



ผลของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การ
ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัด
กาฬสินธุ์

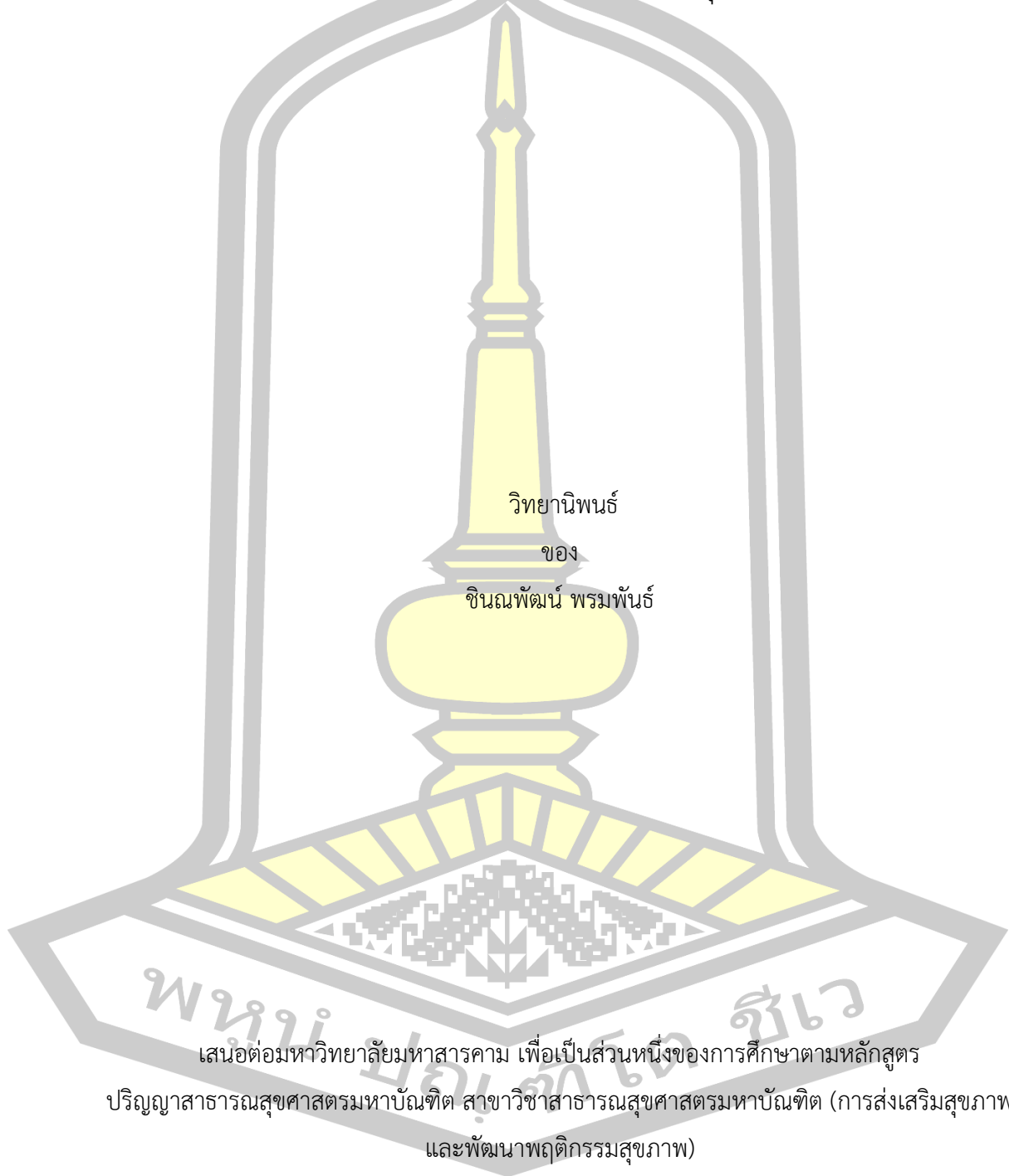
วิทยานิพนธ์
ของ
ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

พฤษภาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อ
พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง
อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์



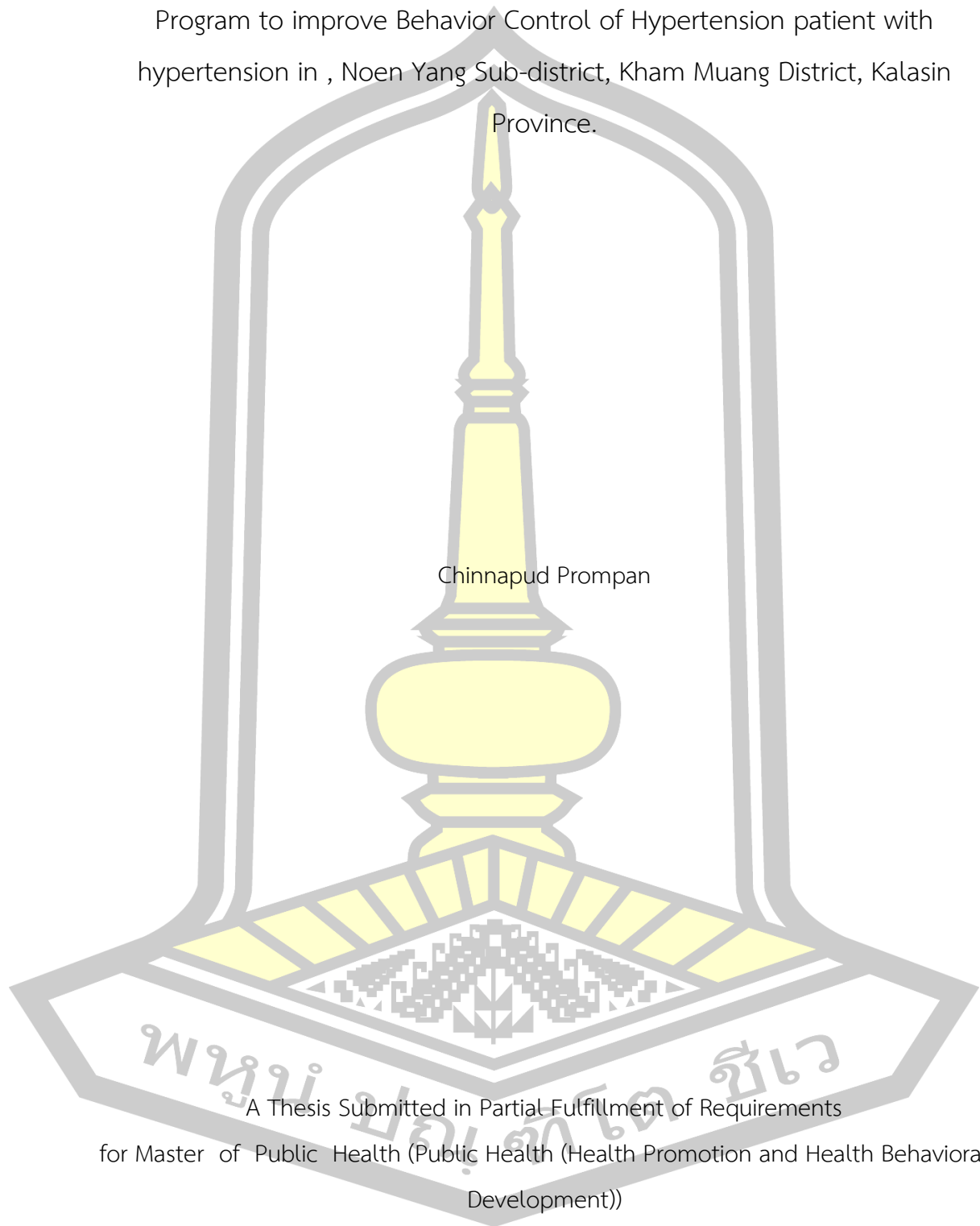
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

พฤษภาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effect of Behavior Modification on Self Learning Based Management
Program to improve Behavior Control of Hypertension patient with
hypertension in , Noen Yang Sub-district, Kham Muang District, Kalasin
Province.

