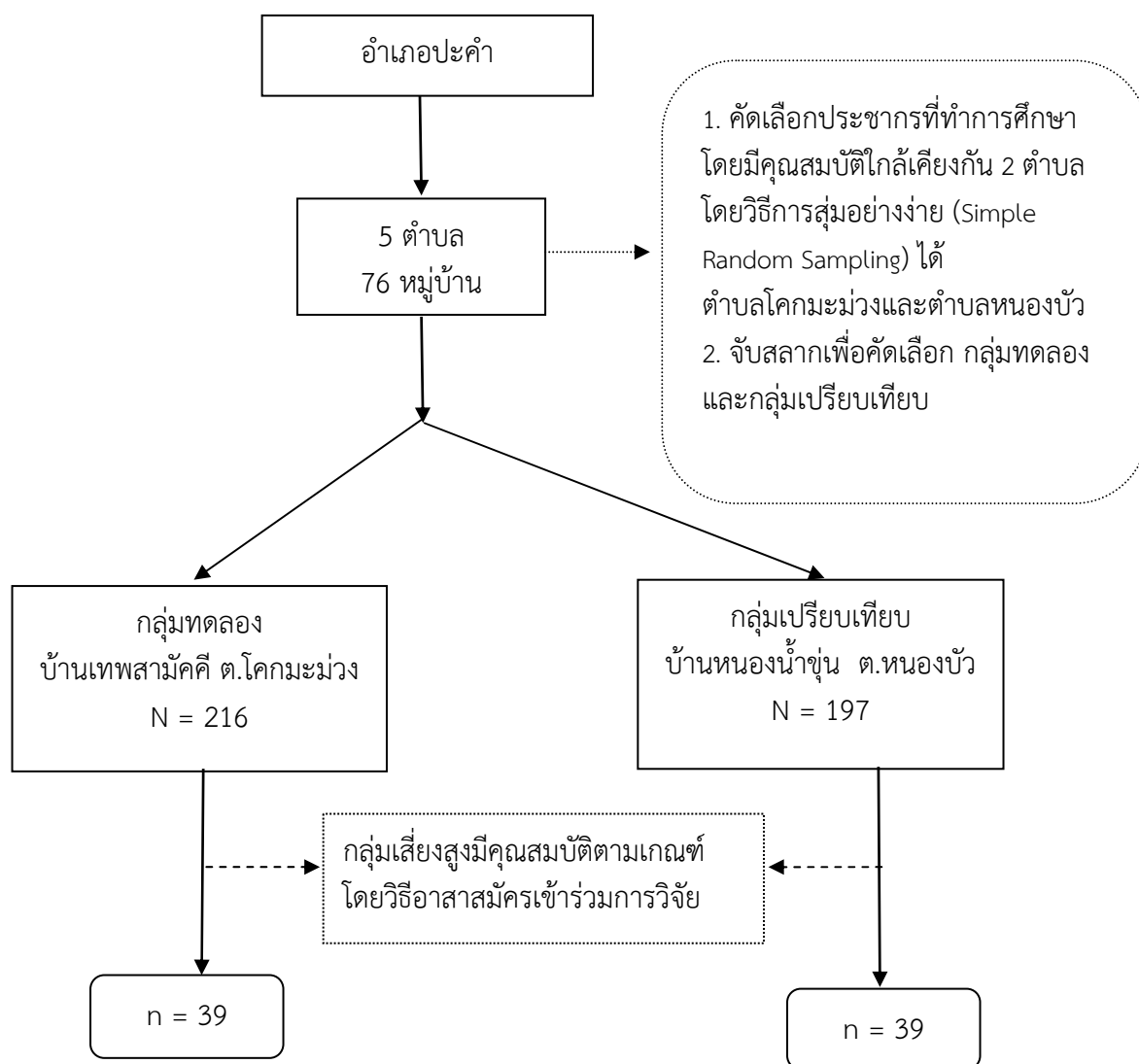
3.2.3.2 คัดเลือกตำบลที่จะทำการวิจัย โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก 2 ครั้ง เลือกตำบลทดลองและตำบลเปรียบเทียบ คือ ตำบลโคกมะม่วง เป็นตำบลทดลองจำนวนหมู่บ้าน 22 หมู่บ้าน และตำบลหนองบัวเป็นตำบลเปรียบเทียบจำนวนหมู่บ้าน 12 หมู่บ้าน

3.2.3.3 คัดเลือกหมู่บ้านที่จะทำการวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก 2 ครั้ง เลือกหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ คือ บ้านเทพสามัคคี ตำบลโคกมะม่วง เป็นหมู่บ้านทดลอง กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 216 คน บ้านหนองน้ำขุ่น ตำบลหนองบัว เป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 197 คน

3.2.3.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัยในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการอาสาสมัคร โดยกลุ่มตัวอย่างต้องผ่านการคัดกรองตามแบบบันทึกการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงความดันโลหิตตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และพบภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างใดอย่างหนึ่งจำนวน 1 ข้อขึ้นไป จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก รายชื่อเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน



ตัวอย่างแผนภูมิการสุ่ม



ภาพประกอบ 3.3 ตัวอย่างแผนภูมิการสุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนการจัดการกิจกรรมการจัดการจัดการสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ โดยมุ่งให้เกิดการรับรู้ความเชื่อ



ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังกันโรคความดันโลหิตสูง ตามแผนปฏิบัติการที่ใช้ในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้จัดขึ้น (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

1.2 คู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง อาการแทรกซ้อน การป้องกันอาการแทรกซ้อน และการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลด ละ เลิก และหลีกเลี่ยงจากบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (รายละเอียดในภาคผนวก ช)

1.3 วิดีทัศน์ประกอบการบรรยายเรื่อง “ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อน แนวทางการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยาย เรื่อง “ออกกำลังกายต้านภัยความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “วัดความดันบ่อยครั้ง ยับยั้งความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “พิษภัย เหล้า บุหรี่” และ “ความเครียด”

1.4 สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องความดันโลหิตสูง อาหารต้านความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายต้านภัยความดันโลหิตสูง เรื่องการจัดการความเครียด และเรื่องบุหรี่ สุรา

1.5 สื่อบุคคล ทั้งด้านบวกและด้านลบ ทางด้านลบเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นผู้ป่วยที่ป่วยและประสบปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูง และทางด้านบวก เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรคของการเกิดโรค โดยคัดเลือกตัวแบบกลุ่มเสี่ยงที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความสำคัญของการเป็นสื่อในการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยมีการเตรียมประเด็นที่จะเล่าให้สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมฟัง

1.6 รายการอาหาร ตัวอย่างอาหารประจำวันที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในการบริโภคและสาธิตเมนูอาหารเกลือต่ำ

1.7 เอกสารประกอบด้วย แผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงการออกกำลังกายอย่างไรให้หลอดเลือดแข็งแรง การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง พิษภัยของบุหรี่ สุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

1.8 เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน สายวัดรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ สำหรับใช้สัมภาษณ์กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยแบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย



ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 42 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาตามความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (10 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (12 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (10 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (10 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ

คำตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (เกษร กิ่งโพธิ์, 2548: 88-93) ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ มีดังนี้ ข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ในทางบวกเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ทางลบเห็นด้วยให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้น จากแนวคิดของ Best และ Daniel (สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) สรุปผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
2.34 – 3.00	ระดับมาก
1.67 – 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก กำหนดให้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการความเครียด
4. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่



5. การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

คำตอบของแบบสอบถามพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งแยกเป็น 3 ระดับ (อรุณีย์ ศรีนวล, 2548: 46)

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงเป็นบางวัน หรือ 0 - 1 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงเป็นบางวัน หรือ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือ มากกว่า 5 - 7 ครั้ง/สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรม มีดังนี้ ข้อคำถามพฤติกรรมในด้านบวก พฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน และปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 1 คะแนน ข้อคำถามพฤติกรรมในด้านลบ พฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน และปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) จำนวนชั้น จากแนวคิดของ Best และ Daniel (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) สรุปผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพฤติกรรม
2.34 - 3.00	การปฏิบัติอยู่ในระดับดี
1.67 - 2.33	การปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
1.00 - 1.66	การปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปรับปรุง

3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ศึกษา เนื้อหา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนด ขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ถูกต้องตามเกณฑ์สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย และสร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์

3.3 นำแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขโดยหาความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ในเรื่องการรับรู้ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อให้มีความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษามี แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดสอบ



3.4 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสม แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และเป็นพื้นที่ที่มีขนาด และลักษณะโครงสร้างทาง สังคม วัฒนธรรม การดำรงชีวิต คล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบทดสอบ ความเข้าใจของภาษา ที่ใช้การเรียงลำดับ เวลาที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ผลการวิเคราะห์จะต้องได้ค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับเครื่องมือนั้นว่ามีความเที่ยง หรือน่าเชื่อถือซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

3.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.88

3.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.83

3.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.89

3.4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.85

3.4.5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด, ด้านการหลีกเลี่ยงการบุหรื, ด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.84

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.4.1 ระยะเวลาเตรียมการ

3.4.1.1 ติดต่อประสานงานประชุมชี้แจงโครงการวิจัยตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน แก่ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอปะคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะคำ เจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมะม่วง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.4.1.2 ชี้แจงให้ความรู้แก่ผู้ช่วยศึกษาเพื่อให้สามารถใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลได้ตรงตามเนื้อหาและปฏิบัติได้

3.4.1.3 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ได้ทราบ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.4.1.4 ติดต่อขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยนำกลุ่มเป้าหมายพบกัน ณ หมู่บ้านเพื่อสอบถามความสมัครใจและความร่วมมือในการวิจัย และคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดและจัดให้เป็นผู้ประสานกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการติดตามและกำกับในการเข้าร่วมกิจกรรม

3.4.1.5 การเตรียมสื่อบุคคล โดยการคัดเลือกบุคคลที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านบวกและด้านลบในการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยมีการเตรียมการจากผู้วิจัยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม



3.4.1.6 จัดเตรียม สถานที่ สื่อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35-59 ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค พฤติกรรมการเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ลงในแบบบันทึกการตรวจร่างกายแล้วนัดหมายวันและสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

3.5.2 กลุ่มทดลอง

3.5.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ในเรื่องข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ และสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด บุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 นัดหมายวัน และสถานที่เพื่อพบกลุ่มโดยนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่กลุ่มทดลอง

3.5.2.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน (Do) จัดกลุ่มให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ตามกิจกรรมที่กำหนด ตามขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 (3 ชั่วโมง) การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมและการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1) สร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้วิจัย กับสมาชิก แจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม

3) สุ่มถามการรับรู้เรื่องและผลกระทบโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้ตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3 คน เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 13 คน ให้แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปความคิดเห็นตรงกัน

4) ประเมิน การรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิก

5) ผู้วิจัยให้คำแนะนำในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

6) เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ ชักถามปัญหา และผู้วิจัยตอบคำถามของสมาชิก

7) สรุป และนัดหมาย สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2 โดยใช้สถานที่เดิม



กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 2 (3 ชั่วโมง) การบริโภคอาหาร

1) สร้างสัมพันธภาพด้วยกิจกรรมแนะนำตัวเอง และสุ่มถามเรื่องการบริโภคอาหาร
 2) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 13 คน บรรยายถึงสัดส่วนและปริมาณอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวันและการแยกอาหารที่ให้พลังงานสูงและต่ำ ให้แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน
 นำเสนอ และผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหา

3) สรุป และนัดหมายเพื่อกิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 3 (3 ชั่วโมง) การออกกำลังกาย

1) ประเมินสภาพทางกายด้วยตนเอง โดยการจับคู่กันระหว่างกลุ่มเสี่ยงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การจับชีพจรเปรียบเทียบขณะพักและหลังการออกกำลังกาย พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกฯ ในคู่มือการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลและนำผลการประเมินเป็นข้อมูลป้อนกลับให้กับกลุ่มเสี่ยง

2) แนะนำวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกายด้วยตนเองและบันทึกลงในแบบบันทึก

3) ให้สมาชิกเล่าถึงการปฏิบัติของตนในการดูแลตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกาย พร้อมทั้งปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

4) ให้สมาชิก อภิปราย และแสดงความคิดเห็นในเรื่องการออกกำลังกายที่สมาชิกสนใจ และปฏิบัติอยู่แล้ว ผู้วิจัยอภิปราย และแนะนำเพิ่มเติม ประกอบโดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ การบริหารร่างกาย

5) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ

6) เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามปัญหาและแสดงความคิดเห็น

7) ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ

ละไม่ต่ำกว่า 30 นาที

8) สรุปและนัดหมายเพื่อกิจกรรมครั้งที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 4 (3 ชั่วโมง) การผ่อนคลายความเครียด
 การลด ละ เลิก หลีกเลี้ยงบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

1) สร้างสัมพันธภาพด้วยกิจกรรมแนะนำตัวเองและสุ่มถามเรื่องความเครียด พฤติกรรมเรื่องบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 13 คน บรรยายและร่วมกันฝึกปฏิบัติในการผ่อนคลายความเครียด โดยการควบคุมการหายใจด้วยกระบ้งลม การคลายกล้ามเนื้อและนั่งสมาธิ

3) เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามปัญหาและแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งร่วมกันในการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อ การผ่อนคลายความเครียด การ ลด ละ เลิก หลีกเลี้ยงบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4) สรุปและนัดหมายเพื่อกิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 5 (3 ชั่วโมง) การวางแผน และทำข้อตกลงการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยการจับคู่ระหว่างกลุ่มเสี่ยงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นเหมือนเพื่อนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันและติดตามเยี่ยมบ้านโดย ผู้วิจัยสรุปประเด็นของกลุ่มแต่ละกลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีการวางแผนแก้ไขปัญหามาข้อตกลงร่วมกัน ร่วมสรุปแผน



การดำเนินกิจกรรมแล้วชี้แจงให้กลุ่มรับทราบทั่วกัน และมีการนัดหมายเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลอง โดยผู้วิจัยจะไปเก็บข้อมูลที่บ้านสมาชิกแต่ละคน ในอีก 9 สัปดาห์

3.5.2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) โดยในระหว่างก่อนที่จะถึงวันนัด ผู้วิจัยจะกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยนัดหมายรวมกันในหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนที่บ้าน (Follow Up) ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10 ของการทดลอง เพื่อติดตามกระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติตามที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ ชักถามทบทวนข้อตกลงและการปฏิบัติ

3.5.2.4 ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Action) กลุ่มเสียงและเจ้าหน้าที่ร่วมสรุปผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค และจัดทำแผนปฏิบัติงานต่อไป

3.5.2.5 รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 14 (Post-Test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำการไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้าน

3.6 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับค่าความดันโลหิต

2. สถิติอนุมาน โดย

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง กับหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้าน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองกับหลังการทดลองระหว่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับวงจรคุณภาพเดมมิง (P-D-C-A) กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มเสี่ยงในตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้

- n แทน จำนวนในกลุ่มตัวอย่าง
- \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
- S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- Df แทน ชั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
- Max แทน คะแนนสูงสุด
- Min แทน คะแนนต่ำสุด
- d แทน ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังทดลอง
- t แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณา t-distribution

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ศึกษาวิจัยขอนำเสนอ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 45-49 ปี ร้อยละ 30.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.7 รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 33.3 ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 43.6 ค่ารอบเอวชาย ร้อยละ 81.3 และค่ารอบเอวหญิง ที่มีความเสี่ยงทุกราย ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับ Pre - Hypertension และ Stage 1 Hypertension ร้อยละ 43.6 และ ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับ Stage 1 Hypertension และ Stage 2 Hypertension ร้อยละ 82.0 และ ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ร้อยละ 61.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เคยหรือเคยแต่ปัจจุบันเลิกเด็ดขาด ร้อยละ 89.7 และ ร้อยละ 76.9 ตามลำดับ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 82.0 ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง 10.3 พฤติกรรมการจัดการและผ่อนคลายความเครียดมีความเครียดน้อยจัดการได้ดี และความเครียด ปานกลางจัดการได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 71.8 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ และมีการตรวจสุขภาพ ประจำปีเป็นประจำ ร้อยละ 74.4 ดังตาราง 4.1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 79.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 39 ปี ร้อยละ 28.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.9 จบระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.3 เท่ากัน อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.3 รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.2 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 51.3 ค่ารอบเอวชายทุกรายและค่ารอบเอวหญิงที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 61.3 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับ Pre - Hypertension และ Stage 1 Hypertension ร้อยละ 48.7 และ ร้อยละ 35.9 ตามลำดับ และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับ Stage 1 Hypertension และ Stage 2 Hypertension ร้อยละ 23.1 และ ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เคยหรือเคยแต่ปัจจุบันเลิกเด็ดขาด ร้อยละ 82.0 และร้อยละ 53.9 ตามลำดับ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 82.0 พฤติกรรมการผ่อนคลาย ความเครียดมีความเครียดน้อยจัดการได้ดี ร้อยละ 76.9 ดังตาราง 4.1



ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
-ชาย	7	17.9	8	20.5
-หญิง	32	82.1	31	79.5
2. อายุ (ปี)				
35 – 39	4	10.3	11	28.2
40 – 44	7	17.9	8	20.5
45 – 49	12	30.8	9	23.1
50 – 54	8	20.5	7	17.9
55 – 59	8	20.5	4	10.3
\bar{X}		48.10		48.77
S.D.		6.61		6.77
Max – Min		59 - 35		58 - 35
3. สถานภาพสมรส				
-โสด	9	23.1	7	17.9
-คู่	28	71.8	30	76.9
-หม้าย/หย่า/แยก	2	5.1	2	5.1
4. ระดับการศึกษา				
-ประถมศึกษา	17	43.6	13	33.3
-มัธยมศึกษาตอนต้น	13	33.3	11	28.2
-มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	23.1	13	33.3
-อนุปริญญา	0	0	1	2.6
-ปริญญาตรี	0	0	1	2.6
5. อาชีพ				
-เกษตรกร	19	48.7	27	69.3
-กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	14	35.9	3	7.7
-รับจ้าง	5	12.8	7	17.9
-ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.6	2	5.1



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)				
< 5,000	11	30.8	14	35.9
5,001-10,000	13	33.3	18	46.2
10,001-15,000	12	30.8	5	12.8
15,001-20,000	1	2.6	2	5.1
> 20,000	2	5.1	0	0
7. โรคประจำตัว				
-มี	8	2.1	35	89.7
-ไม่มี	31	97.9	4	10.3
8. น้ำหนัก(กิโลกรัม)				
< 50	2	5.1	8	20.5
51 – 60	16	41.0	15	38.5
61 – 70	11	28.2	10	25.6
> 70	10	25.6	6	15.4
Max – Min	85 – 42		Max – Min	86 – 49
9. ส่วนสูง (เซนติเมตร)				
< 150	5	12.8	9	23.1
151 – 160	19	48.7	15	38.5
161 – 170	13	33.3	14	35.9
> 170	2	5.2	1	2.5
Max – Min	180 – 147		Max – Min	168 – 140
10. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กิโลกรัม/เมตร ²				
-ปกติ 18.5 - 22.9	8	20.5	8	20.5
-น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.9	10	25.6	20	51.3
-โรคอ้วน 25.0 - 29.9	17	43.6	6	15.4
-โรคอ้วนอันตราย > 30	4	10.3	5	12.8
Max – Min	33.2 - 15.42		Max – Min	35.9 – 15.48



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11. ค่ารอบเอวที่มีความเสี่ยง				
<u>รอบเอวชาย(เซนติเมตร)</u>				
-ปกติ < 90	0	0	0	0
-เสี่ยง > 90	7	100	8	100
Max – Min	106 - 92		Max – Min	106 - 92
<u>รอบเอวหญิง(เซนติเมตร)</u>				
-ปกติ < 80	6	18.8	12	38.7
-เสี่ยง > 80	26	81.3	18	61.3
-Max – Min	110 – 68		Max – Min	99 – 78.99
12. ระดับความดันโลหิตตัวบน				
(ซิสโตลิก) มม./ปรอท				
-ปกติ <120	6	15.4	6	15.4
-Pre 120-139	11	28.2	13	33.3
-Stage1 140-159	12	30.8	14	35.9
-Stage2 ≥ 160	6	15.4	5	12.8
Max – Min	171 - 116		Max – Min	166 – 120
13. ระดับความดันโลหิตตัวล่าง				
(ไดแอสโตลิก) มม./ปรอท				
-ปกติ < 80	3	7.7	29	74.4
-Pre 80 - 89	25	64.1	8	20.5
-Stage1 90 - 99	7	17.9	1	2.6
-Stage2 ≥100	4	10.3	1	2.6
Max – Min	104 - 87		Max – Min	108 - 86
14. บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วย				
-เป็นโรคความดันโลหิตสูง				
-ไม่มี	22	56.4	25	64.1
-ไม่แน่ใจ	9	23.1	9	23.1
-มี	8	20.5	5	12.8



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15.การตรวจวัดความดันโลหิต				
-ไม่เคย	24	61.5	26	66.7
-เคย	15	38.5	13	33.3
-ปกติ	(3)	(20.0)	(4)	(30.8)
-ผิดปกติ	(12)	(80.0)	(9)	(69.2)
16. การสูบบุหรี่				
-ไม่เคย/เลิกสูบเด็ดขาด	35	89.7	32	82.0
-สูบเป็นบางครั้ง	3	7.7	3	7.7
-สูบเป็นประจำ	1	2.6	4	10.3
17. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
-ไม่เคย/เลิกดื่มเด็ดขาด	30	76.9	21	53.9
-ดื่มเป็นบางครั้ง	8	20.5	16	41.7
-ดื่มเป็นประจำ	1	2.6	2	5.1
18. การออกกำลังกาย				
-ไม่ออกกำลังกาย	32	82.0	21	53.9
-ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง	4	10.3	16	41.7
-ออกกำลังกายเป็นประจำ	3	7.7	2	5.1
19. ระดับความเครียด				
-น้อย	28	71.8	30	76.9
-ปานกลาง	10	25.6	8	20.5
-มาก	1	2.6	1	2.6
20. การตรวจสุขภาพประจำปี				
-ตรวจเป็นประจำ	29	74.4	25	64.1
-ตรวจเป็นบางครั้ง	6	15.4	6	15.4
-ไม่เคยตรวจ	4	10.2	8	20.5



ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับ การรับรู้โอกาส ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 การเปรียบเทียบระดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตาราง 4.2

2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.4 และ 51.3 ตามลำดับ) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3 และ 48.7 ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.1 และ 17.9 ตามลำดับ) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ระดับน้อย (ร้อยละ 79.5 และ 20.5 ตามลำดับ)

2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค พบว่า

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 66.6 และ 59.0 ตามลำดับ) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.1 และ 38.5 ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.1 และ 17.9 ตามลำดับ) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย และมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับมากเท่ากัน (ร้อยละ 69.2 และ 15.4 ตามลำดับ)

2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อยเท่ากัน (ร้อยละ 66.7) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.2 และ 25.6 ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.3 และ 7.7 ตามลำดับ) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 71.8 และ 28.2 ตามลำดับ)

2.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 69.3 และ 66.7 ตามลำดับ) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 25.6) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ระดับน้อย (ร้อยละ 43.6 และ 33.3 ตามลำดับ) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ในระดับน้อย รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.1 และ 28.2 ตามลำดับ)



ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 39)					
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค								
ระดับมาก	4	10.3	32	82.1	0	0	0	0
ระดับปานกลาง	13	33.3	7	17.9	19	48.7	31	79.5
ระดับน้อย	22	56.4	0	0	20	51.3	8	20.5
ความรุนแรงของการเกิดโรค								
ระดับมาก	4	10.3	32	82.1	1	2.5	6	15.4
ระดับปานกลาง	9	23.1	7	17.9	15	38.5	6	15.4
ระดับน้อย	26	66.6	0	0	23	59.0	27	69.2
ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว								
ระดับมาก	2	5.1	36	92.3	3	7.7	11	28.2
ระดับปานกลาง	11	28.2	3	7.7	10	25.6	28	71.8
ระดับน้อย	26	66.7	0	0	26	66.7	0	0
อุปสรรคของการปฏิบัติตัว								
ระดับมาก	2	5.1	9	23.1	3	7.7	3	7.7
ระดับปานกลาง	10	25.6	17	43.6	10	25.6	11	28.2
ระดับน้อย	27	69.3	13	33.3	26	66.7	25	64.1

ระดับมาก (2.34 – 3.00), ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33), ระดับน้อย (1.00 – 1.66)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตาราง 4.3 พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้เปรียบเทียบรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 4.2

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้เปรียบเทียบรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



ชนิดไม่ทราบสาเหตุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายด้านก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง						
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	14.07	2.31	13.43	1.27	1.51	0.134
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	13.97	1.96	13.46	1.41	1.32	0.190
3.การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	11.05	1.39	10.97	1.08	0.27	0.787
4.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	14.12	2.47	13.48	1.37	1.41	0.161
โดยรวม	53.23	6.94	51.35	2.72	1.57	0.121
หลังการทดลอง						
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	26.31	2.62	14.74	1.22	24.97	<0.001
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	28.46	4.51	18.02	3.19	11.79	<0.001
3.การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	29.23	2.69	17.10	2.26	21.47	<0.001
4.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	18.87	6.94	14.46	1.41	3.89	<0.001
โดยรวม	108.41	6.47	64.69	5.93	31.07	<0.001

2.3 การเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตาราง 4.4

2.3.1 การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 76.9 และ 69.2) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 12.8 และ 25.6) หลังการทดลองกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้รองลงมาในระดับดี (ร้อยละ 71.9 และ 17.9) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 51.3 และ 41.0)



2.3.2 การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 69.2 และ 64.1) รองลงมา อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 20.5 และ 33.3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับดี (ร้อยละ 56.4 และ 35.5) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับต้องปรับปรุง รองลงมา ระดับพอใช้ (ร้อยละ 61.5 และ 33.3)

2.3.3 การปฏิบัติตัวด้านการจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 64.1 และ 56.4) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 30.8 และ 41.0) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 76.9 และ 10.3) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 59.0 และ 30.8)

2.3.4 การปฏิบัติตัวด้านการจัดการหลีกเลี่ยงบุหรี พบว่า กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 58.9 และ 53.8) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 35.9 และ 41.0) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับดี (ร้อยละ 69.2 และ 30.8) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 59.0 และ 30.8)

2.3.5 การปฏิบัติตัวด้านการจัดการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติในระดับพอใช้ และระดับ ต้องปรับปรุงเท่ากัน (ร้อยละ 56.4) รองลงมาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง และระดับพอใช้ (ร้อยละ 35.9 และ 41.0) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับดี (ร้อยละ 53.8 และ 46.2) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 59.0 และ 28.2)

ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละ ระดับคะแนนของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับของการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n = 39)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 39)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร								
ดี	4	10.3	7	17.9	2	5.2	3	7.7
พอใช้	5	12.8	28	71.9	10	25.6	16	41.0
ต้องปรับปรุง	30	76.9	4	10.2	27	69.2	20	51.3
ด้านการออกกำลังกาย								
ดี	4	10.3	15	38.5	1	2.6	2	5.2
พอใช้	8	20.5	22	56.4	13	33.3	13	33.3
ต้องปรับปรุง	27	69.2	2	5.1	25	64.1	24	61.5



ตาราง 4.4 (ต่อ)

ระดับของการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n = 39)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 39)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการด้านความเครียด								
ดี	2	5.1	4	12.8	1	2.6	4	10.2
พอใช้	12	30.8	30	76.9	16	41.0	23	59.0
ต้องปรับปรุง	25	64.1	5	10.3	22	56.4	12	30.8
การจัดการด้านบุหรี								
ดี	2	5.2	12	30.8	2	5.2	4	10.2
พอใช้	14	35.9	27	69.2	16	41.0	23	59.0
ต้องปรับปรุง	23	58.9	0	0	21	53.8	12	30.8
การจัดการด้านเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์								
ดี	3	7.7	18	46.2	1	2.6	5	12.8
พอใช้	22	56.4	21	53.8	16	41.0	23	59.0
ต้องปรับปรุง	14	35.9	0	0	22	56.4	11	28.2

ระดับดี (2.34 – 3.00), ระดับพอใช้ (1.67 – 2.33), ระดับต้องปรับปรุง (1.00 – 1.66)

2.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้าน ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการการหลีกเลี่ยงบุหรี และหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.5



ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง						
1.การบริโภคอาหาร	5.20	1.91	5.05	1.46	0.41	0.691
2.การออกกำลังกาย	12.87	5.71	12.07	3.55	0.74	0.463
3.การจัดการความเครียด	12.92	2.33	13.38	2.49	0.84	0.402
4.การจัดการบุหรี	3.00	0.89	2.64	0.53	2.16	0.034
5.การจัดการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.07	0.48	2.94	0.68	0.95	0.343
โดยรวม	37.07	6.78	36.10	4.33	0.56	0.452
หลังการทดลอง						
1.การบริโภคอาหาร	21.31	4.94	15.97	1.85	6.31	<0.001
2.การออกกำลังกาย	8.69	2.04	6.15	0.87	7.14	<0.001
3.การจัดการความเครียด	19.36	2.79	16.36	1.46	5.94	<0.001
4.การจัดการบุหรี	4.69	0.76	4.25	0.84	2.38	0.020
5.การจัดการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	5.07	0.53	4.41	0.82	4.26	<0.001
โดยรวม	59.13	5.63	47.15	2.66	12.01	<0.001

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความรุนแรงของโรค ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และ อุปสรรค ทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.6



ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง (df=38)

การรับรู้รายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=39)			
	\bar{X}	SD	t	p-value
โอกาสเสี่ยงของโรค				
ก่อนการทดลอง	14.07	2.31	-16.39	<0.001
หลังการทดลอง	26.31	2.62		
ความรุนแรงต่อการเกิดโรค				
ก่อนการทดลอง	13.97	1.96	-33.28	<0.001
หลังการทดลอง	28.46	4.51		
ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว				
ก่อนการทดลอง	11.05	1.39	-31.69	<0.001
หลังการทดลอง	29.23	2.69		
อุปสรรคของการปฏิบัติตัว				
ก่อนการทดลอง	14.12	2.47	-5.03	<0.001
หลังการทดลอง	18.87	6.94		

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงบุหรี่ และการจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้ง 5 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.7



ตาราง 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงบุหรี่ และการจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง (df=38)

การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=39)			
	\bar{X}	SD	t	p-value
การรับประทานอาหาร				
ก่อนการทดลอง	12.87	5.71	-10.36	<0.001
หลังการทดลอง	21.30	4.94		
การออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	5.20	1.91	-6.89	<0.001
หลังการทดลอง	8.69	2.04		
การจัดการความเครียด				
ก่อนการทดลอง	12.92	2.33	-12.99	<0.001
หลังการทดลอง	19.35	2.79		
การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	3.00	0.89	-8.84	<0.001
หลังการทดลอง	4.69	0.76		
การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง	3.48	0.79	-11.68	<0.001
หลังการทดลอง	5.08	0.53		

จากข้อมูลแบบบันทึก การสังเกต การประชุมกลุ่ม และการพูดคุย ซักถาม กลุ่มทดลอง ขณะทดลอง พบว่า

1. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองพบว่าสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการกิน คือ กินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารผัด อาหารทอด อาหารเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง กะทิ อาหารจำพวกแป้ง อาหารทะเล ปลาหมึก หอย กุ้ง ครีมน้ำอัดลม เหล้า เบียร์ และได้รับปริมาณอาหารที่มากเกินไปกินอาหารไม่เป็นเวลา คือ กินจุบจิบ ขาดการออกกำลังกายและออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ เครียดจากการทำงานเร่งรีบ เศรษฐกิจและความเครียดในครอบครัว การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ตัวอย่าง เช่น

“อาหารในบ้านส่วนใหญ่เป็นของทอดทำกินง่าย ๆ คือ ไข่เจียว เพราะทำง่าย เร็ว ไม่ต้องรอ ทำให้ลูกและกินทั้งครอบครัว สะดวกดี”

“ชอบกินไก่ทอด ลูกขึ้นทอด ที่ตลาดทุกวัน บางวัน ทั้ง เข้าและเย็น เพราะมีตลาดนัดใกล้บ้าน”



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (P-D-C-A) กระบวนการกลุ่มและการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จะได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) จะไม่ได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยวัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 78 คน กลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่ กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2557 รวมระยะเวลาในการศึกษา 14 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยค่านัยสำคัญทางสถิติ 95 ($\alpha < 0.05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผลการวิจัย
- 5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนการทดลองและหลัง การทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

5.1.2 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



5.2 สรุปผลการวิจัย

5.2.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 45-59 ปี รองลงมาอยู่ระหว่าง 35-49 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและกิจการส่วนตัว รายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท ดัชนีมวลกายอ้วน รองลงมาน้ำหนักเกิน รอบเอวมีความเสี่ยงสูงทั้งชายและหญิงและมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 144 - 94 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 55 - 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท ดัชนีมวลกายน้ำหนักเกิน รอบเอวมีความเสี่ยงสูงทั้งชายและหญิง และมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 140 - 94 มิลลิเมตรปรอท

5.2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.2.3 พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.2.4 ระดับค่าความดันโลหิต โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5.3 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

5.3.1 สมมติฐานของการวิจัยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการการจัดการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้านอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงในการจัดการสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในส่วนของ



ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงในเรื่อง (1) คนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถทำให้เกิดอัมพาต หรือความพิการไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (2) ความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ (3) เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจะทำให้เสียชีวิตกะทันหัน (4) โรคอัมพาต โรคหัวใจ โรคไตวาย หรือตาบอดที่เกิดจากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวและ (5) คนที่เป็นอัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในเรื่อง (1) คนที่มีรูปร่างอ้วนมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนน้ำหนักตัวปกติ (2) การดื่ม น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว หรือเกลือ ในอาหารเวลารับประทานเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง (3) การรับประทานผัก ผลไม้ ที่มีเส้นใยสูงและรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ สับปะรด เป็นประจำจะช่วยลดโอกาสในการเป็นความดันโลหิตสูง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและลดลงในบางข้อแต่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ คนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อย ๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน ประกอบกับการรับรู้เดิมมีความเข้าใจว่าความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเกิดในผู้สูงอายุ จึงทำให้คะแนนในส่วนนี้น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาของ นลินรัตน์ กล้าณรงค์ (2553) พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับต่ำ และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถาวร สุรสร (2553) กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพิ่มจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเสกสันต์ จันทนะ (2551) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ของการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อรุณ พงษ์สมบุญ (2551) ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุนทรีย์ คำเพ็ง และอริษา บุญประดิษฐ์ (2554) พบว่าการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน การเกิดภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สงกรานต์ หอมนาน (2555) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวม 5 ด้าน ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากผู้วิจัยได้



ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในการจัดการสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น เดือน 2 ครั้ง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ การได้ดูแลตัวเองด้านบวกที่มีลักษณะคล้ายคลึงตนเอง การรับประสบการณ์ตรงจากการสาธิตการฝึกปฏิบัติจริงทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว เมื่อประเมินดูทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่ง เบค และลันด์ (Beck & Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992: 34-35) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างความคาดหวังในความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือน ชักจูงการให้กำลังใจ ร่วมกับการใช้เอกสารแผ่นพับและการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะช่วยเป็นแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976: 300) ได้อธิบายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง การมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

จากผลการศึกษาของ สมพร พานสุวรรณ (2554) กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นลินรัตน์ กล้าณรงค์ (2553) ภายหลังจากทดลอง คะแนนเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับต่ำและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อรุณ พงษ์สมบูรณ์ (2551) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสกสันต์ จันทนะ (2551) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทาน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุนทรีย์ คำเพ็ง และอริชา บุญประดิษฐ์ (2554) จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน พฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุพัชรินทร์ วัฒนกุล (2556) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กำไล สมรักษ์ (2554) การให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตัวและคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสาวนีย์ ขวานเพชร (2554) หลังการจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย



มีการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.3 ระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและมีความดันโลหิตปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการทดลองเท่ากับ 143 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 127 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองเท่ากับ 94 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองเท่ากับ 89 มิลลิเมตรปรอท (ตาราง 4.8) อธิบายได้ว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงของกลุ่มทดลองเกิดจากโปรแกรมการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ ของเดมมิ่ง กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วม และแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ที่นำมาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูง การทำกลุ่มสาธิต การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้อภิปรายเพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิต มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นมีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงและเป็นปกติได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกศริน บุญกอแก้ว (2553: 107) พบว่าภายหลังจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความดันโลหิตที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วย

สรุป ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อให้คำแนะนำ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ซึ่งทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การแนะนำสาธิตฝึกทักษะการปฏิบัติ การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่ง กระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนในด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สรุปได้ว่าการที่บุคคลมีโอกาสรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน และการรักษาโรคบุคคลนั้นจะเห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลนั้นได้



5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย การจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากผลของการจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในครั้งนี้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้ คือ

5.4.1.1 การศึกษาผลการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่ง (P-D-C-A) กระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ควรนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

5.4.1.2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน หรือ การสร้างเสริมให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายในชุมชนอื่นได้

5.4.1.3 สถานที่ในการจัดกิจกรรมควรเป็นสถานที่ที่เป็นเอกเทศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีสมาธิมากขึ้น ไม่ก่อกวนในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และควรจะไปใกล้กับบ้านของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสะดวกในการมาทำกิจกรรม การจัดกิจกรรมครั้งนี้ได้ใช้สถานที่เคยชินและคุ้นเคยทำให้กลุ่มทดลองไม่เกิดความเครียดทำให้บรรยากาศเป็นกันเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดี จึงควรที่จะนำไปใช้ในการให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้ในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

5.4.1.4 การจัดโปรแกรมในครั้งนี้ มีรูปแบบการจัดกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมและประยุกต์กระบวนการกลุ่มมาใช้ทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดี ทั้งระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับวิทยากรและระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเองทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถขยายผลไปยังสมาชิกในชุมชนได้ ดังนั้นการให้บริการทางด้านสุขศึกษาจึงควรให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างในชุมชนได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมกิจกรรมนี้กับการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้เวลา 2 - 3 วัน ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ได้ รวมถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย

5.4.2.2 ควรมีติดตามและประเมินผลความยั่งยืนของพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำผลที่ได้มาต่อยอดและพัฒนาปรับปรุงต่อไป



5.4.2.3 การศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่เป็นการศึกษาวิจัยในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ในภาวะ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของกลุ่มเป้าหมายและสภาพชุมชนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืนในระยะยาวควรรณรงค์ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน และ อบต. มาร่วมด้วย เพื่อให้เกิด การพัฒนาอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

5.4.2.4 ควรเพิ่มการศึกษาแรงสนับสนุนจากสังคม เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือญาติหรือ บุคคลที่ใกล้ชิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในกรณีศึกษาครั้งต่อไป



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2551). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือการอบรมแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัททวงศกมลโปรดักชั่นจำกัด.
- กฤษณี จันทนะ. (2551). *ผลของการมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กำไล สมรักษ์. (2552). *การศึกษาการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสุขภาพชุมชน กรณีศึกษาบ้านปากน้ำแก้ว ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกศริน บุญกอแก้ว. (2553). *ผลของการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เกษตร ปะที. (2547). *ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกโรคติดต่อและวิทยาการระบาด (สาขาระบาดวิทยา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษร กิ่งโพธิ์. (2548). *ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านเหลื่อม อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ขวัญเรือน ทิพย์พล. (2553). *ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



- จันทิรา ตุ่มภู. (2553). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มกับแรงจูงใจทางสังคมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยรุ่นในเขตเทศบาลตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- จิตรภรณ์ ฐรี. (2547). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีเดินเร็วและการเดินแอโรบิคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- จิราวดี สีนไชย. (2547). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา
- ฉัตรชัย ใหม่เขียว. (2544). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ชยาศิษย์ คำสายพรม. (2553). การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ชำนานู ไวแสน. (2549). การประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิ่งในการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนโดยชมรม อย.น้อย อำเภอเสก้า จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดวงใจ ศรีอ่อน. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถาวร สุรสร. (2553). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงตำบลทะเลเมนชัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธนวรรธน์ อิมสมบุญ. (2546). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



- ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ* โรงพยาบาล ชามทะเล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นลินรัตน์ กล้าณรงค์. (2553). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิตยา พันธุ์เวทย์, นุชรี อาบสุวรรณ และเมตตา คำพิบูลย์. (2553). *ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาต โลก*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.nno.moph.go.th/xoops/modules/newbb/viewtopic.php?post_id=1101. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2556].
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุริยสาสน์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2535). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร. (2555). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ อ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- ปิยานุช รักพาณิชย์. (2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข.
- ปิยวัฒน์ ประสานสืบ. (2552). *ผลของการจัดกระบวนการกลุ่มกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดของคลินิกวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พรทิพย์ จันทร์ทิพย์. (2549). *การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกายและพฤติกรรม การออกกำลังกายของสตรีวัยทำงานในชนบทอายุ 18-59 ปี ในจังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสกร สงวนชาติ. (2552). *ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก ตาบลงหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). *STROKE ฆาตรกรเงียบ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ก.พลจำกัด.



- ภิรมณ์ โสตาจันทร์. (2551). ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและครอบครัว ณ ชุมชนเอราวัณ จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนิทร สาธุเสน. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตำบลหัวเดียวด อำเภอมะนัง จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ คงหนู. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วริญญา แปลงดี. (2550). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิฑูรย์ โล่สุนทร. (2542). การประเมินความพึงพอใจและผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับการตรวจสุขภาพ ที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไล พัววิไล. (2550). แนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัว: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริภาณี อินทรหนองไผ่. (2554). กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือจัดการสุขภาพองค์กรร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์. (2549). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สงกรานต์ หอมนาน. (2555). ประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตำบลน้ำแวนอำเภอยางตลาด จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2545). พฤติกรรมกับการพัฒนาตน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรภาพิพัฒนา.



- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report_download1?download1=13&lesson1=6&lesson_id=640&zone=3&manu=1&page= [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ก.ย. 2556]
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเองศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมชาติ โลจายะ และอรวรรณ สุจิตตานนท์. (2536). *ภาวะความดันโลหิตสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูนิตี้พับลิเคชั่น.
- สมพร พานสุวรรณ. (2554). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมลดตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2549). *แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ใน *อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ)*. *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick reference guide*. สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. กรุงเทพฯ: กิตติชัยพรินติ้ง; หน้า 50.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สว่างจิตต์ จันท. (2544). *ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2551). *เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2551*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- _____. (2551). *เอกสารประกอบการอบรมโครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ปี 2551*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- _____. (2554). *เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2554*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- _____. (2555). *รายงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อประจำ ปี 2555*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์.
- _____. (2555). *รายงานการดูแลเฝ้าระวังซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประจำ ปี 2555*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.



- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานประจำปี 2550. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2555). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ฉบับที่ 27 วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2555. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
- _____. (2553). รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อเรื้อรังประจำปี 2553. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2552). แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิธา บุญประดิษฐ์. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา กระจ่างแดน. (2540). ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายเป็นการลด ความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนปัจจัยด้าน พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. นนทบุรี: ส่วนพฤติกรรม และสังคม สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล. (2554). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สารคามเปเปอร์.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสกสันต์ จันทนะ. (2551). การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ ระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เสาวณีย์ ขวานเพชร. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.



- อนุชา นิลอยู่. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช พงษ์สมบุญ. (2551). โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2548). ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อรุณีย์ ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญมณี อุไทย. (2544). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโรคและโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อาทิยา วงศาพาน. (2549). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. (1997). *A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Population American of Public Health*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.
- Douglas Carroll, Anna C. Phillips, Geoff Der, Kate Hunt and Michaela Benzeval. (2001). Blood pressure reaction to acute psychological stress and future blood pressure status : a 10 - year follow-up of men in the Whitehall 11 study. *Psychosomatic medicine*, 73(9), 737-742.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the joint nation committee On prevention, detection, Evaluation and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2013-2572
- Kawada, T. (2002). Body mass index is a good predictor of hypertension and hyperlipidemia in a rural Japanese population. *Int J obes relat. Mctab Disord*, 26(5), 725-729.
- Liu, Kiang, Karen, J. Ruth., John, M. Flack, Rhonda Jones-Webb, Gregory Burke, Peter J. Savage and Stephen B. Hulley. (1996). Blood pressure in Young Blacks and Whites: Relevance of Obesity and Lifestyle Factors in Determining Differences. *Circulation*, 1996, 93, 60-66.



- Kotchen, T.A. & Kotchen, J.A. (1999). Lifestyle modification. In Izzo JL, Black HR, editors. Hypertension primer : The essential of high blood pressure. 2nd ed. Dallas: *American Heart Association*, 339-341.
- Marram, Gwen D. (1978). *The Group Approach in Nursing Practice*. 2 nd ed. Saint Louis: The C.V.Mosby Company.
- O' Brien, E. & O' Malley, K. (1983). *High Blood Pressure: What it mean for you, and control it*. Singapore: PG. Publish Ltd.
- Patricia, J. Elmer., Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, Lin PH, Champagne C, Harsha DW, et al. (2006). Effects of comprehensive lifestyle Modification on diet, Weight, Physical fitness, and blood pressure Control: 18-month Results of a Randomized Trial. *Annals of internal medicine*, 144(7), 485-495.
- Sacks FM¹, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to stop Hypertention (DASH) diet. DASH- sodium Collaborative Research Group. *N Eng J Med*, 344(1), 3-10.
- Vollmer, W.M., Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons-Morton DG, Conlin PR, Svetkey LP, Erlinger TP, et al. (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressureSubgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med*, 135(12), 1019-28.
- Whelton, P.K., Jiang He., Lawrence J. Appl, Jeffrey A. Cutler, Stephen Haves, Theodore A. Kotchen, Edward J. Roccella, et al. (2002). Primary prevention of Hypertention. Clinical and public health advisory from the nation high blood pressure education programe. *JAMA*, 2002(288), 1882-1888.
- WHO-ISH Glildine. (1999). World Health Oranization International Society of hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 17(2), 151-178.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายอัศววัฒน์ เพ็ญพวงภควัตต์ นายแพทย์ชำนาญการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะคำ
อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์
2. นางกอบกุล พันธุ์รัตน์อิสระ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์
3. นางวรัญญา แผลงดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้างานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ



แบบสอบถาม

การจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพ
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายนรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “*การจัดการ
เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านและพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์*” ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน
ในการตอบแบบสอบถามโดยให้ตอบทุกข้อตรงกับ และความเป็นจริงของท่าน แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะ
เก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะเสนอในภาพรวม และจะนำไปเป็น
แนวทางในการปรับปรุงพัฒนางาน ส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล
ตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

แบบสอบถามนี้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 16 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ | |
| ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง | จำนวน 12 ข้อ |
| ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน | |
| ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการออกกำลังกาย | จำนวน 4 ข้อ |
| ตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการจัดการความเครียด | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | จำนวน 2 ข้อ |
| ตอนที่ 5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการสูบบุหรี่ | จำนวน 2 ข้อ |

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นายนรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ชื่อผู้ตอบสอบถาม.....นามสกุล.....
 ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

แบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย () และเติมคำในช่องว่าง..หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ (นับปีเต็ม).....ปี Age
2. เพศ 1.ชาย 2.หญิง Sex
3. สถานภาพสมรส
 1.โสด 2.คู่ 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ Status
4. ระดับการศึกษา
 1.ไม่ได้เรียน 2.ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษาตอนต้น Edu
 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5.อนุปริญญา/ปวส. 6.ปริญญาตรี
 7.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ Occ
 1.ไม่ได้ทำงาน 2. เกษตรกร 3. กิจการส่วนตัว/ค้าขาย 4. รับจ้าง
 5.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6.แม่บ้าน/พ่อบ้าน 7. อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ Salary
 1. ไม่มีรายได้ 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท 3. 5,001-10,000 บาท
 4.10,001-15,000 บาท 5. 15,001-20,000 บาท 6. มากกว่า 20,00 บาท
- 7.ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ Ill
 1.ไม่มี 2. มี ระบุ.....
8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม(ซึ่งน้ำหนักมาแล้วไม่เกิน 1 เดือน) Waigh
 ส่วนสูง.....เซนติเมตร Hight
 ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)กิโลกรัม/เมตร² BM
 รอบเอว.....เซนติเมตร Wight
9. ความดันโลหิต/.....มิลลิเมตรปรอท BP
- 10.ท่านมีญาติพี่น้องท้องเดียวกัน(ทั้งที่มีชีวิตอยู่และเสียชีวิตแล้ว) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ FamHT
 1. ไม่มี 2. ไม่แน่ใจ 3. มี เกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น.....
- 11.ท่านเคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ HT
 1. ไม่เคย 2. เคย ผลการตรวจ Re HT
 2.1 ปกติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 / 80 มิลลิเมตรปรอท
 2.2 ผิดปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท
 2.3 ไม่ทราบ



12. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ Smoke
- 1. ไม่เคยหรือเคยแต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด
 - 2. สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง (1-4 วัน / สัปดาห์หรือน้อยกว่า) และพยายามลดการสูบ
 - 3. สูบบุหรี่เป็นประจำ (5-7 วัน / สัปดาห์) ไม่สามารถลดปริมาณหรือเลิกได้
13. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ Drink
- 1. ไม่เคยหรือเคยแต่ปัจจุบันเลิกดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เด็ดขาด
 - 2. ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง (1-4 วัน/ สัปดาห์หรือน้อยกว่า) และพยายามลดการดื่มลง
 - 3. ดื่มเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) ไม่สามารถลดหรือเลิกได้ หากหยุดจะมีอาการ
14. ท่านออกกำลังกายหรือไม่ Exer
- 1. ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงานจนเหงื่อออกอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน
 - 2. ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงาน แต่เหงื่อไม่ออก ไม่รู้สึกเหนื่อย
 - 3. ไม่ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงานน้อยมาก
15. ท่านมีวิธีการจัดการหรือผ่อนคลายความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร Anti Syn
- 1. มีความเครียดน้อย และสามารถจัดการได้เป็นอย่างดี
 - 2. สามารถจัดการ ได้บ้างไม่ได้บ้าง มีความเครียดปานกลาง บางครั้งต้องกินยานอนหลับ แต่ไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถจัดการได้
 - 3. ความเครียดมาก ต้องรักษาด้วยยาตลอดเวลา โดยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
16. การตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด วัดรอบเอว Heal Che
- 1. ทุก 1 ปี เป็นประจำสม่ำเสมอ
 - 2. เป็นบางปีไม่สม่ำเสมอ
 - 3. ไม่เคยตรวจ และหรือนานๆครั้ง



ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดถามคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามตารางให้ตรง

ตามความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ตอบเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

แต่ไม่แน่ใจว่า ถูกต้องหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	คะแนนความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
1. ความดันโลหิตสูง คือระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม. /ปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม. /ปรอท			
2. คนที่มี พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้มากกว่าคนอื่น ๆ			
3. คนที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนอายุน้อย			
4. การรับประทานอาหารเค็ม หรือ การเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือ ในเวลารับประทานอาหารเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
5. คนอ้วน หรือมีน้ำหนักเกิน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า คนน้ำหนักตัวปกติ			
6. คนที่มีภาวะเครียด หรือมีความวิตกกังวลเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนที่ไม่เครียด			
7. ผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนที่ไม่ดื่ม			
8. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
9. การทำงานบ้านที่ต้องใช้แรงมากหรือการออกกำลังกายและทำติดต่อกันนาน 20-30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
10. ผู้ที่รับประทานไขมัน อาหารทอด หรือมีกะทิ เป็นส่วนประกอบเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น			



ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	คะแนนความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง			
1. โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
2. โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้			
3. คนที่มีค่าความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งได้มากกว่าคนปกติ			
4. คนที่เป็นความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอัมพาต หรือความพิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ			
5. เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจะทำให้เสียชีวิตกะทันหัน			
6. คนที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ จะทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ในตาแตก ทำให้ตาฝ้าฟาง จนถึงตาบอดได้			
7. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจรักษาไปตลอดชีวิต ไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ทำให้รู้สึก เครียด หงุดหงิด ได้ง่าย			
8. เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ที่ต้องรับประทานยาและควบคุมอาหารรสเค็มไปตลอดชีวิต			
9. โรคอัมพาต หัวใจ โรคไต หรือ ตาบอด ที่เกิดจากรโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว			
10. คนที่เป็นอัมพาตจากรโรคความดันโลหิตสูง จะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยาก เข้าสังคม และเป็นภาระของครอบครัว			
11. คนที่เป็นอัมพาตจากรโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องหยุดงาน หรือ ออกจากงานที่ทำ และทำให้สูญเสียรายได้			
12. โรคความดันโลหิตสูงทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นประจำจำนวนมาก			



ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	คะแนนความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
ตอนที่3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
1. การลด หรืองดกินอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
2. การเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว หรือเกลือลงในอาหารให้น้อยลง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
3. การใช้น้ำมันพืชปรุงอาหารทำให้ไขมันในเส้นเลือดลดลง ลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
4. การกินผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
5. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กะทิ หมูสามชั้น ขาหมู และอาหารทอดต่างๆ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
6. การลด หรืองดการกิน ขนม ชา กาแฟ ที่มีรสหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน และลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
7. การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่/ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
8. การออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
9. การผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก การออกกำลังกาย จะช่วยทำให้จิตใจสงบป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
10. การไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ จะทำให้ทราบความเสี่ยงและสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มแรกได้			



ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	คะแนนความคิดเห็น		
	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง			
1. ท่านสามารถลด หรืองดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มได้ เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาจ่อม เนื้อเค็ม ผลไม้จิ้มเกลือ อาหารหมักดองต่างๆ ได้			
2. ท่านสามารถลด หรืองดการเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำตาล น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารได้			
3. ท่านสามารถลด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง ของทอดต่างๆ ให้น้อยลงได้			
4. ท่านสามารถลดปริมาณหรืองดการรับประทานอาหารจำพวกข้าว แป้ง ขา กาแฟ อาหารที่มีรสหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ให้น้อยลงได้ ในแต่ละวัน			
5. การรับประทานผัก หรือผลไม้ที่มีกากใยสูงและรสไม่หวาน เป็นประจำทุกวัน เป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก สำหรับท่าน			
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำสม่ำเสมอ การประกอบ อาชีพ และชีวิตประจำวันของท่าน			
7. ท่านสามารถหาวิธีคลายเครียด เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย พูดคุยกับเพื่อน หรือบุคคลใน ครอบครัวที่เหมาะสมกับตัวเองได้			
8. การหลีกเลี่ยง หรืองดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นเรื่อง ที่ทำได้ยากสำหรับท่าน			
9. การงดหรือลดการสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก สำหรับท่าน			
10. การไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง เป็นเรื่อง ลำบาก ยุ่งยาก เสียเงิน เสียเวลา สำหรับท่าน			



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดถามคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามตารางให้ตรง

ตามความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ตอบเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น จริงเป็นบางวัน หรือ 0-1 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น จริงเป็นบางวัน หรือ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น จริงเป็นประจำ สม่ำเสมอ หรือ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร			
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม กะปิปลาร้า ปลาจ่อม เนื้อเค็ม ผลไม้จิ้มเกลือ อาหารหมักดอง			
2. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น เพิ่มเติมในการรับประทานอาหาร			
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ อาหารที่ผัดหรือทอด เช่น ข้าวผัด ไก่ทอด ไข่ทอด หมูทอด ปาท่องโก๋ กลัวยทอด หนังไก่ทอด			
4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข่าไก่ พะแนงเนื้อ แกงหมูเทโพ หรือขนมหวาน ขนมใส่กะทิ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ			
5. ท่านรับประทานอาหารผลไม้รสหวาน เช่น ทูเรียน เงาะ ขนุน ลำไย ละคร มะม่วงสุก เป็นต้น			
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม			
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน เช่น หมูสามชั้น เนื้อวัวติดมัน หนังไก่ หนังเป็ด แคปหมู			
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สาโท น้ำตาลเมา เหล้าดองยา ไวน์			
9. ท่านดื่มน้ำหวาน ชา กาแฟ ที่มีรสหวาน เครื่องดื่มเกลือแร่ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง น้ำอัดลม			
10. ท่านรับประทานอาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป เช่น ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ บะหมี่ เส้นหมี่ วุ้นเส้นที่ปรุงแต่ง ข้าวต้ม และโจ๊กที่ปรุงแต่ง			



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง
ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการออกกำลังกาย			
11. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์			
12. ท่านออกกำลังกายนาน อย่างน้อย 20- 30 นาที/ครั้ง หรือจนเหงื่อออก และชีพจรเต้นเร็วขึ้น			
13. ท่านออกกำลังกายเช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ฝึกจักรยานออกกำลังกาย ด้วยยางยืด ฮูลาฮูป หรือออกกำลังกายบริหารให้เหงื่อ ออกจนชีพจรเต้นเร็วขึ้น			
14. ท่านทำงานบ้านติดต่อกันเป็นเวลานานจนรู้สึกเหนื่อย จนเหงื่อออก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า ตายหญ้า ทำสวน ทำไร่			
ตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการจัดการความเครียด			
15. ท่านเกิดอารมณ์โกรธหงุดหงิดกังวลใจไม่สบายใจเครียดบ่อยเพียงใด			
16. ในแต่ละคืนท่านนอนไม่หลับเพราะ คิดมาก วิดก กังวลใจ หรือ คิดห่วงใยผู้อื่นบ่อยครั้งเพียงใด			
17. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ หรือ มีปัญหา ท่านใช้เหตุผล ในการแก้ปัญหาได้บ่อยครั้งเพียงใด			
18. ท่านพยายามทำจิตใจและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิด ความเครียด หรือไม่สบายใจได้บ่อยครั้งเพียงใด			
19. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ หรือต้องใช้นอนหลับ บ่อยครั้งเพียงใด			
20. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการปรึกษาหรือพูดคุยคนใกล้ชิดพ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน ภรรยา หรือลูก บ่อยครั้งเพียงใด			
21. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการทำสมาธิ สวดมนต์ การนวดกดจุด หย่อนเกร็งกล้ามเนื้อ บ่อยครั้งเพียงใด			
22. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดย การดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย ทำในสิ่งที่ท่านชอบ บ่อยครั้งเพียงใด			
23. เมื่อท่านรู้สึก หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงใด			
24. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการสูบบุหรี่ บ่อยเพียงใด			



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
ตอนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
25. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา หรือ เหล้าดองยา 1 เป๊ก เบียร์ 1 กระป๋อง ไวน์ 3 ออนซ์ สาโท หรือน้ำตาลเมา บ่อยครั้งเพียงใด			
26. ท่านสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการถูกชักชวนเพื่อดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้บ่อยครั้งเพียงใด			
ตอนที่ 5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้านการสูบบุหรี่			
27. ท่านได้รับควันบุหรี่บ่อยครั้งเพียงใด (สูบเองหรือจากคนบุคลรอบข้าง)			
28. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ เช่น สูบเอง การอยู่ ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือสามารถปฏิเสธ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ จากบุคคลอื่นได้ บ่อยครั้งเพียงใด			



ภาคผนวก ค
การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อคำถามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง



ตาราง ค.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของ
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความคำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. ความดันโลหิตสูง คือระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม./ปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม./ปรอท	1.54	0.68	น้อย	2.82	0.39	มาก
2. คนที่มีพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนอื่น ๆ	1.51	0.51	น้อย	2.31	0.66	ปานกลาง
3. คนที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนอายุน้อย	1.61	0.67	น้อย	2.67	0.58	มาก
4. การรับประทานอาหารเค็ม หรือ การเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ้ว เกลือ ในเวลารับประทานอาหารเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.48	0.60	น้อย	2.51	0.56	มาก
5. คนอ้วน หรือมีน้ำหนักเกิน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนน้ำหนักตัวปกติ	1.77	0.63	ปานกลาง	2.72	0.51	มาก
6. คนที่มีภาวะเครียด หรือมีความวิตกกังวลเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนที่ไม่เครียด	1.41	0.64	น้อย	2.79	0.41	มาก
7. ผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ มากกว่าคนที่ไม่ดื่ม	1.69	0.69	ปานกลาง	2.72	0.51	มาก
8. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.74	0.55	ปานกลาง	2.67	0.48	มาก
9. การทำงานบ้านที่ต้องใช้แรงมากหรือการออกกำลังกายและทำติดต่อกันนาน 20-30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.64	0.63	น้อย	2.72	0.51	มาก
10. ผู้ที่รับประทานอาหารมัน อาหารทอด หรือมีกะทิเป็นส่วนประกอบเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น	1.28	0.51	น้อย	2.38	0.71	มาก



ตาราง ค.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	1.43	0.68	น้อย	2.82	0.39	มาก
2. โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้						
3. คนที่มีค่าความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็ง ได้มากกว่าคนปกติ	1.08	0.35	น้อย	2.82	0.39	มาก
4. คนที่เป็นความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอัมพาต หรือความพิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ	1.33	0.62	น้อย	2.87	0.33	มาก
5. เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากความดันโลหิตสูง จะทำให้เสียชีวิตกะทันหัน	1.10	0.38	น้อย	2.97	0.16	มาก
6. คนที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ จะทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ในตาแตก ทำให้ ตาฝ้าฟาง จนถึงตาบอดได้	1.31	0.52	น้อย	2.79	0.41	มาก
7. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจรักษาไปตลอดชีวิต ไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ทำให้รู้สึกเครียด หงุดหงิด ได้ง่าย	1.31	0.52	น้อย	2.87	0.34	มาก
8. เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา และควบคุมอาหารรสเค็มไปตลอดชีวิต	1.38	0.54	น้อย	2.72	0.45	มาก
9. โรคอัมพาต หัวใจ โรคไต หรือ ตาบอด ที่เกิดจากรโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว	1.23	0.48	น้อย	2.84	0.36	มาก
10. คนที่เป็นอัมพาตจากรโรคความดันโลหิตสูง จะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากเข้าสังคม และเป็นภาระของครอบครัว	1.20	0.41	น้อย	2.82	0.39	มาก
11. คนที่เป็นอัมพาตจากรโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องหยุดงาน หรือออกจากงานที่ทำ และทำให้สูญเสียรายได้	1.15	0.36	น้อย	2.74	0.44	มาก
12. โรคความดันโลหิตสูงทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นประจำจำนวนมาก	1.20	0.41	น้อย	2.72	0.45	มาก



ตาราง ค.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค
ของกุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. การลด หรืองดกินอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.38	0.59	น้อย	2.92	0.27	มาก
2. การเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว หรือเกลือ ลงในอาหารให้น้อยลง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.26	0.55	น้อย	2.92	0.27	มาก
3. การใช้น้ำมันพืชปรุงอาหารทำให้ไขมันในเส้นเลือด ลดลง ลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.13	0.47	น้อย	2.87	0.34	มาก
4. การกินผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.49	0.60	น้อย	2.92	0.27	มาก
5. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กะทิ หมูสามชั้น ขาหมู และอาหารทอดต่าง ๆ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.67	0.5	ปานกลาง	2.79	0.41	มาก
6. การลด หรืองดการกิน ขนม ชา กาแฟ ที่มีรสหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม จะช่วยในการควบคุม น้ำหนักไม่ให้อ้วน และลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.83	0.93	ปานกลาง	2.87	0.34	มาก
7. การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่/ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.56	0.60	น้อย	2.92	0.27	มาก
8. การออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.23	0.48	น้อย	2.92	0.27	มาก
9. การผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก การออกกำลังกาย จะช่วยทำให้จิตใจสงบ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1.41	0.59	น้อย	2.92	0.27	มาก
10. การไปพบแพทย์ /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ จะทำให้ทราบความเสี่ยงและสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มแรกได้	1.38	0.59	น้อย	2.74	0.44	มาก



ตาราง ค.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค
ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1.ท่านสามารถลดหรืองดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ได้ เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาจ่อม เนื้อเค็ม ผลไม้จิ้มเกลือ อาหารหมักดองต่างๆ ได้	1.38	0.59	น้อย	1.92	0.74	ปานกลาง
2. ท่านสามารถลด หรืองดการเติมเครื่องปรุงประเภทน้ำตาล น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารได้	1.26	0.55	น้อย	1.87	0.73	ปานกลาง
3.ท่านสามารถลด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง ของทอดต่าง ๆ ให้น้อยลงได้	1.13	0.47	น้อย	1.94	0.34	ปานกลาง
4.ท่านสามารถลดปริมาณหรืองดการรับประทานอาหารจำพวก ข้าว แป้ง ชา กาแฟ อาหารที่มีรสหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ให้น้อยลงได้ในแต่ละวัน	1.49	0.60	น้อย	1.82	0.76	ปานกลาง
5.การรับประทานอาหารผักหรือผลไม้ที่มีกากใยสูง และรสไม่หวานเป็นประจำทุกวันเป็นเรื่องที่ทำได้อย่างยากสำหรับท่าน	1.67	0.5	ปานกลาง	1.92	0.72	ปานกลาง
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำสม่ำเสมอ รบกวนการประกอบอาชีพ และชีวิตประจำวันของท่าน	1.83	0.93	ปานกลาง	1.85	0.74	ปานกลาง
7. ท่านสามารถหาวิธีคลายเครียด เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย พูดคุยกับเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว ที่เหมาะสมกับตัวเองได้	1.56	0.60	น้อย	1.87	0.77	ปานกลาง
8. การหลีกเลี่ยง หรืองดการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ทำได้อย่างยากสำหรับท่าน	1.23	0.48	น้อย	1.90	0.79	ปานกลาง
9. การงด หรือลดการสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้อย่างยากสำหรับท่าน	1.41	0.59	น้อย	1.79	0.77	ปานกลาง
10.การไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง เป็นเรื่อง ลำบาก ยุ่งยาก เสียเงิน เสียเวลาสำหรับท่าน	1.38	0.59	น้อย	1.95	0.79	ปานกลาง