Chinnapud Prompan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Promotion and Health Behavioral
Development))

November 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวชินนพัฒน์ พรหมพันธ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผศ. ดร. วิรัตน์ ปานศิลา)

ประธานกรรมการ

.....
(ผศ. ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(อ. ดร. สุทิน ชนะบุญ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒน์กุล)

กรรมการ

.....
(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

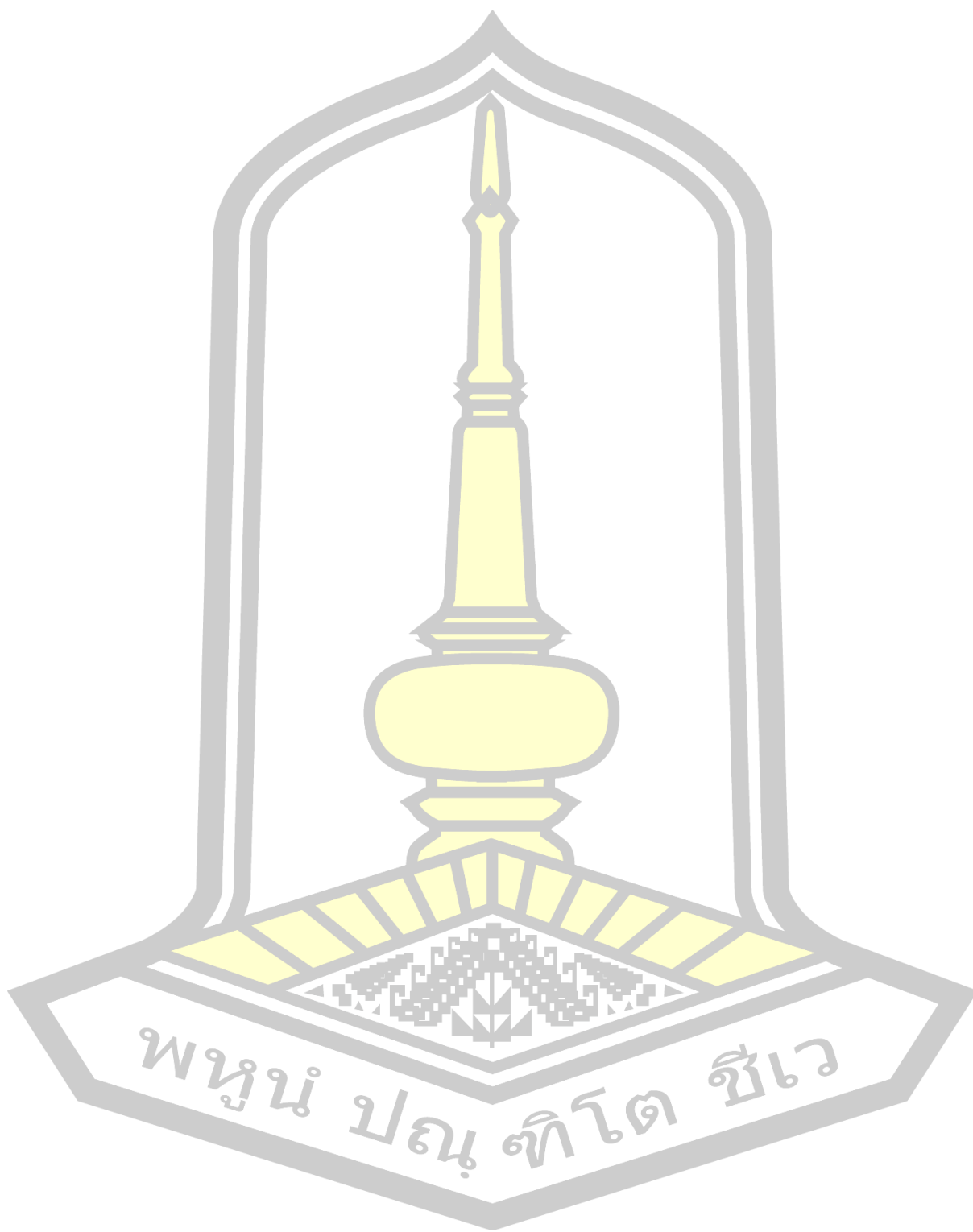
.....
(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน...ปี....



พหุณฺ์ ปณฺุ ทิตฺ สวี

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์		
ผู้วิจัย	ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน อาจารย์ ดร. สุทิน ชนะบุญ		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่วิจัยได้จากการสุ่มอย่างง่าย คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการบริการปกติและได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวัดความดันโลหิตทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test เปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตวิเคราะห์ด้วย สถิติ McNemar และ Z-test for proportion กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และการควบคุมความดันโลหิตหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองผ่านฐานกิจกรรม 4 อย่าง คือ ฐานการบริโภคอาหาร ฐานการออกกำลังกาย ฐานการจัดการความเครียด และฐานการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด รวมถึงการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่เคยผ่านประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดี ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

คำสำคัญ : ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



TITLE	The Effect of Behavior Modification on Self Learning Based Management Program to improve Behavior Control of Hypertension patient with hypertension in , Noen Yang Sub-district, Kham Muang District, Kalasin Province.		
AUTHOR	Chinnapud Prompan		
ADVISORS	Assistant Professor Santisith Khiewkhern , Ph.D. Sutin Chanaboon , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Promotion and Health Behavioral Development)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