ตาราง ค.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
1.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม กะปิ ปลาร้า ปลาจ่อม เนื้อเค็ม ผลไม้จิ้มเกลือ อาหารหมักดอง	1.33	0.66	น้อย	2.07	0.53	มาก
2.ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น เพิ่มเติมในการรับประทานอาหาร	1.36	0.67	น้อย	2.07	0.53	มาก
3.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ อาหารที่ผัดหรือทอด เช่น ข้าวผัด ไก่ทอด ไข่ทอด หมูทอด ปาท่องโก๋ กลัวยทอด หนึ่งไก่ทอด	1.23	0.63	น้อย	2.07	0.53	มาก
4.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข่าไก่ พะแนงเนื้อ แกงหมูเทโพ หรือขนมหวาน ขนมใส่กะทิ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ	1.23	0.63	น้อย	2.07	0.53	มาก
5. ท่านรับประทานอาหารผลไม้รสหวาน เช่น ทุเรียน เงาะ ขนุน ลำไย ละมุด มะม่วงสุก เป็นต้น	1.41	0.68	น้อย	2.07	0.53	มาก
6. ท่านรับประทานอาหารที่มี โคลเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม	1.33	0.66	น้อย	2.07	0.53	มาก
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน เช่น หมูสามชั้น เนื้อวัวติดมัน หนึ่งไก่ หนึ่งเป็ด แคปหมู	1.28	0.65	น้อย	2.07	0.53	มาก
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สาโท น้ำตาลเมา เหล้าดองยา ไวน์	1.23	0.63	น้อย	2.07	0.53	มาก
9. ท่านดื่มน้ำหวาน ชา กาแฟที่มีรสหวาน เครื่องดื่มเกลือแร่ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง น้ำอัดลม	1.28	0.65	น้อย	2.07	0.53	มาก
10. ท่านรับประทานอาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป เช่น ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ บะหมี่ เส้นหมี่ วุ้นเส้นที่ปรุงแต่ง ข้าวต้มและโจ๊กที่ปรุงแต่ง	1.18	0.39	น้อย	2.07	0.53	มาก



ตาราง ค.5 (ต่อ)

ข้อความถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
11. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	1.41	0.68	ปาน กลาง	2.33	0.58	ปาน กลาง
12. ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 20- 30 นาที/ครั้ง หรือจนเหงื่อออก และชีพจรเต้นเร็วขึ้น	1.18	0.39	ปาน กลาง	1.85	0.43	ปาน กลาง
13.ท่านออกกำลังกายเช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ถีบจักรยาน ออกกำลังกายด้วยยางยืด ฮูลาฮูป หรือ ออกกำลังกายบริหารให้เหงื่อออก จนชีพจรเต้นเร็วขึ้น	1.33	0.66	ปาน กลาง	2.15	0.81	ปาน กลาง
14.ท่านทำงานบ้านติดต่อกันเป็นเวลานานจนรู้สึกเหนื่อย จนเหงื่อออก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า ด้ายหญ้า ทำสวน ทำไร่	1.28	0.64	ปาน กลาง	2.36	0.71	มาก
15.ท่านเกิดอารมณ์โกรธหงุดหงิดกังวลใจไม่สบายใจ เครียดบ่อยเพียงใด	1.41	0.59	น้อย	1.97	0.48	ปาน กลาง
16.ในแต่ละคืนท่านนอนไม่หลับเพราะ คิดมาก วิดก กังวลใจ หรือคิดห่วงใยผู้อื่น บ่อยครั้งเพียงใด	1.43	0.50	น้อย	2.38	0.71	มาก
17. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ หรือ มีปัญหา ท่านใช้ เหตุผลในการแก้ปัญหาได้บ่อยครั้งเพียงใด	1.25	0.55	น้อย	1.95	0.60	ปาน กลาง
18.ท่านพยายามทำจิตใจและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ จะทำให้เกิดความเครียดหรือไม่สบายใจได้ บ่อยครั้ง เพียงใด	1.31	0.52	น้อย	1.87	0.57	ปาน กลาง
19.ท่านนอนไม่ค่อยหลับ หรือต้องใช้ยานอนหลับบ่อยครั้ง เพียงใด	1.05	0.22	น้อย	1.84	0.49	ปาน กลาง
20. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลาย ความเครียด โดยการปรึกษาหรือพูดคุยคนใกล้ชิด พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน ภรรยาหรือลูก บ่อยครั้งเพียงใด	1.28	0.56	น้อย	1.95	0.51	ปาน กลาง
21. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลาย ความเครียด โดย การทำสมาธิ สวดมนต์ การนวด กดจุด หย่อนเกร็งกล้ามเนื้อ บ่อยครั้งเพียงใด	1.23	0.48	น้อย	1.92	0.62	ปาน กลาง
22. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจหรือเครียด ท่านผ่อนคลาย ความเครียด โดยการดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย ทำในสิ่งที่ท่านชอบบ่อยครั้งเพียงใด	1.26	0.49	น้อย	1.87	0.52	ปาน กลาง



ตาราง ค.5 (ต่อ)

ข้อความถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
23.เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงใด	1.60	0.85	ปานกลาง	2.15	0.67	ปานกลาง
24. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการสูบบุหรี่ บ่อยเพียงใด	1.17	0.31	มาก	2.31	0.66	มาก
25. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา หรือเหล้าตองยา 1 เป็ก เปียร์ 1 กระป๋องไวน์ 3 ออนซ์ สาโท หรือน้ำตาลเมา บ่อยครั้งเพียงใด	1.72	0.60	ปานกลาง	2.46	0.50	มาก
26.ท่านสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการถูกชักชวนเพื่อดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้ บ่อยครั้งเพียงใด	1.88	0.45	ปานกลาง	2.61	0.49	มาก
27. ท่านได้รับควันบุหรี่บ่อยครั้งเพียงใด (สูบเองหรือจากคนบุคลรอบข้าง)	1.46	0.60	น้อย	2.31	0.47	ปานกลาง
28. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ เช่น สูบเอง การอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือสามารถปฏิเสธการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่จากบุคคลอื่นได้ บ่อยครั้งเพียงใด	1.52	0.64	น้อย	2.38	0.54	มาก



ภาคผนวก ง
แผนการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



แผนการจัดกิจกรรม

สร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ครั้งที่ 1

เรื่อง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 39 คน

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ต.โคกมะม่วง อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรม จำนวน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ อาการ และบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงได้
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงได้
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ความคิดรวบยอด

โรคหรือภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเพศผสมชาติเฉียบ เนื่องจากการดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลานานและในช่วงแรก จะไม่แสดงอาการใดๆ ทำให้ผู้เป็นโรคไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคแล้ว โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มียารักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ การมีน้ำหนักตัวเกิน การรับประทานอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ หัวใจ สมอ ตา เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม หรือ เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ ก่อให้เกิดความพิการ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ตามมาเพื่อลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงการป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ และมีการจัดการความเครียด



เนื้อหา

1. ความหมายและเกณฑ์ของโรคความดันโลหิตสูง
2. สาเหตุ อาการ และปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง
3. ภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง
4. การปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม

ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งแจ้งวัน เวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลาและสถานที่ในการเข้ากลุ่มให้สมาชิกทุกคนทราบ ซึ่งในการเข้ากลุ่มใช้เวลา 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง และนัดติดตามผลจำนวน 2 ครั้ง จึงขอความร่วมมือในการเข้ากลุ่มให้ครบทุกครั้ง เริ่มกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 13 คน แล้วดำเนินกิจกรรม โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ คือ

1. ประสบการณ์กลุ่ม ผู้วิจัยตั้งคำถามสู่ถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม

สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากความรุนแรงของโรคมามาก่อน คือ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์มาถ่ายถอดประสบการณ์ของการปฏิบัติตน ตั้งแต่อาการป่วยเริ่มแรกจนถึงอาการป่วยปัจจุบัน ผลกระทบที่เกิดกับตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ปัญหาอุปสรรคของตนพร้อมวิธีแก้ไข ผลดีของการปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว รวมทั้งพูดถึงใจให้กลุ่มเสี่ยงตั้งใจดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม

2. สะท้อน/อภิปราย กลุ่มเล็ก

คู่มือทัศน เรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ตัวแทนแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3. ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่

ผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์โรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สมาชิกมีการรับรู้ความรุนแรงโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายของโรคความดันโลหิตสูง

4. ประยุกต์แนวคิด กลุ่มเล็ก

ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเขียนความตั้งใจหรือเป้าหมายในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งนำเสนอให้สมาชิกทราบ

สื่อการเรียนการสอน

1. ทัศนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



2. สไลด์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
3. ตัวแบบผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี ตัวแบบด้านลบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้
4. คู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินผล

สังเกตจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพ ความสนใจในกิจกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็น ความตั้งใจในการปฏิบัติร่วมในแต่ละกิจกรรม



แผนการจัดกิจกรรม

สร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ครั้งที่ 2

เรื่อง การสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมการบริโภคอาหาร การงด/ลดหรือหลีกเลี่ยงบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 39 คน
สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ต.โคกมะม่วง อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์
ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรม จำนวน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองเรื่องการควบคุมและการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การงด ลดการดื่มหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากภาวะน้ำหนักเกินผลจากการรับประทานอาหารได้
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงอาหารที่เหมาะสมกับตนเองโดยใช้ธงโภชนาการ ได้กลุ่มเสี่ยงสามารถอ่านผลิตภัณฑ์ฉลากอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมคลอไรด์ได้ถูกต้อง
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ถูกต้อง และควบคุมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเช้าได้
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการงด ลดหรือหลีกเลี่ยงบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้

ความคิดรวบยอด

ร่างกายเราต้องการสารอาหารที่มีอยู่ในอาหารต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดี เราควรรับประทานอย่างไร รับประทานอาหารอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด จึงจะได้สารอาหารครบและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ต้องลดอาหารเค็ม รับประทานโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมหรือเกลือแกงไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอล หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟ เพิ่มผักผลไม้ควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วน โดยใช้ธงโภชนาการช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคก็ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ และวิธีการ ลด ละ เลิก และหลีกเลี่ยง บุหรี่ ควันบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เนื้อหา

มาตรการในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1. โภชนบัญญัติ 9 ประการ : ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย
2. ธงโภชนาการ ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคตามธงโภชนาการต่อวัน
3. การควบคุมอาหารเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย



กิจกรรม

บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ประสบการณ์กลุ่ม

สุ่มถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอาหาร แล้วให้สมาชิกเล่าถึงการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

2. สะท้อน/อภิปราย กลุ่มเล็ก

ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มนำเสนอรายการอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานบ่อย และให้แสดงความคิดเห็นว่าการรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานบ่อย เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

3. ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่

ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่นำเสนอในแต่ละกลุ่ม บรรยายประกอบสไลด์อาหารต้านความดันโลหิตสูง การเลือกอาหารที่ควรรับประทาน ผลดีของการควบคุมอาหารกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมคลอไรด์ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4. ประยุกต์แนวคิด กลุ่มเล็ก

นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในท้องถิ่น การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร สาธิตเมนูอาหารเกลือต่ำ โดยนักโภชนาการจากโรงพยาบาล แจกใบงานให้ผู้ร่วมกิจกรรมทำพันธสัญญาใจว่า จะเปลี่ยนแปลงตนเองในการรับประทานอาหาร เช่น จะไม่ใส่ผงชูรส ซิมก่อนเติมรสทุกครั้ง

สื่อการเรียนการสอน

1. สไลด์เกี่ยวกับอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ธงโภชนาการ โมเดลตัวอย่างอาหารเมนูสุขภาพ
2. วีดิทัศน์ เอกสาร แผ่นพับ สื่อบุคคล และการสาธิตฝึกปฏิบัติ

การประเมินผล

สังเกตจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น การโต้ตอบ ซักถามตอบ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



แผนการจัดกิจกรรม

สร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ครั้งที่ 3

เรื่อง การสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกาย

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 39 คน
สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ต.โคกมะม่วง อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์
ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรม จำนวน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจ และบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงวิธีการออกกำลังกาย ความหนัก ความถี่และระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกแนวทาง การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

ความคิดรวบยอด

การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและถูกวิธี ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกาย ปอด หัวใจ และหลอดเลือดแข็งแรง การออกกำลังกายต้องเริ่มแต่น้อยก่อนแล้วค่อยเพิ่มขึ้น ควรออกทุกวัน หรืออย่างน้อยวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งควรออกกำลังกายติดต่อกัน ประมาณ 20-30 นาที การเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสม ควรเลือกตามความชอบหรือความถนัดของตนเอง เหมาะสมกับวัย ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการใช้กล้ามเนื้อของร่างกายหลาย ๆ ส่วน ได้เคลื่อนไหวพร้อม ๆ กัน เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ การเต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ

เนื้อหา

1. ประโยชน์ของการออกกำลังกาย
2. วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม

บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ประสพการณ์กลุ่มผู้ถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายเป็นอย่างไร
2. สะท้อน/อภิปราย



ให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม หาแนวทางการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมกันตัวแทนกลุ่มนำเสนอหลังจากนั้น ผู้วิจัย สรุป/บรรยายเพิ่มเติมเรื่องที่ยังไม่เข้าใจ

3. ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่

ผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์ออกกำลังกายด้านภัยความดันโลหิตสูง ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ระยะเวลา ความถี่ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และประโยชน์ของการออกกำลังกายแก่สมาชิก

4. ประยุกต์แนวคิด

ให้สมาชิกฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยยางยืด เดินเพื่อสุขภาพ การเดินแอโรบิกด้วยท่าพื้นฐานโดยผู้นำออกกำลังกาย แนะนำออกกำลังกายด้วยการปลูกผักสวนครัว แล้วให้สมาชิกเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจเหมาะสมกับตนเอง และตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย นาน 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สื่อการเรียนการสอน

1. สไลด์ประกอบการบรรยาย การออกกำลังกายด้านความดันโลหิตสูง
2. ซีดีเพลงประกอบการเดินแอโรบิก
3. อุปกรณ์ยางยืดออกกำลังกาย

การประเมินผล

สังเกตจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม แสดงความคิดเห็น ความตั้งใจ ในการปฏิบัติ



แผนการจัดกิจกรรม

สร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ครั้งที่ 4

เรื่อง การสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 39 คน
สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพพัฒนา ต.โคกมะม่วง อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์
ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรม จำนวน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ และทราบถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมตระหนักถึงประโยชน์และเกิดแรงจูงใจในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับตนเองได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์ของการผ่อนคลายความเครียดได้
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจ และวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถนำเอาความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดไปเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองต่อไป

ความคิดรวบยอด

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นความเครียดเหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียทั้งกับตนเองและผู้อื่นความเครียดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องดูแลและจัดการกับความเครียด เมื่อเกิดความเครียดจึงต้องมีวิธีการจัดการคลายเครียดที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียดอาจใช้วิธีการออกกำลังกาย ฟังเพลง ไปท่องเที่ยว ปลูกต้นไม้ ปลูกผักสวนครัว ดูรายการตลก ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการทำสมาธิ เป็นต้น

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงทราบถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมตระหนักถึงประโยชน์และเกิดแรงจูงใจในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงสามารถ

1. กลุ่มเสี่ยงสามารถบอกถึงวิธีการจัดการความเครียดได้

เนื้อหา

การจัดการความเครียด และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



กิจกรรม

บอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ประสพการณ์ กลุ่ม

แจกแบบสำรวจความเครียดของกรมสุขภาพจิต ให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม บอกความหมายคะแนนที่ได้ สุ่มถามสมาชิกให้บอกอาการเครียด หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ

2. สะท้อน/อภิปราย

ให้สมาชิกจับคู่กันแล้วบอกสาเหตุความเครียดของตัวเอง และวิธีจัดการความเครียด แล้วสุ่มถามสมาชิกแต่ละคู่ถึงสาเหตุและวิธีการจัดการความเครียด

3. ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่

ผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์การจัดการความเครียด สรุปความหมายของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ วิธีการจัดการความเครียด

4. ประยุกต์แนวคิด

ให้กลุ่มเสี่ยง ฝึกวิธีคลายเครียดโดยวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต ฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี หลังจากฝึกปฏิบัติให้สมาชิกบอกความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติว่าเป็นอย่างไร แนะนำรายการตลกคลายเครียดในทีวีให้สมาชิกได้ทราบ แนะนำให้สมาชิกเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่ตนปฏิบัติได้ นำไปปฏิบัติที่บ้าน

สื่อการเรียนการสอน

1. สไลด์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด
2. แบบสำรวจความเครียดของกรมสุขภาพจิต
3. เพลงประกอบการฝึกลมหายใจ

การประเมินผล

1. สังเกตจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม แสดงความคิดเห็น ความตั้งใจในการปฏิบัติ และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการผ่อนคลายความเครียด



ภาคผนวก จ
แบบการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่ม Metabolic



แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่มMetabolic

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน								
□	-	□ □ □ □	-	□ □ □ □ □ □	-	□ □	-	□
ผู้รับการตรวจ ชื่อ								
สกุล								
อายุ								
ปี								
บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล..... อำเภอ.....								
จังหวัด								
วันที่ตรวจ.....								