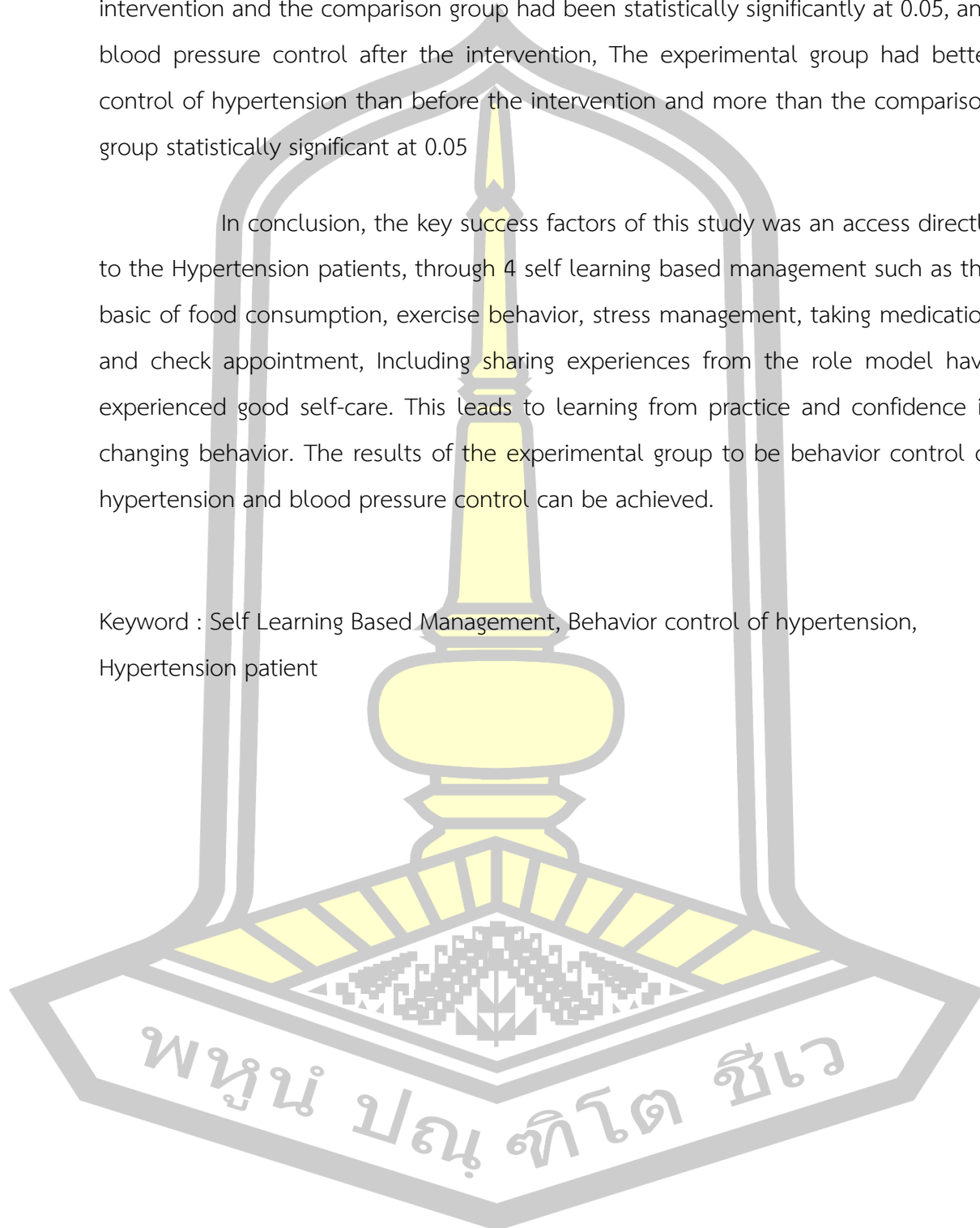
This quasi – experimental research aimed to study the effect of behavior modification on self learning based management program to improve behavior control of hypertension patient in Noen Yang Sub-district, Kham Muang District, Kalasin Province. The 90 cases of this study used sample random techniques by simple random sampling and were divided into two groups. The 45 cases of an experimental group received standard care and the activity according to the behavior modification on self learning based management program of hypertensive patients and 45 patients were conducted as a standard care. The data collection processes were used questionnaire before and after experiments. The research period was 12 weeks. The data analyses descriptive statistics consisted of general data and history of illness used were percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test. Compare the proportion of blood pressure levels analyses used was McNemar and Z-test for proportion.

The study revealed that after the intervention, the experimental group had mean scores of knowledge, self-efficacy ,outcome expected in practice

and behavior control of hypertension increased more than both of before intervention and the comparison group had been statistically significantly at 0.05, and blood pressure control after the intervention, The experimental group had better control of hypertension than before the intervention and more than the comparison group statistically significant at 0.05

In conclusion, the key success factors of this study was an access directly to the Hypertension patients, through 4 self learning based management such as the basic of food consumption, exercise behavior, stress management, taking medication and check appointment, Including sharing experiences from the role model have experienced good self-care. This leads to learning from practice and confidence in changing behavior. The results of the experimental group to be behavior control of hypertension and blood pressure control can be achieved.

Keyword : Self Learning Based Management, Behavior control of hypertension, Hypertension patient



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ผศ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุทิน ชนงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำ และตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ยิ่ง ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายสายัณห์ ใจทาน สาธารณสุขอำเภอคำม่วง นางนาถนรินทร์ ทรัพย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง นางนรินาถ วิชาศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง นางสาวอริสรา ภูงามจิตร นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลคำม่วง นางวินิตา นังตะลา เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่งานวิจัย

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ตลอดทั้งเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 15 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ และส่งเสริมกำลังใจมาตลอด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา-มารดา ครอบครัว และญาติพี่น้องทุกคน ที่สนับสนุนในทุกๆด้านเป็นอย่างดี ทั้งเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความช่วยเหลืออีกหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวชื่อนามในที่นี้ได้หมดจึงขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

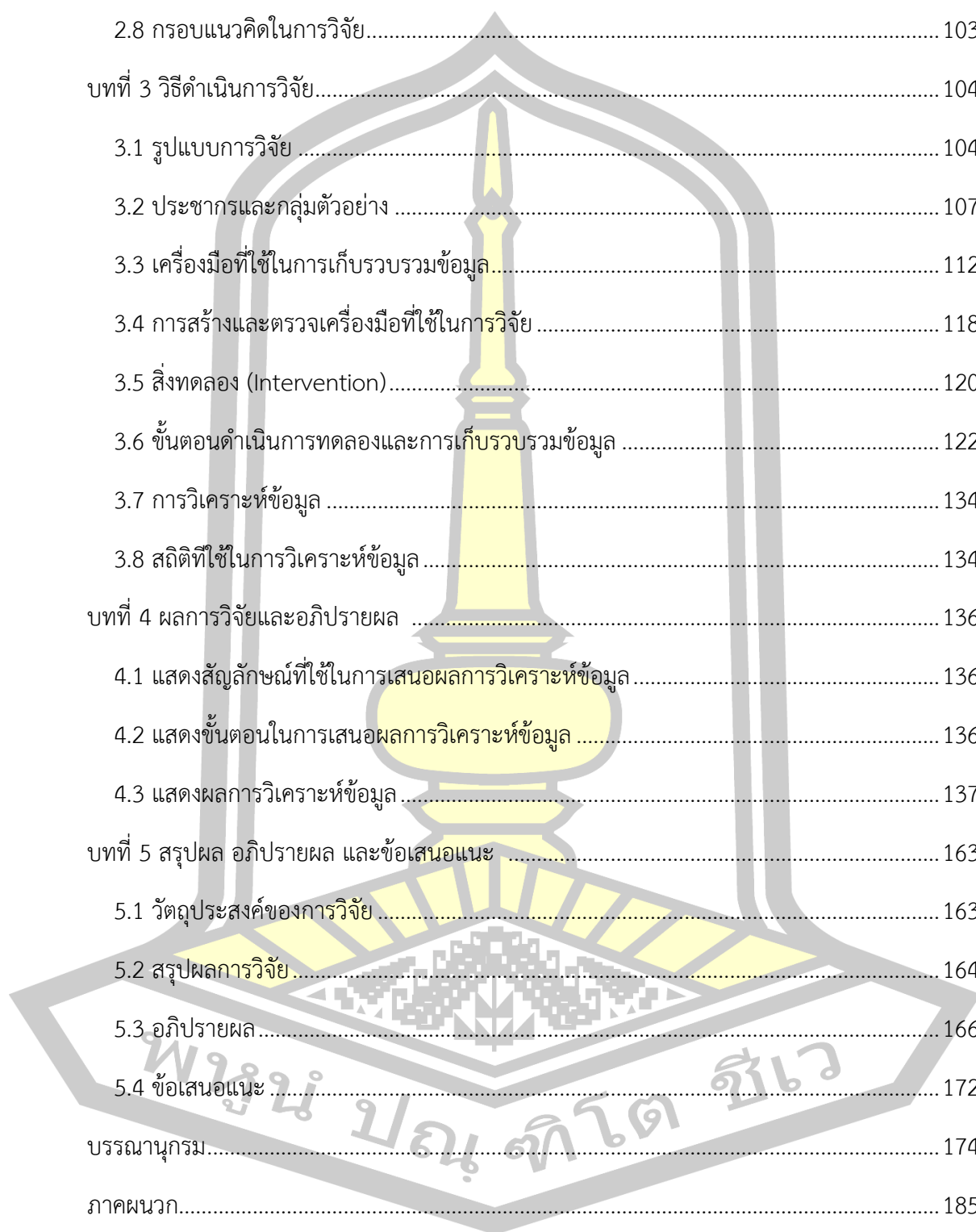
พูน ปณ ทัต ชีวะ

ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	6
1.5 ความสำคัญของการวิจัย.....	6
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	12
2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension).....	12
2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	46
2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory).....	64
2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory).....	70
2.5 การติดตามการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน.....	75
2.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process).....	80

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	84
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	103
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	104
3.1 รูปแบบการวิจัย	104
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	107
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	112
3.4 การสร้างและตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
3.5 สิ่งทดลอง (Intervention).....	120
3.6 ขั้นตอนดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	122
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	134
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	134
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	136
4.1 แสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	136
4.2 แสดงขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	136
4.3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล	137
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	163
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	163
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	164
5.3 อภิปรายผล.....	166
5.4 ข้อเสนอแนะ	172
บรรณานุกรม.....	174
ภาคผนวก.....	185
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	186
ภาคผนวก ข หนังสือแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย.....	188



ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	196
ภาคผนวก ค หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	205
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและคำชี้แจง.....	207
ภาคผนวก ฉ เครื่องที่ใช้ในการวิจัย.....	214
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม.....	229
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง.....	244
ภาคผนวก ฉ แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	246
ภาคผนวก ช แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	252
ภาคผนวก ซ ผลการทดสอบค่า Reliability analysis	258
ภาคผนวก ฌ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้ Non-Parametric Statistics	265
ภาคผนวก ญ แผนปฏิบัติการวิจัย.....	270
ภาคผนวก ฎ ตัวอย่างภาพกิจกรรม	289
ประวัติผู้เขียน.....	301

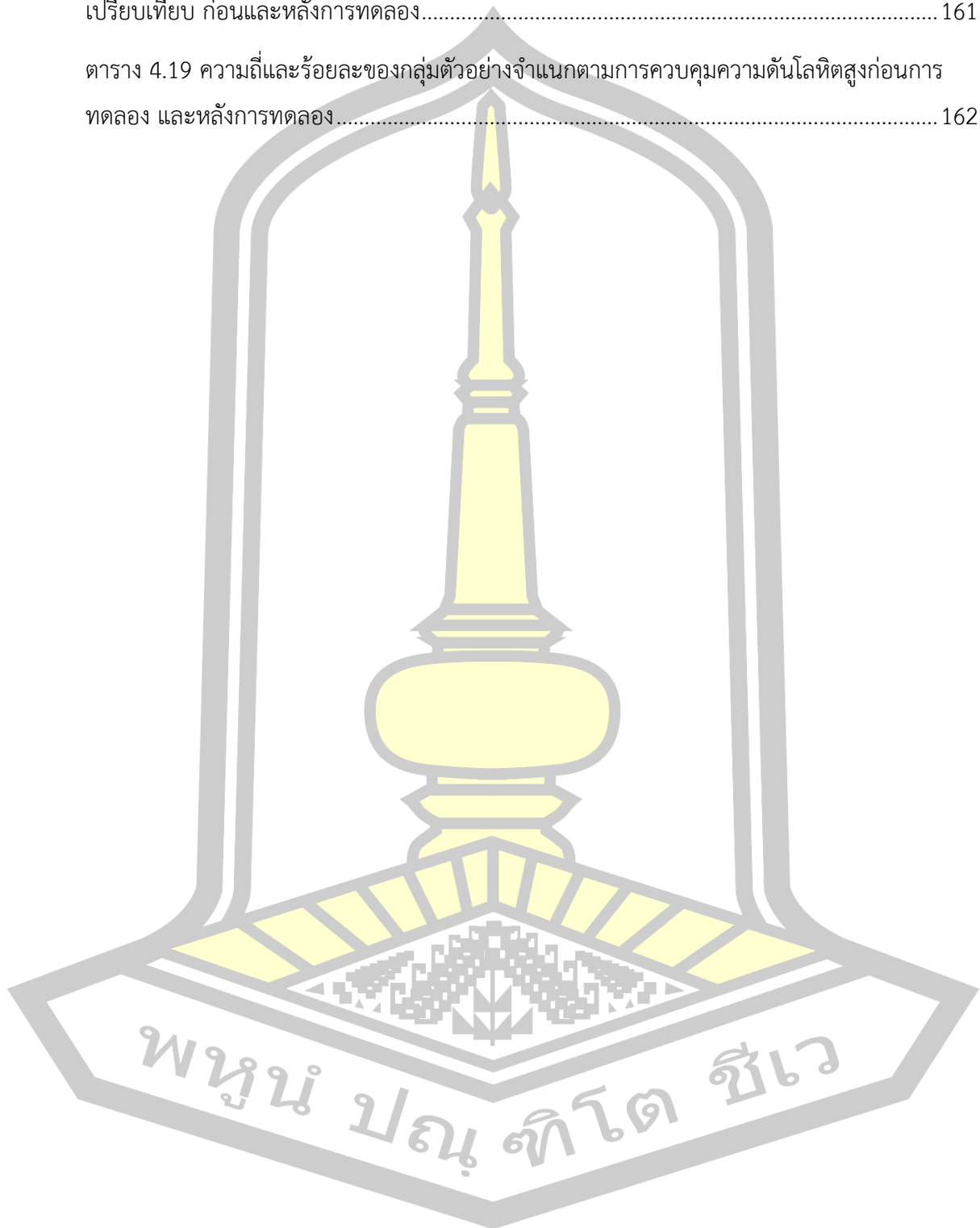


สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 จำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป	13
ตาราง 2.2 การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต	23
ตาราง 2.3 ยาขับปัสสาวะและขนาดที่แนะนำให้ใช้	30
ตาราง 2.4 ข้อมูลยากลุ่ม beta-blockers	32
ตาราง 2.5 ข้อมูลยากลุ่ม ACEI	33
ตาราง 2.6 ข้อมูลยากลุ่ม calcium antagonists	34
ตาราง 2.7 ข้อมูลยากลุ่ม AIIA	35
ตาราง 2.8 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายของโรงพยาบาลคำม่วง	36
ตาราง 2.9 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง	37
ตาราง 2.10 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มเปรียบเทียบ	37
ตาราง 2.11 ระยะเวลาติดตามผู้ป่วย (หลังวัดความดันโลหิตครั้งแรก)	41
ตาราง 2.12 เปรียบเทียบปริมาณอาหารสำหรับควบคุมความดันโลหิตที่ต้องการพลังงาน 2,000, 1,800, และ 1,500 กิโลแคลอรี	49
ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทาง สังคมในการจัดกิจกรรม	94
ตาราง 2.14 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ	100
ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	137
ตาราง 4.2 เปรียบเทียบการกินยาแต่ละชนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	144
ตาราง 4.3 เปรียบเทียบการกินยาแต่ละชนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	145
ตาราง 4.4 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	146

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	147
ตาราง 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	148
ตาราง 4.7 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง.....	149
ตาราง 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	150
ตาราง 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	151
ตาราง 4.10 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	152
ตาราง 4.11 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	153
ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	154
ตาราง 4.13 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	155
ตาราง 4.14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	156
ตาราง 4.15 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	157
ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	158
ตาราง 4.17 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง	160

ตาราง 4.18 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	161
ตาราง 4.19 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	162