1. ข้อมูลครอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดา ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย(กรุณาระบุว่าเป็นบิดาหรือมารดา)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุเช่น ตัดขา ตาบอด... | |

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุเช่น ตัดขา ตาบอด... | |

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

- | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 ผลที่เท้า/ตัดขา (จากเบาหวาน) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม | | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 2.9 ตึมน้ำบ่อยและมาก | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.11 กินจุแต่พอมลง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.13 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.14 ชาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |



3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่าน ปฏิบัติตนอย่างไร
- รับการรักษาอยู่ / ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
 - รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ
 - เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา / หายาทานเอง
4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
- สูบ จำนวน..... มวน/วันหรือ (Pack...../year) ชนิดของบุหรี่.....
ระยะเวลา ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
 - ไม่สูบ
 - เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ....ระยะเวลา...ปี
(ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่
- ดื่ม.....ครั้ง /สัปดาห์ (ดื่มเหล้า>45 cc. /ดื่มเบียร์ >240 cc / ดื่มไวน์ >120 cc ต่อวัน)
 - ไม่ดื่ม เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
6. ท่านออกกำลังกาย / เล่นกีฬา
- ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที
 - ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที สม่ำเสมอ
 - ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
 - ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
 - ไม่ออกกำลังกายเลย
7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- หวาน เค็ม มัน ไม่ชอบทุกข้อ
8. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก(Wt)..... กก.	ส่วนสูง(Ht)..... ซม.	ดัชนีมวลกาย (BMI)	กก./ม. ²																																
BP ครั้งที่ 1	/ mmHg.	BP ครั้งที่ 2	mmHg.																																
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>								
ค่า BP เฉลี่ย / mmHg.																																			
เส้นรอบเอว ซม. (ชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.)																																			
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - กรณีตรวจ FBS..... mg% หรือ																																			
Post pandrail blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ชม.)																																			
ตรวจร่างกายทั่วไป																																			
.....																																			



10. สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงโรค Metabolic

- ไม่พบความเสี่ยง
 มีความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค DM HT Stroke Obesity
 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง DM HT Stroke Obesity

11. สรุปผลความเสี่ยงต่อ โรคหัวใจขาดเลือดและอัมพฤกษ์และอัมพาต

(คัดกรองเฉพาะประชากรอายุ 35 – 59 ปี ที่เป็น กลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน / ความดันโลหิตสูง)

1. มีญาติสายตรง(พ่อ แม่ พี่ น้อง) ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. สูบบุหรี่
3. ระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 120 mg/dl และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
5. ได้รับการบอกจากแพทย์หรือพยาบาลว่าไขมันในเลือดผิดปกติ
6. ขนาดรอบเอว ชาย ≥ 90 cm. หญิง ≥ 80 cm., BMI > 25 kg/m²
7. เคยเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาต
8. เคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

กลุ่มเสี่ยงสูง ผิดปกติ 2 ข้อ **หรือ**เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี **หรือ**มีประวัติสายตรงเป็นอัมพาตหรือหัวใจขาดเลือดก่อนวัย

กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ผิดปกติ 3-5 ข้อ **หรือ**ความดันโลหิต $\geq 170/100$ mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน **หรือ**คอเลสเตอรอล ≥ 309 mg%

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ผิดปกติ > 5 ข้อ **หรือ**มีประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจ**หรือ** เป็นเบาหวานและมีปัญหาโรคไต

การดำเนินงาน

- ให้แนะนำการดูแลตนเอง และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี
 ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 ส่งต่อเพื่อรักษา

ลงชื่อ ผู้ตรวจ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก ฉ

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง



คู่มือ
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
สำหรับ
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-60 ปี
ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์



จัดทำโดย

นายนรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คำนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งของประเทศเนื่องจากผู้ที่มีภาวะนี้ส่วนมากมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก แต่ก็มีอาการหรืออาการแสดงเมื่อเป็นมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเกิดขึ้นกับ หัวใจ ตา ไต และสมอง เป็นภาวะของโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดทำให้มีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในประชากรวัยหนุ่มสาว เนื่องจากภาวะเครียดทางจิตใจ การแข่งขันในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำรงชีพ และบริโภคอาหาร ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองพิการ ไตพิการ ฯลฯ ที่สำคัญคือภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ แต่เป็นฆาตกรเงียบจึงควรได้รับความเอาใจใส่จากประชาชนทั่วไป เพราะโรคแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ จากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยฉบับนี้ ได้รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอย่างสอดคล้องกับปัญหาและวิถีดำเนินชีวิต สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์จะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีชีวิตที่ยืนยาว รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและประเทศได้เป็นจำนวนมากด้วย

นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ



แบบประเมินตนเอง

ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่..... ตำบล โคกมะม่วง อำเภอ ปะคำ จังหวัด บุรีรัมย์

หลักเกณฑ์การประเมินตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.
ปกติ < 120/80 มม.ปรอท					
เสี่ยง 120-139/ 80-89 มม.ปรอท					
ระดับ 1 140-159 /90-99 มม.ปรอท					
ระดับ 2 160-179/100-109 มม.ปรอท					
สรุป					
ปกติ					
ผิดปกติ					

2. ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)

ค่าดัชนีมวลกายกิโลกรัม/ตารางเมตร			ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.
ระดับปกติ	ระดับปกติ	18.50 – 22.90					
ระดับเสี่ยง	น้ำหนักเกิน	23.00-30.00					
ระดับเสี่ยงมาก	โรคอ้วน	มากกว่า30.00					
สรุป							
ปกติ							
ผิดปกติ							

3. รอบเอว

รอบเอว.....เซ็นติเมตร	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.
ระดับปกติ					
ผู้หญิง น้อยกว่า 80 ซม.					
ผู้ชาย น้อยกว่า 90 ซม.					
ระดับเสี่ยง					
ผู้หญิง มากกว่า 80 ซม.					
ผู้ชาย มากกว่า 90 ซม.					
สรุป					
ปกติ					
ผิดปกติ					



3. เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง (หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไตโรคหนึ่งหรือสองโรคขึ้นไป)

() ระดับดี	ไม่มีโรคประจำตัว
() ระดับเสี่ยง	ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่สามารถควบคุมโรคและอาการของโรคและใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น นี้อรับยาทุก2-3 เดือน มีการลดยาหรือไม่เพิ่มยาหลายขนาน
() ระดับเสี่ยงมาก / ป่วย	ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมโรคและอาการของโรคได้ ไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตได้ปกติหรือ เช่น นี้อรับยาบ่อย/ทุกเดือน มีการเพิ่มขนาดยาหรือเพิ่มยาหลายขนาน

5. การสูบบุหรี่

() ระดับดี	ไม่เคยหรือเคยแต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด
() ระดับเสี่ยง	สูบบุหรี่ เป็นบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์หรือน้อยกว่า) และพยายามลดการสูบ
() ระดับเสี่ยงมาก / ป่วย	สูบบุหรี่ เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) ไม่สามารถลดปริมาณหรือเลิกได้

6. การดื่มสุรา

() ระดับดี	ไม่เคยหรือเคย ปัจจุบันเลิกเด็ดขาด
() ระดับเสี่ยง	ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์หรือน้อยกว่า) และพยายามลดการดื่มลง
() ระดับเสี่ยงมาก / ป่วย	ดื่มเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) ไม่สามารถลดหรือเลิกได้ หากหยุดจะมีอาการ

7. การออกกำลังกาย

() ระดับดี	ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงานจนเหงื่อออกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน
() ระดับเสี่ยง	ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงานแต่ไม่มีเหงื่อออก ไม่รู้สึกเหนื่อย
() ระดับเสี่ยงมาก / ป่วย	ไม่ออกกำลังกายหรือออกแรงทำงานน้อยมาก

8. กินอาหารปลอดภัย (หมายถึงอาหารปรุงสุก ครบ 5 หมู่ แหล่งที่มาปลอดภัย เช่น มี อย. หรือ ปลอดภัยอาหาร)

() ระดับดี	กินอาหารและน้ำที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ
() ระดับเสี่ยง	กินอาหารและน้ำที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นส่วนใหญ่
() ระดับเสี่ยงมาก / ป่วย	กินอาหารและน้ำที่ไม่ปลอดภัยและ ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นประจำ



9. การกินผักผลไม้

() ระดับดี	กินผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ (ครึ่งกิโลกรัม/วัน)
() ระดับเสี่ยง	กินผักและผลไม้บ้าง แต่ปริมาณไม่เพียงพอ
() ระดับเสี่ยงมาก /ป่วย	กินผักและผลไม้เล็กน้อย

10. ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

() ระดับดี	มีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่มาก
() ระดับเสี่ยง	มีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่บ้าง
() ระดับเสี่ยงมาก /ป่วย	ไม่มีความสุขและไม่มีความพึงพอใจในชีวิต

11. การจัดการความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้น

() ระดับดี	มีความเครียดน้อย และสามารถจัดการได้เป็นอย่างดี
() ระดับเสี่ยง	สามารถจัดการได้ บ้างไม่ได้บ้าง มีความเครียดปานกลาง บางครั้งต้องกินยานอนหลับ แต่ไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่สามารถจัดการได้
() ระดับเสี่ยงมาก /ป่วย	ความเครียดมาก ต้องรักษาด้วยยาตลอดเวลา โดยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

12. ความสัมพันธ์และการยอมรับจากผู้อื่น

() ระดับดี	มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลในครอบครัวและ ชุมชน และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น
() ระดับเสี่ยง	สัมพันธภาพต่อบุคคลในครอบครัว และชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาทะเลาะวิวาทบ่อยครั้ง เข้ากับผู้อื่นได้บ้าง
() ระดับเสี่ยงมาก /ป่วย	ทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่นเป็นประจำไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้

13. การตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อย วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด วัดรอบเอว

() ระดับดี	ทุก 1 ปี เป็นประจำสม่ำเสมอ
() ระดับเสี่ยง	เป็นบางปีไม่สม่ำเสมอ
() ระดับเสี่ยงมาก /ป่วย	ไม่เคยตรวจและหรือนานๆครั้ง

สรุปผลการประเมินสุขภาพตนเอง

อยู่ในระดับดี.....ข้อ อยู่ในระดับเสี่ยง ข้อ อยู่ในระดับเสี่ยงมาก.....ข้อ



สัญญาเงื่อนไขเพื่อแสดง เจตนารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
ข้าพเจ้า มีความตั้งใจและมุ่งมั่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดังนี้

ระบุเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน

.....

ขั้นตอน/กิจกรรม ที่ดำเนินการเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน

.....

ภายในระยะเวลาเดือน

ลงชื่อ.....

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้รับสัญญาและช่วยเหลือให้ อสม. บรรลุความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1..... (เพื่อน อสม.)

2.....



ความดันโลหิตคืออะไร

ความดันเลือด หรือ **ความดันโลหิต** คือ **แรงดันเลือด** ที่เกิดจากการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจ ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ

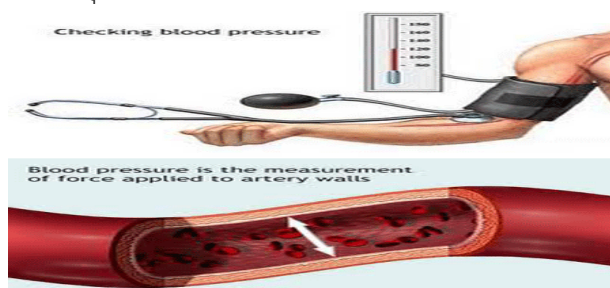
1. **หัวใจ** ห้องล่างขวา โดยหัวใจบีบตัวเพื่อนำเลือดดำไปปอด เลือดจะถูกส่งผ่านไปยังเส้นเลือดแดงที่จะไปปอดเพื่อไปรับออกซิเจน เมื่อเลือดได้รับออกซิเจนแล้วก็จะเปลี่ยนจากเลือดดำเป็นเลือดแดง ไหลกลับมายังหัวใจด้านซ้าย ทางเส้นเลือดดำจากปอดสู่หัวใจห้องบนซ้ายเมื่อวัดความดันในหลอดเลือดแดงที่ไปปอด จะได้อัตราตัวเลข 2 ค่า เมื่อเวลาวัดความดันที่หลอดเลือดแดงที่แขนหรือขาจะได้อัตราตัวเลข 2 ค่า เช่น 120/80 มม.ปรอท

- ค่าตัวบนเรียกว่า **ความดันช่วงหัวใจบีบ** (ความดันซิสโตลิก:systolic) หมายถึงความดันเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว จากตัวอย่างวัดได้ค่าเท่ากับ 120 มม.ปรอท

- ค่าตัวล่างเรียกว่า **ความดันช่วงหัวใจคลาย** (ความดันไดแอสโตลิก:diastolic) หมายถึงความดันเมื่อหัวใจคลายตัว ซึ่งจากตัวอย่างจะมีค่าเท่ากับ 80 มม.ปรอท นั่นเอง

เมื่อหัวใจบีบตัวแรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดง จะมีแรงดันน้อยกว่าแรงที่หัวใจบีบตัวเล็กน้อยก็เนื่องจาก หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัวออกได้เล็กน้อย แรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจึงต่ำลง ดังจะสังเกตได้ว่าคนที่มีอายุน้อยหลอดเลือดยังมีความยืดหยุ่นอยู่มากความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆของร่างกาย มักจะวัดค่าตัวบน systolic ได้ต่ำ และวัดค่าตัวล่าง diastolic ได้สูง เช่น วัดได้ 100/80 มม.ปรอท ในขณะที่คนที่มีอายุมาก หลอดเลือดมักจะแข็ง และมีความยืดหยุ่นน้อยลง ความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆของร่างกาย มักจะวัดค่าตัวบน systolic ได้สูง และวัดค่าตัวล่าง diastolic ได้ต่ำ เช่น วัดได้ 140/60 มม.ปรอท

ค่าความดันโลหิตทั้งบนและล่างมีความสำคัญซึ่งถ้าหากค่าความดันสูงก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา ค่าความดันโลหิตเป็นค่าที่ไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามภาวะต่างๆ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ หรือตัวกระตุ้นในขณะนั้นทั้งจากภายในและภายนอกตัวเรา เช่น อารมณ์โกรธ เสียใจ ดีใจ หรือสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ค่าความดันโลหิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทุกนาที ทำให้การบอกค่าที่แน่นอนแต่ละคนทำได้ยาก สาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย อาการปวดต่างๆ ฤดูกาลต่างๆ เช่น อากาศเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัวความดันโลหิตจึงสูงขึ้น ยาประเภทต่างๆ เช่น แก้วหัวดี ยาคุมฯ เป็นต้น



โรคความดันโลหิตสูง





ความดันโลหิต เป็นแรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ซึ่งวัดได้ 2 ค่า คือ

-**ความดันโลหิตค่าบน** คือ แรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว

-**ความดันโลหิตค่าล่าง** คือ แรงดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว

ในคนปกติความดันโลหิต ไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท (จากการประชุมร่วมของ องค์การอนามัยโลก และ International Society of Hypertension ปี 1999) ส่วนความรุนแรงของ ความดันโลหิตที่สูงนั้น ให้พิจารณาจากค่าความดันตัวบนและความดันตัวล่างทั้งสองค่าโดยถือระดับ ความดันโลหิตที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์ เช่น ความดันโลหิต 150/110 มิลลิเมตรปรอท ความดันตัว บน 150 มิลลิเมตรปรอท จะอยู่ในระดับอ่อน แต่ความดันตัวล่าง 110 มิลลิเมตรปรอทจะอยู่ในระดับ รุนแรง ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้ก็ต้องจัดอยู่ในกลุ่มความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เป็นต้น

ตาราง แสดงความดันโลหิตสูงในระดับต่างๆ ซึ่งแบ่งตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ระดับความดันโลหิต	ความดันตัวบน (มม.ปรอท)	ความดันตัวล่าง (มม.ปรอท)
ค่าความดันโลหิตปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	120 - 139	80 - 89
ระดับ 1 ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน	140 - 159	90 - 99
ระดับ 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง	≥ 160	≥ 100

สาเหตุการเกิดโรคที่พบบ่อยในคนไทยส่วนใหญ่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. อายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า 40 ปี
2. สิ่งแวดล้อมและการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ได้แก่
 - รับประทานอาหารที่มีเกลือแกง(โซเดียม)ปริมาณมากกว่า 1 ช้อนชา(6กรัม)ต่อวัน
 - การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอต่อวัน
 - ขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
 - มีความวิตกกังวล มีความเครียดเรื้อรัง เป็นประจำ
 - สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 30 ซีซี (2 ช้อนโต๊ะ) ต่อวัน
3. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 27 กิโลกรัม/เมตร²
4. มีพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง
5. สาเหตุจากโรคหรือการเจ็บป่วย เช่น โรคไต โรคที่มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด





1. หัวใจ

ความดันโลหิตสูง จะมีผลต่อหัวใจ 2 ทาง คือ ทำให้หัวใจโต และหลอดเลือดหัวใจหนาตัว และแข็งตัวขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลว ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หรือหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้มีอาการใจสั่น มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า