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 2.1 แนวทางการเริ่มต้นรักษาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิต	28
ภาพประกอบ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม	64
ภาพประกอบ 2.3 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	66
ภาพประกอบ 2.4 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	67
ภาพประกอบ 2.5 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบ	68
ภาพประกอบ 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	103
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย.....	104
ภาพประกอบ 3.2 แผนภาพขั้นตอนรูปแบบการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	105
ภาพประกอบ 3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	111
ภาพประกอบ 3.4 ขั้นตอนดำเนินการตามแผนกิจกรรม	133



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2555 - 2558 เป็นจำนวน 3,684 5,165 7,115 คน และ ปี 2558 มีจำนวนสูงถึง 7,578 คน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 และผลการสำรวจครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 หรือประมาณทุกๆ 1 ใน 4 คน ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปี ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้นับถึง 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 50 เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแตก ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และการมีความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุเพิ่มขึ้นค่าความดันโลหิตตัวบนจะเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด องค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่

ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (ธาริณี พงษ์จันทน์ และนิตยา พันธุ์เวทย์, 2556)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในทุกกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2555 – 2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,570.63 1621.63 1,710.89 และ 1,894.46 ตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 5.70 7.99 10.95 และ 12.10 ตามลำดับ และมีอัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี จาก 3.80 ต่อแสนประชากร เป็น 7.10 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2555 – 2558 พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,304.70 1,365.39 1,545.40 และ 1,830.11 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปี พ.ศ. 2555 – 2558 อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 2.54 5.08 8.13 และ 4.97 ตามลำดับ (กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2560)

อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอีกอำเภอหนึ่งที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานอัตราป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ 2556 – 2559 พบว่ามี อัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 6,916.13 6,763.00 6,740.61 และ 7,082.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรงพยาบาลคำม่วงให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยที่มารับบริการภายในเขตอำเภอคำม่วงและพื้นที่ใกล้เคียงที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีโดยการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วก็จะส่งตัวผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเครือข่าย จำนวน 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ส่งผู้ป่วยออกไปรักษาแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาลคำม่วงอีกครั้ง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยเรียงจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดินจี่ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีจำนวน 157 162 และ 165 คนตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ ร้อยละ 25.36 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์

ตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ คือควบคุมความดันโลหิตให้ได้มากกว่าร้อยละ 50 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คำม่วง, 2560) ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และปราศจากโรคแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยจะต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่อยู่รอบข้าง (พนิดา อารวรรณ์, 2560)

จากแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง 2558 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม² การออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การจำกัดโซเดียมในอาหารการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการหยุดบุหรี่ ส่วนการรักษาด้วยยามีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้อายุผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา โดยจากการดำเนินการที่ผ่านมาของทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ในการให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีการตรวจรักษาโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพจากทางโรงพยาบาลคำม่วงร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน โดยแพทย์จะทำการตรวจรักษา ทีมสหวิชาชีพจะให้ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเรื่องของการปรับการดำเนินชีวิต การรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งในการให้ความรู้เป็นการให้ความรู้ลักษณะทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงต่อปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีแบบแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องรวมทั้งผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมและการฝึกทักษะเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ส่วนการติดตามผลในการรักษาใช้การมาตรวจตามนัด โดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่คลินิกซึ่งปกติจะนัดทุก 3 เดือน ในระหว่างนั้นผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ทางคลินิกไม่มีการติดตามผลการรักษาที่บ้าน

จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นการทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อที่จะควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามความคาดหวัง บุคคลหากมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยซึ่งแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 วิธี (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่ม

ความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ (2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ (3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ถ้าร่างกายแข็งแรงสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น และทางตรงกันข้ามหากร่างกายเจ็บป่วย เหนื่อยล้าจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง ส่วนสภาวะด้านอารมณ์พบว่าอารมณ์ทางบวกเช่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ก็มีผลสำคัญที่จะช่วยนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นโดยแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 ประเภท คือ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใยซึ่งกันและกัน (2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดี ที่ผู้รับจะได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง และ (4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) มีการสนับสนุนอุปกรณ์ มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ มีการวางแผนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (House, 1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้านประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์ผู้อื่น การพูดชักจูง และสภาวะร่างกายและอารมณ์ ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อิรานิ โหมขุนทด, 2551) และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง (จอมพล พรหมชาติ, 2552)

ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นประโยชน์ในการนำเอาการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมาส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองให้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ที่เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เข้ามาร่วมด้วยโดยจากการเอาใจใส่จากครอบครัว คนใกล้ชิด การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาด้วยการรับประทานยา รวมทั้งการมาตรวจตามนัด ซึ่งจะส่งผลดีในเรื่องการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

1.2 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

1.3.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

1.3.2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง

1.4.2 กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.4.3 กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงได้มากกว่าก่อนการทดลอง

1.4.4 กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

1.5.1 ได้โปรแกรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.5.2 ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถรับรู้แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน

1.5.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตได้ และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยการเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้ เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.6.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา

การคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัย โดยมีเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกอำเภอที่มีร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และคัดเลือกตำบลที่มีร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดน้อยที่สุด 2 อันดับ คือ สุ่มได้ รพ.สต.บ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง เป็นตำบลทดลองและตำบลอันดับที่สอง เป็นตำบลเปรียบเทียบ โดยที่ตำบลทั้งสองไม่มีอาณาเขตติดต่อกันซึ่งตำบลเนินยางอยู่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.6.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน

1.6.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน โดยขนาดตัวอย่างที่ใช้ ได้จากการคำนวณ ขนาดตัวอย่าง (Sample Size) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวินกุล, 2551) และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีสลากแบบไม่ใส่คืน รวมทั้งสิ้นจำนวน 45 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน ตำบลนาบอน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 45 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

1.6.4 ตัวแปรที่ศึกษา

1.6.4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.6.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

- 1) ความรู้โรคความดันโลหิตสูง
- 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว
- 3) ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว

4) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

1.6.4.3 ตัวแปรควบคุม ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การ ใช้จ่ายที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และได้รับข่าวสารหรือความรู้ด้านสุขภาพ

2) ประวัติการเจ็บป่วย คือ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความเจ็บป่วยที่พบร่วม ระดับความดันโลหิต ชนิดยาที่รับประทาน การมาตรวจตามนัด ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคโลหิตสูง

1.6.5 ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2561 ถึง เมษายน 2561 รวมระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 12 สัปดาห์ ตามแผนกิจกรรมที่กำหนดที่ นำมาใช้ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 คือ การชักจูงด้วยคำพูดโน้มน้าว (Verbal Persuasion) องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Development Behavior) โดยฝึกทักษะเข้าฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ฐานการเรียนรู้ คือ ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร ฐานที่ 2 ฐานการออกกำลังกาย ฐานที่ 3 ฐานการจัดการความเครียด และฐานที่ 4 ฐานการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด องค์ประกอบที่ 3-การสร้างเสริมตัวแบบ (Role Model) องค์ประกอบที่ 4 กิจกรรมระบายใจใส่ความรู้สึก (Emotional Arousal) โดยจัดกระบวนการเรียนรู้เนื้อหาความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายประกอบสไลด์ การแจกเอกสารคู่มือประกอบการบรรยายโปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือทัศน การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การกระตุ้นเตือนโดยการสนับสนุนทางสังคม ในช่วง สัปดาห์ที่กำหนด จนสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับที่ดีและสามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้

1.7.2 ความรู้โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้โรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด

1.7.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อ ในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ว่าสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

1.7.4 ความหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว หมายถึง การที่การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตัดสินใจว่าจะเกิดผลดีขึ้นอย่างไรหลังจากได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

1.7.5 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุน ในเรื่องต่อไปนี้

1.7.5.1 การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำ การให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีการออกเยี่ยมบ้าน

1.7.5.2 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ หมายถึง การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ เอกสารความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.7.5.3 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การรับรองผลการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีของการปฏิบัติ ตัว

1.7.5.4 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูงในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน

1.7.6 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัวหรือการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และ ด้านการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด

1.7.6.1 พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัว หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ทั้งการ เลือกรับประทานอาหาร การเตรียม การปรุง จนเป็นอาหารที่ใช้ในการบริโภค

1.7.6.2 พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัว หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในที่ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็น ประจำต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย แต่ละครั้งนาน 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

1.7.6.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัวหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในการเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียด ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองเมื่อเกิดความเครียด โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) 30 นาที วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที หรืออ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจ พ้นจากความเครียดในระยะเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

1.7.6.4 พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด หมายถึง การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแผนปัจจุบันตามคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาด จำนวนเม็ดยา เวลาในการรับประทานยาทุกวัน ไม่เพิ่มหรือลดขนาดและจำนวนโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง และไปพบแพทย์ตามกำหนดนัดหมาย รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงก่อนที่ยาจะหมด เพื่อผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

1.7.7 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในตำบลเนินยาง มีสัญชาติไทย ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องติดตามการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้

1.7.8 ค่าความดันโลหิต หมายถึง ระดับความดันโลหิต โดยวัดแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวหรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ใช้เครื่องวัดความดัน ชนิดตั้งโต๊ะแบบแบบดิจิทัลชนิดตั้งโต๊ะ โดยการให้ผู้ป่วยนั่ง 3 - 5 นาที ก่อนทำการวัดความดันโลหิต วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ในท่านั่งห่างกัน 1- 2 นาที และวัดเพิ่มหาก 2 ค่าแรกต่างกันไม่เกิน บวกลบ 5 มิลลิเมตรปรอท ให้พิจารณาหาค่าเฉลี่ย (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2556)

1.7.9 ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.7.10 การบริการปกติ หมายถึง

1.7.10.1 การซักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่

1.7.10.2 การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

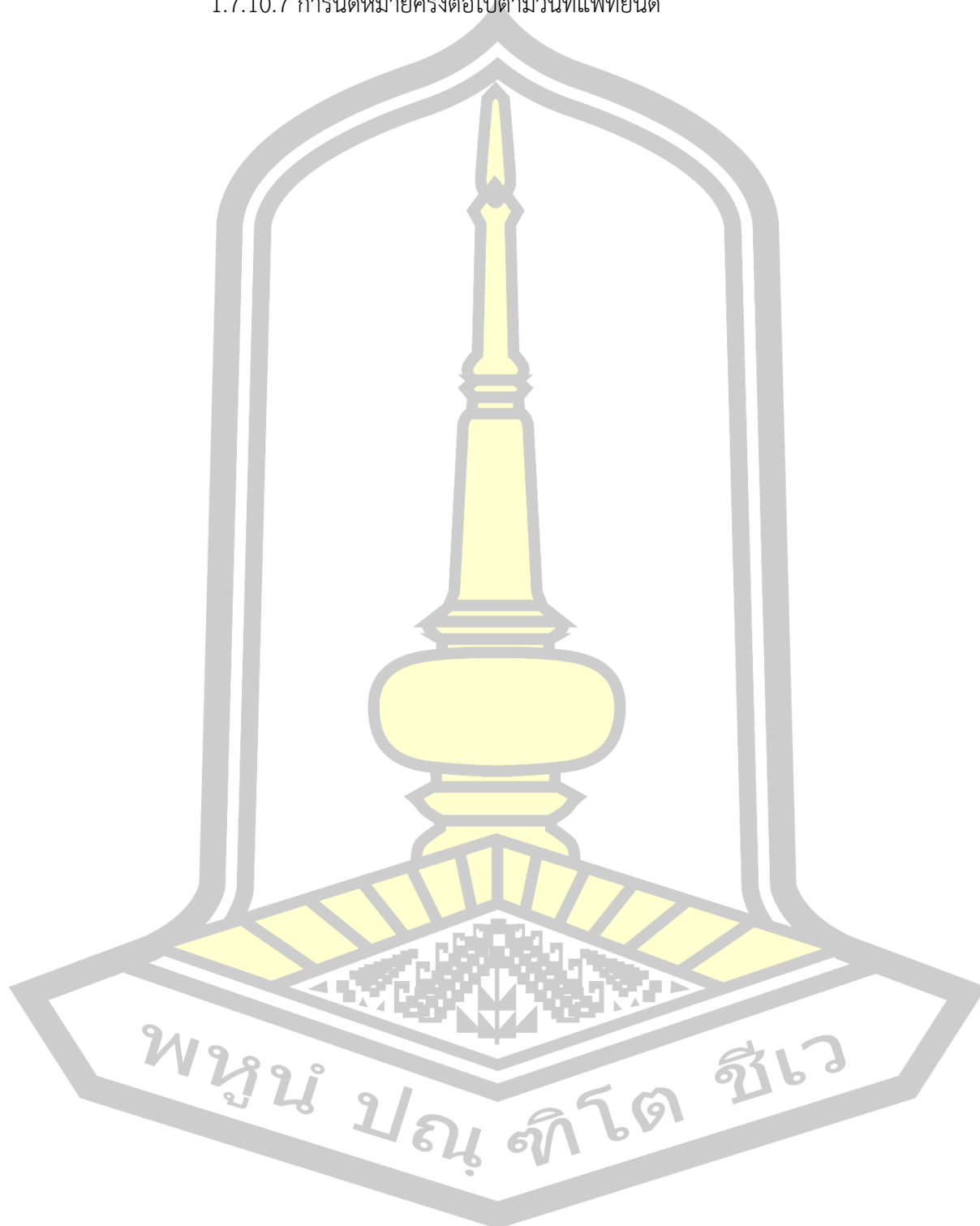
1.7.10.3 การให้ความรู้การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.7.10.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง

1.7.10.5 แนะนำผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง

1.7.10.6 การติดตามเยี่ยมบ้าน

1.7.10.7 การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็น ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้ เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- 2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
- 2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
- 2.5 การติดตามการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (HYPERTENSION)

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ว่า ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 2013 อ้างใน สุรางคณา คงเสื่อ, 2560)

คณะกรรมการร่วมสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) ได้ให้คำจำกัดความ คำว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิต ในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

สมาคมโรคหัวใจในอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะ

หัวใจคลายตัว เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อยสองครั้งโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (AHA, 2014 อ้างใน สุภาพร มาลีวรรณ, 2559)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.1.2 การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 จำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

ระดับความรุนแรง	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥140	และ/หรือ	< 90

หมายเหตุ : SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure.

เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

ที่มา : (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.1.2.2 จำแนกความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิทยา ศรีดามา, 2550)

- 1) ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ
- 2) ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - (1) เวนทริเคิลซ้ายโต
 - (2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่วๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน
 - (3) อัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ
- 3) ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบบ่งว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ เสื่อม เป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย อัมพาตเกิดจากเลือดออกในเนื้อสมองหรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive Encephalopathy) ความผิดปกติของจอภาพในตาในระดับ 3 หรือ 4 (Hypertensive Retinopathy grade 3 หรือ grade4)

2.1.2.3 จำแนกตามสาเหตุของโรค

โรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบสาเหตุการเกิดที่สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ชนิดทราบสาเหตุ และชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ทัศนะ วงศ์รัตนดิลก, 2560)

- 1) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุมาจากมีโรคอื่นชุกนำมาก่อนที่สำคัญ ได้แก่
 - (1) โรคของไต เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด เนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคไต มักมีการสร้างน้ำปัสสาวะลดลงและมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวาย หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ Diabetic nephropathy และ Polycystic kidney disease, เป็นต้น
 - (2) โรคของระบบต่อมไร้ท่อ ที่สำคัญได้แก่ ความผิดปกติของฮอร์โมนกลุ่มอะดรีนัลคอร์ติโคสเตียรอยด์ โรคที่พบบ่อยได้แก่ Cushing's syndrome ผู้ป่วยจะมีระดับของฮอร์โมน Glucocorticoid สูง ส่วนโรค Primary hyper aldosteronism จะมีระดับของฮอร์โมน Aldosterone สูงฮอร์โมนเหล่านี้ หลังจากต่อมหมวกไตชั้นนอก ซึ่งมีฤทธิ์ส่งเสริมการดูดกลับของเกลือและน้ำที่ไต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา
 - (3) Pheochromocytoma เป็นโรคของเนื้องอกของ Chromaffin tissue ของต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม แคททีโคลามีน ได้แก่ อิพิเนพรีน และ นอร์อิพิเนพรีน มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้จะหลั่งมากเป็นระยะๆ มากกว่าหลั่ง

ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตสูงมากเป็นช่วงๆ และที่สำคัญจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเป็นระยะๆ ใจสั่น เหงื่อออกมากส่วนอาการ กระสับกระส่าย มือสั่น หน้าซีด อ่อนแรง เมื่อยล้า และน้ำหนักลดพบได้บ่อยนัก

(4) การตีบแคบของหลอดเลือดเออร์ตา เป็นภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดเออร์ตา มักพบที่ส่วนปลายของหลอดเลือดเออร์ตาจนถึงส่วนเริ่มต้นของหลอดเลือดแดง Subclavian ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนล่างของร่างกายและไตลดลง ผลจากการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง และผลจากการปรับตัวชดเชยในการทำหน้าที่ของไต จะกระตุ้นการทำงานของเรนินแองจิโอเทนซิน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

(5) ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น ยาคุมกำเนิด ยากลุ่มสเตียรอยด์ ฮอร์โมนบางชนิดเช่น เอสโตรเจน ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ เป็นต้น ผู้ที่ใช้ยาคุมกำเนิดกว่าร้อยละ 5 มีภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อย และกลับปกติเมื่อเลิกรับประทานแต่ในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงบางคนเมื่อหยุดรับประทานยา ความดันโลหิตก็ไม่กลับสู่ปกติ

(6) โรคบางชนิด เช่น เออร์ติกรั้ว, ไทรอยด์เป็นพิษ, ภาวะซีด, Paget's disease of Bone (โรคความผิดปกติของกระดูกที่หน้าชั้นคล้ายฟองน้ำโค้งงาย), ภาวะครรภ์เป็นพิษ

2) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 สาเหตุยังไม่มีการอธิบายกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ชัดเจน แต่เชื่อกันว่า น่าจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากและรับประทานไขมันเข้าไปปริมาณต่ำ อาหารที่มีไขมัน แอลกอฮอล์ ความเครียด และสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

1.1 พันธุกรรม พบกลุ่มคนที่มีผิวสีดำ มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มคนผิวขาวและพบผู้มีญาติสายตรงได้แก่ บิดา มารดา มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดได้มากกว่าโดยพบว่า ครอบครัวใดมีพ่อและแม่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งคู่จะพบว่า รุ่นลูก 2 ใน 3 คนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงและถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรค รุ่นลูก 1 ใน 2 คนจะเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ มีความดันโลหิตปกติ จะพบรุ่นลูกเป็นความดันโลหิตสูงเพียง 1 ใน 20 คน (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, 2556)

1.2 อายุ ในสหรัฐอเมริกาผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุ 20 - 34 ปี พบว่า ร้อยละ 11.1 ของเพศชาย และร้อยละ 6.8 ของเพศหญิง

แต่ในผู้ใหญ่ช่วงอายุที่อายุ 45 ปีขึ้นไป จะพบมากกว่าช่วงอายุอื่น (Donaid,& Denial, 2013 อ้างใน สุรางคณา คงเสื่อ, 2560) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2547 ประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความชุกเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่มากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551) ส่วนในช่วงอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น (อภิชาติ สุขนครินทร์, 2553) และจากรายงานการศึกษาตัวบ่งชี้ทางสุขภาพเบื้องต้นและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยพบผู้มีความดันโลหิตสูง มีอายุสูงกว่าผู้มีความดันโลหิตปกติเฉลี่ย 7 ปี (เกสร เทพแพง, 2551)

1.3 เพศ พบเพศชายและเพศหญิงมีความชุก ต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่เท่ากัน จากการศึกษาของ ประจวบ สุขสัมพันธ์ (2550) และ จินดา ม่วงแกม (2551) พบเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 62.06 และ 77.45 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ คือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์ ได้แก่

2.1 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต คือ ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีการศึกษาความอ้วนกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ประมาณ ร้อยละ 46 ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกประมาณร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากความอ้วน น้ำหนักตัวมีผลต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ เชื้อชาติ จากการศึกษาสุขภาพของชาวอเมริกัน พบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนและผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิง (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

2.2 จำนวนโซเดียมที่ร่างกายได้รับ การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนเนทริยูเรติก (Natriuretic Hormone) ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิตนอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor Mechanism) ของระบบประสาทส่วนกลางอีกด้วย มีการศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยการขาดโพแทสเซียม อาจเพิ่มความดันโลหิตและกระตุ้นทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2.3 อาหารที่มีไขมัน การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ทำให้มีการสะสมของไขมันในเลือดทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดได้น้อยและเกิด

ความดันโลหิตสูงซึ่งแตกต่างจากน้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเมื่อรับประทานจะมีผลต่อการจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (มันนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันลี, 2542)

2.4 ด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้กล้ามเนื้อทำงานและทำให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการออกกำลังกายเป็นการลดความอ้วนและควบคุมน้ำหนักได้ผลดีที่สุด รวมทั้งช่วยให้ความดันโลหิตลดลงอีกด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) ได้แก่ การเดินเร็วๆ การวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำและปั่นจักรยาน การออกกำลังกายชนิดนี้จะมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลง เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่น แขน ขาและหลัง อย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลางเป็นเวลาพอสมควรและเรียกการออกกำลังกายชนิดนี้ว่า Aerobic Exercise โดยรวมถึงรำมวยจีน การแกว่งแขน การกระโดดเชือกและการเต้นแอโรบิคเขาไว้ด้วย การออกกำลังกายวันละ 10 นาทีแล้วค่อยๆ เพิ่มจนได้วันละ 15 - 30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (สุวิมล สันติเวส, 2545) การออกกำลังกายระดับปานกลาง ใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40 - 60 ของความต้องการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย สามารถลดความดันโลหิตได้ พบว่า การออกกำลังกายสามารถลดความดันซิสโตลิกในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนควรแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) เช่น เดินเร็ว (ประมาณ 4 - 5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง) วิ่งเหยาะๆ และว่ายน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุขญา แก้วสกุลทอง (2551) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในสตรีวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกหลังการเดินออกกำลังกายตามโปรแกรมลดลงกว่ากลุ่มที่ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) ได้แก่ การยกแบบ ฉุด ลาก หรือดึงของหนัก เพราะการออกกำลังกายชนิดนี้มีผลให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุวิมล สันติเวส, 2545)