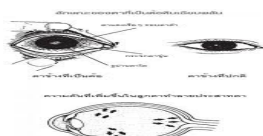
2. สมอง

ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัมพาต อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้น 7 เท่า ที่พบบ่อยซึ่งมักจะเกิดจากหลอดเลือด เล็ก ๆ อุดตัน โดยเกล็ดเลือดซึ่งพบบ่อย หรือเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตกทำให้เลือดออกในสมองและโอกาสเกิดสมองขาดเลือดเพิ่ม



3. ไต

เป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกายทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือดความดันโลหิตสูงก็มีผลต่อหลอดเลือดที่ไต เช่นเดียวกับหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอมันทำให้เสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวมตอนสาย หากเป็นมากจะมีอาการอ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรงจากภาวะซีด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย



4. ตา

ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อหลอดเลือดที่ตา เช่น เลือดออกที่จอตา หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่จอตาอุดตัน หรือทำให้จอตาหลุดลอกออกได้ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ หรือตามัวจนถึงตาบอดได้ เบาหวาน ซึ่งมักพบร่วมกับความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนทางตาได้เร็ว



5. หลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบหรือโป่งพอง มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขา และอวัยวะภายในลดลง ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ไกลเพราะปวดขาจากการขาดเลือดต้องนั่งพักจึงจะหายและเดินต่อได้ เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง

การลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง

1. **การควบคุมอาหาร** การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แม้ท่านจะไม่จัดว่าอ้วน แต่การลดอาหารประเภทไขมันก็เป็นสิ่งที่ดีหลีกเลี่ยงหรือลดการใช้เนย ไขมัน และน้ำมันในการปรุงอาหารหลีกเลี่ยงอาหารทอด ให้รับประทานอาหารประเภท อบ นึ่ง ต้ม แทนรับประทานอาหารประเภทผัด ถั่ว ผลไม้ ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ดื่มน้ำ กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้

2. **รับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัด** การรับประทานเกลือมากจะทำให้ความดันโลหิตสูง และไตทำงานหนักการลดปริมาณเกลือในอาหารควรปรึกษาแพทย์ของท่านก่อน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทของดอง เค็ม เนื้อเค็ม ซุปกระป๋อง ใช้เครื่องเทศแทนเกลือ หรือผงชูรส รับประทานแต่อาหารว่างที่มีเครื่องหมาย "เกลือต่ำ" (low salt) หรือ "ปราศจากเกลือ" (salt-free)

3. **หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด** หากเป็นไปได้ พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เครียด ทั้งที่ทำงาน และที่บ้านพยายามตอบสนองอย่างมีสติ และนุ่มนวลต่อสภาวะเครียด ซึ่งท่านไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือหลีกเลี่ยงได้

4. **หยุดสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งในปอด อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และความดันโลหิตสูงได้ บุหรี่ ทำให้เกิดการทำลายและส่งเสริมการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต

5. **งด หรือ ลดการดื่มแอลกอฮอล์** การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ควรงดหรือดื่มปริมาณน้อย เช่น ในหนึ่งวันไม่ควรดื่มสุราเกิน 60 ลบ.ซม. เบียร์ 720 ลบ.ซม. ไวน์ 260 ลบ.ซม.

6. **ออกกำลังกาย** แต่พอประมาณ การเดินวันละ 20-30 นาที จะช่วยท่านลดน้ำหนักได้ ช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและป้องกันโรคของหลอดเลือดได้ ก่อนเริ่มออกกำลังกายใด ๆ ควรปรึกษาแพทย์ของท่านก่อน

7. **ตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ** ควรทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะ ไม่จำเป็นต้องวัดความดันโลหิตถี่เกินความจำเป็น และควรจดบันทึกวัน เวลา ค่าที่วัดได้ทุกครั้ง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อท่านในการควบคุมความดันโลหิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การควบคุมการบริโภคอาหาร

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตก็เป็สิ่งสำคัญ อาทิ ควบคุมน้ำหนักตัวให้พอเหมาะไม่อ้วนเกินไป เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมถึงปรับเปลี่ยนอาหารที่กินให้เหมาะสมด้วย

1.ลดเค็มไว้ก่อน

ถ้าพูดถึงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคงได้ยินคำเตือนกันบ่อยๆว่าต้องระวังอาหารรส “เค็ม” ที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง เนื่องจากจะทำให้มีการสะสมน้ำในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะบวม และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ บางคนแย้งว่าไม่เค็มมันไม่อร่อย หรือเป็นคนติดรสเค็มอยู่เดิม คงต้องเปลี่ยนความเคยชินเสียใหม่ อย่าติดกับความอร่อยหรือรสชาติมากเกินไป เพราะจะไม่เป็นผลดีกับโรคที่เป็นควรหันมากินอาหารรสจืดๆ ถึงจะต้องฝืนใจในช่วงแรกๆ แต่ฝึกกินไปสักพักก็เคยชิน



2. สารปรุงแต่งรส

พวกน้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม ซุปต่างๆ ทั้งชนิดก้อนและชนิดซอง เป็นต้น ควรใส่ปริมาณน้อยๆไม่ต้องขยันเติมขยันเหยาะกันเยอะๆเพราะสารปรุงรสเหล่านี้ มีส่วนประกอบของโซเดียมสูงปกติในคนทั่วไปปริมาณโซเดียมที่แนะนำให้กินในแต่ละวันไม่ควรเกิน 2,400 มก. เฉพาะน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ ก็มีโซเดียมสูงถึง 1,160- 1,490 มก.แล้ว ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 960-1,460 มก. ส่วนเกลือปรุงอาหาร 1 ช้อนชามีโซเดียมสูงถึง 2,000 มก. ก็คงเห็นว่าสารปรุงแต่งรสแต่ละอย่างมีโซเดียมในปริมาณสูง ถ้าใส่กันเยอะ ๆ คุณจะได้โซเดียมมากเพียงใด หรือแม้แต่พวกซอสปรุงรสหรือน้ำจิ้มที่มีรสเปรี้ยว ๆ หวาน ๆ ก็ต้องระวังเช่นกัน เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก อาจดูเหมือนไม่เค็มหรือเค็มน้อยเพราะปริมาณโซเดียมอาจไม่มากเท่า น้ำปลาหรือซีอิ๊ว ต้องระวังไม่กินมากเกินไปเช่นกัน

3. ผงชูรส

ใส่เมื่อไหร่อาหารพลันอร่อยขึ้นทันตา ท่านควรหยุดความคิดนี้ไปเลย แม้ว่าผงชูรสจะเป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่ก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 15 ถ้าเลี้ยงไม่ใส่ได้จะดีมาก (ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มก.)

4. อาหารแปรรูปต่างๆ

อาหารแปรรูปเหล่านี้ถ้าเลี้ยงได้ก็เลี้ยงเพราะเป็นอาหารที่เค็มจัดหรือมีปริมาณโซเดียมสูง อาทิไส้กรอก กุนเชียง แยม หมูแผ่น หมูหยอง ผักดองต่าง ๆ ผลไม้ดอง เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว น้ำบูดู อาหารตากแห้ง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า กะปิ ไข่เค็ม น้ำพริกเผา น้ำพริกตาแดง เป็นต้น

5. อาหารกระป๋อง

ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง ก็ต้องกินอย่างระวังเช่นกัน เพราะอาหารเหล่านี้จะมีการเติมเกลือหรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณที่สูงมาก

6. อาหารกึ่งสำเร็จรูป

เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ถึงจะทำกินง่ายอร่อยถูกปาก แต่ต้องระวังไว้ด้วยเพราะมีปริมาณโซเดียมอยู่สูงไม่น้อยเช่นกัน

7. ขนมหรือขนมกรุบกรอบต่างๆ

ขนมกรุบกรอบมักจะมีปริมาณเกลือสูงทำให้ได้รับเกลือมากเกินไป ส่วนขนมบางอย่างที่มีการเติมผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก คุกกี้ ก็ไม่ควรกินเยอะเกินไป เนื่องจากผงฟูที่ใช้ในการทำขนมจะมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ส่วนแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนมก็มักผสมผงฟูลงไปด้วย ขึ้นทานมากๆ จะได้รับโซเดียมไปเต็ม ๆ

8. เครื่องดื่มเกลือแร่

ถ้าจะเติมน้ำแก้กระหายเลือกเป็นน้ำเปล่า หรือน้ำผลไม้สดจะดีกว่า เครื่องดื่มเกลือแร่ผลิตมาสำหรับคนที่สูญเสียเหงื่อมาก จึงต้องมีการเติมสารประกอบของโซเดียมลงไปด้วย ส่วนน้ำผลไม้เย็น ๆ หวานชื่นใจที่บรรจุกล่องขวดหรือกระป๋อง เพราะมักมีการเติมสารกันบูดซึ่งจะมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบลงไปด้วย



9. อาหารมันๆ

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ในที่นี้หมายถึง "ไขมันชนิดอิ่มตัว" ซึ่งเป็นศัตรูตัวร้ายที่เพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในร่างกาย โดยแหล่งที่มาของไขมันชนิดอิ่มตัวก็คือ เนื้อสัตว์ติดมันทั้งหลายที่เรา นิยมนำมาปรุงอาหาร ไม่ว่าจะเป็นเนื้อวัว เนื้อหมู หรือเนื้อเป็ด ไก่ ในกรณีของเนื้อวัวกับเนื้อหมู ควรเลือกส่วนที่เป็นเนื้อสันซึ่งจะมีไขมันน้อยที่สุด ส่วนเนื้อเป็ด ไก่ ให้เลือกบริเวณส่วนนอก ถ้ายังมีมันหลงติด มากก็พยายามแกะออกให้มากที่สุด ควรลดปริมาณลงและหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ปริมาณน้ำมันมากๆ เช่น ปาท่องโก๋ ไก่ทอด มันฝรั่งทอด เป็นต้น หรือจำกัดน้ำมันในการประกอบอาหาร และควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น นมและผลิตภัณฑ์จากนม แม้จะเป็นแหล่งของแคลเซียมและโปรตีน แต่ก็ต้องระวัง เพราะมีคอเลสเตอรอลและไขมันชนิดอิ่มตัวอยู่มาก ฉะนั้นถ้าจะบริโภคนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม เช่น โยเกิร์ต ไอศกรีมหรือโยเกิร์ตแช่แข็ง เนยแข็ง ควรเลือกที่ปลอดหรือพร่องไขมัน



10. ผักผลไม้

ผักเป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ คาร์โบไฮเดรต และใยอาหาร ที่ร่างกายต้องการ การปรุงอาหารในแต่ละมื้อจึงควรมีผักเป็นส่วนประกอบหลักอยู่ด้วย จะใช้วิธีปรุงให้สุกหรือกินแบบสดๆก็ได้ ซึ่งในบ้านเราผักแต่ละฤดูกาลจะมีให้เลือกหลากหลายชนิด อย่าจำกัดแค่ชนิดใดชนิดหนึ่งเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ใครที่คิดจะนำผักมาปรุงอาหาร ควรเลี่ยงเมนูที่เป็นการเพิ่มไขมันให้กับร่างกาย เช่น ผักชุบแป้งทอด ผัดผักโดยใส่น้ำมันมากๆ เปลี่ยนมาทานผักแบบดิบๆ หรือผักลวก หรือเวลาผัดให้ใส่น้ำมันในปริมาณน้อยๆ เป็นต้น ส่วนผลไม้ซึ่งเป็นแหล่งของวิตามินซี และเส้นใยอาหาร ฯลฯ ก็ควรทานเป็นประจำรับประทานแบบสด ๆ นำมาคั้นเป็นน้ำผลไม้ หรือใช้ผลไม้เป็นอาหารว่างแทนขนมที่ให้พลังงานสูงหรืออุดมไปด้วยเกลือ

11. ลดแอลกอฮอล์

ใครที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำควรเพล่า ๆ ปริมาณการดื่มลง ถ้าลดละเลิกได้ก็ยิ่งดี ส่วนช่วงเทศกาลต่าง ๆ ก็อย่าใช้เป็นข้ออ้างในการดื่มเพราะมันจะทำให้ดื่มมากกว่าปกติ ร้อยละ 95 ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปจะซึมเข้าสู่กระแสเลือดผ่านทางเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอย่างรวดเร็วฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะไปขยายหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น



การควบคุมน้ำหนัก

โรคอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ การที่มีการสะสมของไขมันมากขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการจึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆ และนำมาซึ่งสาเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดของโรคอ้วนโรคอ้วนที่ผลร้ายต่อสุขภาพมีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. อ้วนลงพุง เป็นลักษณะของคนอ้วนที่มีการสะสมของไขมันที่บริเวณช่องท้องและอวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต ลำไส้ กระเพาะอาหารและอื่นๆ ไขมันที่อยู่ภายในเหล่านี้ เป็นตัวการที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองโรคไขมันในเลือดสูงโดยรอบพุงที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 ซม. จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า

2. อ้วนทั้งตัว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันทั้งร่างกายมากกว่าปกติโดยไขมันที่เพิ่มขึ้น มิได้จำกัดอยู่ที่ตำแหน่งใด ตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ บางคนนอกจากเป็นโรคอ้วนทั้งตัวแล้วยังเป็นโรคอ้วนลงพุงร่วมด้วย จะมีโรคแทรกซ้อนทุกอย่าง และโรคที่เกิดจากน้ำหนักตัวมาก ได้แก่ โรคไขข้อ ปวดข้อ ข้อเสื่อม ปวดหลัง ระบบหายใจทำงานติดขัด

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI)

คือ ค่าความหนาของร่างกาย ใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนผอมในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งคำนวณได้จาก การใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงที่วัดเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งใช้ได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังสูตรต่อไปนี้

ดัชนีมวลกาย

$$(BMI) = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

เช่น น้ำหนักตัว 74 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกายเท่าไร ?

ดัชนีมวลกาย

$$(BMI) = \frac{74 \text{ กก.}}{1.60 \text{ ม.} \times 1.60 \text{ ม.}} = 28.9 \text{ กก./ม.}^2$$

ตาราง การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	ภาวะน้ำหนักตัว
น้อยกว่า 18.5	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 – 22.9	ปกติ
23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 – 29.9	โรคอ้วน
มากกว่า 30	โรคอ้วนอันตราย





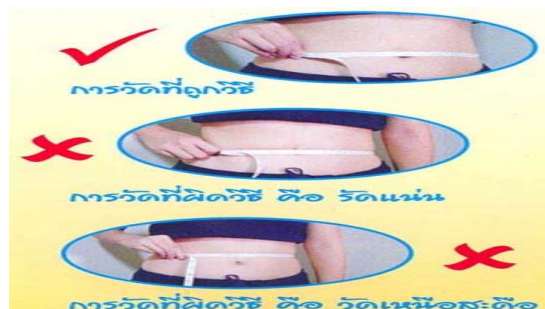
การวัดเส้นรอบเอว หรือเส้นรอบพุง(โดยทั่วไปจะวัดรอบเอว ตรงระดับสะดือพอดี) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการก่อโรค ผู้ชายต้องมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ถ้าเส้นรอบเอวใหญ่เกินกว่าค่าดังกล่าวนี้แล้วก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆนั้นสูงขึ้น

ตาราง เส้นรอบเอวของคนอ้วนที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่ดี

ชาย	หญิง
ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร ขึ้นไป	ตั้งแต่ 80 เซนติเมตร ขึ้นไป

วิธีการวัดเส้นรอบเอว

1. อยู่ในท่ายืน
2. ใช้สายวัด วัดรอบเอวโดยวัดผ่านสะดือ
3. วัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น



การออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกายโดยการทำกิจกรรมต่างในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำกิจกรรมยามว่าง ทำกิจกรรมนันทนาการ การทำกิจกรรมต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน อย่างกระฉับกระเฉงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที สามารถช่วยร่างกายได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างดังนี้

กิจกรรม	พลังงานที่ใช้(กิโลแคลอรี)
การนั่ง การเขียน	50
การยืน การทำกิจกรรมเบาๆ	80
ปิดฝู่น	90
ตัดหญ้า	140
ปูที่นอน ถูพื้น ทำความสะอาดพื้น ทำสวน	150
เต้นรำ(ปานกลาง) การเล่นกับเด็กอย่างกระฉับกระเฉง	150
การเดิน 2.4-3 กม. การเดินขึ้นบันได การบริหารร่างกายต่อเนื่อง	150

2.การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย(35-59ปี) ควรเป็นชนิดที่มีแรงกระแทกต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่างๆ และควรเป็นวิธีที่ตนเองสนใจ ทำง่าย มีความเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน ควรทำอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ ๕ วัน และควรออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิกท้านซ์ ฮูลาฮูป และโยคะ เป็นต้น จะทำปอดหัวใจหลอดเลือดตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรงทนทานและทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรปฏิบัติ 3 ขั้นตอนคือ

(1) การอบอุ่นร่างกาย (2) การออกกำลังกาย (3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



ชนิดของการออกกำลังกายที่แนะนำ มีดังนี้

1.การเดินเร็ว ทำได้ง่าย ปลอดภัย โดยเดินนาน30 นาที ทำได้โดยการเดินแกว่งแขนสลับเท้าที่เดิน สวมเท้ายาว ๆ เหยียดแขนสูงๆ การเดินเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน(แอโรบิก) ที่ได้รับความนิยมกว้างขวาง เนื่องจากไม่ต้องใช้ความชำนาญพิเศษใดๆ ปลอดภัย ไม่บาดเจ็บง่าย สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา และต่ำมากหรือไม่มีเลย เป็นการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่อข้อต่างๆ น้อย ได้แก่ ข้อสะโพก เข่า ข้อเท้า ดังนั้น จึงช่วยลดการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้และเป็นวิธีการที่ใช้ลดน้ำหนักและไขมันได้เป็นอย่างดี ได้แก่

- การเดินทอดน่อง หรือการเดินสบายๆ ควรเดินอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกวันและใช้เวลานานพอสมควรจะช่วยเผาผลาญพลังงานประมาณ 150 กิโลแคลอรีต่อวัน เป็นการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายหรือช่วยให้ร่างกายเย็นลงหลังการออกกำลังกายช่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดได้ด้วย



- การเดินเร็ว เป็นการเดินที่กระฉับกระเฉงขึ้น จะก้าวยาวกว่าการเดินทอดน่องเดินประมาณ 100-120 ก้าวต่อนาที จะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบทางเดินหายใจ การไหลโลหิตมีประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก หรือต้องการออกกำลังกายแบบปานกลาง

2. การวิ่งเหยาะๆ ติดต่อกันเบาๆ-45 นาทีขึ้นไป ควรระมัดระวังอาจเกิดได้ง่าย

3. การเดินแอโรบิค จะทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วน แต่ต้องควรระมัดระวังสำหรับผู้ที่ยังเริ่มต้นและผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อาจบาดเจ็บได้ง่าย ลดการกระโดดให้น้อยลงใช้แขนขาให้มากขึ้น

วิธีการทดสอบว่าออกกำลังกายเพียงพอในแต่ละครั้ง ทำได้ด้วยการวัดอัตราเต้นของหัวใจ โดยการจับชีพจรหลังออกกำลังกายเสร็จ หรืออาจดูง่ายๆจากความเหนื่อยของตัวผู้ออกกำลังกาย เนื่องจากความแตกต่างของสมรรถนะในแต่ละคน จึงไม่ได้กำหนดอัตราเต้นของหัวใจไว้ตายตัว แต่จะกำหนดไว้กว้างๆ ที่นิยมในปัจจุบันคือ ให้จับชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีให้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 65 – 80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum heart rate) โดยวิธีคิดดังนี้ เอาอายุตัวไปลบด้วย 220 ได้เท่าไร ก็เอาอัตราเต้นที่เป็นเป้าหมาย(ร้อยละ 65 – 80)มาคูณ

ตัวอย่าง อายุตัว 40 ปี ก็จะมีอัตราเต้นหัวใจสูงสุด = $220 - 40 = 180$ ครั้ง/นาที ถ้าต้องการออกกำลังกายให้อัตราเต้นหัวใจเป้าหมายเป็นร้อยละ 70 ชีพจรหลังหยุดออกกำลังกาย ทันทีจะอยู่ที่ $= 180 \times 0.70$ เท่ากับ 126 ครั้ง/นาที

การจัดการความเครียดและวิธีแก้เครียด

ความเครียด(Stress) เป็นภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือทำให้เกิดความทุกข์และความไม่สบายใจหรือความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและมีปฏิกิริยาตอบโต้ เป็นปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา และจิตวิทยาโดยระบบต่อมไร้ท่อที่หลังฮอริโมน และ ระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไปทั่วร่างกาย เมื่อเกิด ความเครียดภายในจิตใจ มักส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น

ทางกาย : ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออก ตามมือตามเท้า หายใจถี่และเร็วขึ้น ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ กัดขากรรไกร ขมวดคิ้ว ตึงที่คอ ประสาทรับความรู้สึกหูไวตาไวขึ้น การใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้น รู้สึกเพลีย ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือ ท้องผูก นอนไม่หลับ หรือวงแหวนนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อยๆ แผลอากาศง่าย

ทางจิตใจ : หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก เบื่อหน่าย โมโหง่าย ซึมเศร้าสมองทำงานมากขึ้น ความคิดอ่านระยะสั้นดีขึ้น การตัดสินใจเร็วขึ้น ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น วิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจ น้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว้าวุ่น ลึกลับ หวังหมดความรู้สึกสนุกสนาน

ทางสังคม : บางครั้งทะเลาะวิวาทกับคนใกล้ชิด หรือไม่พูดจากับใคร จู้จู้ขี้น ขวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ



สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

1. ทางด้านร่างกาย เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรงทำให้เกิดความเครียดได้ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ฯลฯ
2. ทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เวลาที่มีเรื่องต่าง ๆ เข้ามากระตุ้นก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย หรือเป็นผู้ที่วิตกกังวลง่าย ขาดทักษะในการปรับตัว คนที่เข้มงวดเอาจริงเอาจังกับทุกอย่างทำอะไรหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน ใจร้อนทำอะไรต้องให้ได้ผลทันที มีอารมณ์รุนแรง เก็บอารมณ์ไว้ในใจไม่แสดงอาการ ชอบท้าทาย ชอบเอาชนะ ชิงดีชิงเด่น ฯลฯ
3. ทางด้านสังคม มีสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดความบกร่องในเรื่องของการปรับตัว ขาดผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ถ้ามีผู้ที่ให้ความช่วยเหลือก็จะทำให้ความเครียดลดน้อยลงไป มีสิ่งมากระตุ้นมากเกินไป ความสามารถของตนเอง ความขัดแย้งในครอบครัว ฯลฯ

การแสดงออกทางร่างกาย	การแสดงออกทางจิตใจ	การแสดงออกทางพฤติกรรม
<ul style="list-style-type: none"> - ปวดกล้ามเนื้อ - มึนงง - แน่นท้อง ท้องผูก - นอนหลับยาก - ใจเต้นเร็ว - มือเย็น อ่อนเพลีย - ความจำไม่ดี / สมาธิสั้น ซ้ำลิ้ม 	<ul style="list-style-type: none"> - โกรธง่าย - ซึมเศร้า / หงุดหงิด - มองโลกในแง่ร้าย - วิตกกังวลเสมอ - ไม่มีความคิด - เบื่ออาหาร - ตัดสินใจไม่ค่อยลง / ลังเล 	<ul style="list-style-type: none"> - โผงผาง / ขว้างปาสิ่งของ - แยกตัวจากคนอื่น - รับประทานเก่ง ทิวบ่อย - เปลี่ยนงานบ่อย - ชอบกัดเล็บ / ดึงผมตัวเอง - ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ - ทำอะไรผิดพลาดเสมอ

วิธึคลายเครียดจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 การคลายเครียดในภาวะปกติ

ระดับที่ 2 การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง

การคลายเครียดในภาวะปกติ วิธึคลายเครียดดังกล่าวเหมาะสำหรับบุคคลทั่วไปที่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีความเครียดเล็กน้อย มีวิธึปฏิบัติดังนี้

1. หยุดพักจากการทำงานหรือกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ชั่วคราว แล้วลุกเดินไปดื่มน้ำ ยืดเส้นยืดสาย สะบัดแขนขา สูดลมหายใจเข้าลึกๆ จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น
2. ทำงานอดิเรกที่สนใจหรือถนัด เช่น เล่นดนตรี ร้องเพลง ทำงานศิลปะ ทำสวน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น จะทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ลืมความเครียดไปชั่วขณะ ไม่หมกมุ่นกับปัญหาที่ทำให้เครียด
3. เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายที่ชอบหรือถนัดอย่างเหมาะสมกับสุขภาพ
4. ออกไปพบปะสังสรรค์หรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน โดยเพื่อนควรเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ดี
5. พักผ่อนให้เพียงพอ หากมีอาการนอนไม่หลับ ให้แก้ไขโดยการหลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน อย่างไรก็ตามจะนอนไม่หลับ ให้เข้านอนเป็นเวลา ไม่ทำกิจกรรมหนักๆ หรือตื่นตื่นก่อนเข้านอน เช่น ดูภาพยนตร์ที่ตื่นเต้น ออกกำลังกาย และอาจดื่มนมอุ่นๆ สัก 1 แก้วก่อนนอน



6. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานหรือที่บ้านให้เหมาะสม สะอาดเรียบร้อย จะทำให้เกิดบรรยากาศที่ดี และช่วยลดความเครียดลงได้ เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว โดยการชักชวนสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงไปท่องเที่ยวชมธรรมชาติหรือสถานที่ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเพลิดเพลิน

การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองซึ่งมีอยู่หลายวิธี ในการนำไปปฏิบัติให้เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง สำหรับการฝึกคลายเครียดนั้น เมื่อเริ่มฝึก ควรฝึกบ่อยๆ วันละ 2-3 ครั้ง และควรฝึกทุกวัน ต่อเมื่อฝึกจนชำนาญแล้วจึงค่อยลดลงเหลือเพียงวันละ 1-2 ครั้ง และฝึกเฉพาะเมื่อรู้สึกเครียดก็ได้ วิธีคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง มีดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

ให้เลือกสถานที่ที่สงบปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าที่สบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ วิธีการฝึก จะทำการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ดังนี้

- 1) มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขนแล้วคลาย
- 2) มือและแขนซ้าย ทำเช่นเดียวกับมือและแขนขวา
- 3) หน้าผาก โดยเลิกคิ้วให้สูงแล้วคลายหรือขมวดคิ้วจนชิดแล้วคลาย
- 4) ตา แก้ม และจมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
- 5) ขากรรไกร ริมฝีปาก ลิ้น โดยกัดฟัน เม้นปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานหุบปากไว้แล้ว
- 6) คอ โดยก้มหน้าให้คางจรดคอ เหยยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ
- 7) ออก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- 8) หน้าท้องและก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
- 9) เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายนิ้วเท้าแล้วเท้าและขาซ้าย ทำเช่นเดียวกับเท้าและขาขวา

2. การฝึกหายใจ

การฝึกหายใจจะใช้กล้ามเนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้อง แทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก การหายใจแบบนี้จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่อ้วนหงายหงาย และหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัว

วิธีการฝึก

- 1) นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้ที่บริเวณท้อง ค่อยๆ หายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ ให้มีรู้สึกที่หน้าท้องพองออก จากนั้นกลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ โดยนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
- 2) ค่อยๆ ผ่อนคลายลมหายใจออก โดยนับเลข 1 ถึง 8 เป็นจังหวะช้าๆ พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด จะรู้สึกที่หน้าท้องแฟบลง

3. การทำสมาธิเบื้องต้น

การทำสมาธิหากปฏิบัติเป็นประจำจะทำให้จิตใจเบิกบาน สมองแจ่มใส หายเครียด ซึ่งหลักของการทำสมาธิ คือ การเอาจิตใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ในที่นี้ก็คือ ลมหายใจเข้า-ออก และหยุดการคิดถึงเรื่องอื่นๆ ทั้งหมด การปฏิบัติให้เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน โดยอาจเป็นมุมสงบในบ้าน เช่น ห้องนอน ห้องพระ เป็นต้น



วิธีการฝึก ให้ผู้ฝึกนั่งในท่าที่สบาย โดยอาจนั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบก็ได้แล้วแต่ถนัด จากนั้นจึงกำหนดลมหายใจเข้า-ออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้อ่านว่า ขณะนั้นลมหายใจเข้าหรือออก ซึ่งการฝึกจะมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เริ่มนับลมหายใจเข้า-ออก ดังนี้

- หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนถึง 5
- เริ่มนับใหม่จาก 1 จนถึง 6 และ เริ่มนับใหม่จาก 1 จนถึง 7
- เริ่มนับใหม่จาก 1 จนถึง 8 และ เริ่มนับใหม่จาก 1 จนถึง 9
- เริ่มนับใหม่จาก 1 จนถึง 10 เมื่อนับครบ 10 จะถือเป็น 1 รอบ
- ย้อนกลับมาเริ่มนับ 1 ถึง 5 ใหม่ (ขึ้นรอบใหม่)

4. การใช้เทคนิคความเงียบ

การฝึกใช้เทคนิคความเงียบจะช่วยขจัดความวุ่นวายของจิตใจ ทำให้จิตใจสงบ ช่วยคลายเครียดลงได้ การฝึกให้เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน

วิธีการฝึก มีดังนี้

1. ให้นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ อย่าไขว้ห้างหรือนั่งกอดอก และหลับตาลง เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก
2. หายใจเข้า-ออกช้าๆ ลึกๆ ทำใจให้เป็นสมาธิ โดยท่องคาถาบทสั้นๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาวๆ ต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3-5 จบ ก็ได้

บุหรี่ ยาเส้น ยามวน



*** ไม่
ตัวอย่าง

บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งถึงแม้ว่าจะเสพติดได้โดยไม่ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุรุษก็ร้ายแรง เพราะในควันบุรุษมีสารพิษอยู่มากมาย คือ

ของผู้ไม่สูบบุหรี่***

- **นิโคติน** มีลักษณะเป็นน้ำมัน ไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
- **ทาร์** เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง ถุงลมในปอดขยายขึ้น
- **คาร์บอนมอนอกไซด์** ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง
- **ไนโตรเจนไดออกไซด์** ทำลายเยื่อหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง
- **ไฮโดรเจนไซยาไนด์** ทำลายเยื่อหลอดลมชนิดมีขนมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลายหลอดลมได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่



เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่

1. ตั้งใจจริงที่จะเลิก ตั้งเป้าหมายว่าจะเลิกเพื่อใคร เพราะอะไร เลือกวันที่จะเลิก ทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ให้หมด เช่น บุหรี่ และไฟแช็ค
2. ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็ง เมื่อมีอาการหงุดหงิด ตัดความเคยชิน หรือกิจกรรมว่างที่มักจะทำ ร่วมกับการสูบบุหรี่ หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถทำได้ เตือนตนเองอยู่เสมอว่า “คุณไม่สูบบุหรี่แล้ว” คุมอาหารด้วยการเลือกกินอาหารจำพวกผักผลไม้ให้มากกว่าเดิม
3. อย่าท้อถอยเมื่อทำไม่สำเร็จให้พยายามต่อไป และปรึกษาหน่วยงานช่วยเหลือ เช่น ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ๑๖๐๐ เป็นต้น

สุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลางซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา ลักษณะผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำจนติดสุรา จะมีนัยน์ตาแดง ใบหน้าบวมฉุ มือสั่น เนื้อตัวสกปรก การแต่งกายไม่เรียบร้อย และถ้าไม่ได้ดื่มจะมีอาการ

คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด ฝันร้าย และประสาทหลอนการดื่มสุรามีโทษอยู่หลายประการ ดังนี้

1. ทำให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคไตอักเสบ โรคหัวใจ
2. มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพ เพราะบังคับตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม รถชนกัน
3. ทำให้สติปัญญาและความสามารถในการทำงานลดลง ทำงานบกพร่องหรือผิดพลาดได้ง่าย
4. ทำให้ครอบครัวมีปัญหา เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ไม่มีเงิน สิ้นเปลืองเงินทองในการซื้อสุรา

วิธีหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

1. ถ้ามีคนมาชักชวนให้ลองสูบบุหรี่และดื่มสุราควรปฏิเสธทันที ควรอยู่ห่างจากผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ไม่รับเครื่องดื่มหรือบุหรี่จากคนแปลกหน้า
2. ศึกษาถึงโทษของการสูบบุหรี่และดื่มสุราในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวรู้ถึงผลเสียที่ได้รับจากบุหรี่และสุราใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง เป็นต้น



ภาคผนวก ช
ภาพกิจกรรม



ประชุมชี้แจงและวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมปรับเปลี่ยน



คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง



กิจกรรม รู้เท่าทัน ป้องกันภัยโรคความดันโลหิตสูง



ประชุมกลุ่มย่อยร่วมวางแผน ร่วมเสนอความเห็น ร่วมมือ ตั้งใจป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



กิจกรรม กินอย่างมั่นใจ ก้าวพันภัย เหล้า บุหรี่ เอวหายไป ร่างกายแข็งแรง



วัดความดัน ออกกำลังกาย บ่อยครั้ง ต้านภัยความดันโลหิตสูง



ยิ้ม แยม แจ่มใส ใส่ใจอารมณ์ ลดเสียง ลดโรคความดันโลหิตสูง



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นรเศรษฐ์ พุนสุวรรณ
วันเกิด	วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2511
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2529 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2537 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2558 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 6/1 ซอยประจวบอยู่แจ่ม ถนนสัมพันธมิตร อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110