2.5 ความเครียด มีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติกโดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินจากปลายประสาท และหลังอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตขึ้นใน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว และกลับสู่ปกติได้แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองภาวะเครียดเป็นเวลานานจะทำให้ความดันเลือดสูงถาวร (ลิวรรณ อนุภากรักษ์และคณะ, 2546)

2.6 แอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการดื่มสุรา มีการศึกษาพบว่าดื่มสุราเพียงวันละ 1-2 แก้ว ในระยะยาวมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต สำหรับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการ

ดื่มแอลกอฮอล์พบว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดัน systolic เพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดัน diastolic เพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรรณชัย กองพัฒนากุล, 2542)

2.7 การสูบบุหรี่ สารที่สำคัญในบุหรี่คือสารนิโคตินมีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง นิโคตินจากบุหรี่จะกระตุ้นให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนอดินาลีนออกมา มีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายหดตัว ซึ่งการหดตัวที่บ่อยทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัวขึ้น เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ประสาร เปรมาสกุล, 2550)

สรุป โรคความดันโลหิตสูงมี 2 ประเภท คือ 1. ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งจะพบเป็นส่วนมากเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม อายุ เพศ และสิ่งแวดล้อม และ 2. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ จะพบเป็นส่วนน้อยและสามารถรักษาให้หายได้โดยเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะ เช่น ไต โรคของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมหมวกไตขึ้นใน ภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดเอออร์ตา ยาคุมกำเนิด ยากลุ่มสเตียรอยด์ ฮอร์โมนบางชนิด และโรคบางชนิด

2.1.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะเริ่มต้นมักไม่มีอาการ อาการที่พบมักพบในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้ายทอยหลังตื่นนอน ใจสั่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย และเลือดกำเดาออก (World Health Organization, 2013 อ้างใน ประเสริฐ อุตสันตชัย, 2552)

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

หากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมักพบภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายเกิดแรงต้านเพิ่มขึ้นผนังหลอดเลือดหนาตัวเป็นผลจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (arthrosclerosis) ผนังหลอดเลือดหนาและตีบ ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง ไต และตาลดลง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญต่างๆ ดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

2.1.4.1 หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจหนาตัวขึ้นปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวแรงขึ้น เพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.1.4.2 สมอง ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัว อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกกลายเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่

พบได้ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตก อาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว กลายเป็นโรคความจำเสื่อมซึ่งจะพบได้ในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่สมาชิกพร่อง ในรายที่ความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ชีมี เพ้อ ชัก หรือหมดสติได้ เรียกว่า “hypertensive encephalopathy”

2.1.4.3 ไต นอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้ว ยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เช่น เรนิน (Renin) และพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงไตมีผนังหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบซุซระ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการบวมเหนียว ง่ายถ่ายปัสสาวะน้อยลง และในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการไตวายได้ (วิชาศรียมาดา, 2550)

2.1.4.4 ตา ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา และชั่วประสาตาบวม ทำให้ประสาทตาเสื่อม หลอดเลือดที่จอตาเล็กลง จากผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้

2.1.4.5 หลอดเลือดแดง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัว (Arteriosclerosis) ขาดความยืดหยุ่นและซุซระ เป็นผลก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอหรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด (Thrombosis) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และแตกได้ง่าย เช่น ถ้าหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองแตก จะทำให้มีเลือดออกในสมอง (Cerebral haemorrhage) ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองจะทำให้เกิดอัมพาตได้ ถ้ามีหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแคบหรืออุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน เป็นต้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองมีถึงร้อยละ 80 และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน คือ การแตกของหลอดเลือดแดงเออร์ตาที่โป่งพอง (สุจินดา ริมศรีทอง, 2548)

สรุป อาการของโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก มักจะไม่มีอาการและผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จนมีระดับมากขึ้นอาการแสดงออกที่สังเกตได้ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้ายทอยหลังตื่นนอน ใจสั่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย และเลือดกำเดาออก เมื่อปล่อยไปจนเป็นมากขึ้นและไม่รีบเข้ารับการรักษา ก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ผลต่อสมอง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ผลต่อไตอาจทำให้ไตวายได้ ผลต่อหัวใจทำให้หัวใจล้มเหลว ผลต่อตาทำให้ประสาทตาเสื่อมมัวลงหรืออาจบอดได้ และผลต่อหลอดเลือด อาจทำให้หลอดเลือดแดงโป่งพองแตกง่าย ซึ่งหากเป็นเส้นเลือดแดงใหญ่จะทำให้เสียชีวิตได้ โดยจะมีการรักษาเพื่อควบคุมความดันโลหิตโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา

2.1.5 การตรวจวัดความดันโลหิต

ค่าของความดันโลหิตที่ถูกต้องและแม่นยำมีส่วนสำคัญที่ช่วยวินิจฉัยและสั่งการรักษา หากวัดความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ต่างไป 5 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ผู้ป่วยเกือบ 2 ใน 3 ถูกชะเลยการรักษาและในทางตรงกันข้ามหากวัดเกินไปเพียง 5 มิลลิเมตรปรอท จะเกิดการรักษาโดยไม่เป็นโรคลึง 2 เท่า (อิทธิพร คณะเจริญ, 2548) ดังนั้นวิธีการตรวจวัดความดันโลหิตจึงมีความสำคัญโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเทคนิควิธีการวัด ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.1.5.1 การเตรียมผู้ป่วย

หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น แขนซ้ายหรือแขนขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2.1.5.2 การเตรียมเครื่องมือ

ทั้งเครื่องวัดชนิดปรอท หรือ Digital จะต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ เลือกใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย คือส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมกว้างขนาด 12-13 เซนติเมตร ยาวประมาณ 22 เซนติเมตร และในคนอ้วน British Hypertension Society ได้แนะนำ arm cuff คือ 12X14 เซนติเมตร Stethoscope ส่วนที่ใช้ฟังควรเป็นด้าน bell และกดเพียงเบาๆ

2.1.5.3 วิธีการเทคนิคและวิธีการวัดความดันโลหิตเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของค่าความดันโลหิต เทคนิคและวิธีการวัดที่ถูกต้อง มีดังนี้

1) พัน arm cuff ให้กึ่งกลางของถุงลมอยู่เหนือ Brachial Artery และขอบล่างของ arm cuff อยู่เหนือข้อพับแขนประมาณ 2.5 เซนติเมตร การวางแขนในตำแหน่งของ cuff อยู่ระดับหัวใจ อาจมีหมอนรองใต้แขนเพื่อไม่ให้เกิดความเกร็ง

2) วัดค่าความดันโลหิตด้วยนบโดยการคลำก่อนบีบลูกยางให้ลมเข้าไปในถุงอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรบริเวณข้อพับแขนไม่ได้ ค่อยๆปล่อยลมออกให้ปรอทค่อยๆลดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตร/วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็นค่าระดับความดันโลหิตตัวบนคร่าวๆ

3) ระดับความดันโลหิตโดยการฟังให้วาง Stethoscope เหนือ Brachial Artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ได้ระดับปรอทเหนือ Systolic blood pressure ที่คลำได้ประมาณ 20 -30 มิลลิเมตรปรอท แล้วค่อยๆ ปล่อยลมออกให้ระดับปรอทลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff1) จะเป็นค่าของ Systolic Blood Pressure ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหาย (Korotkoff5) จะเป็นค่าของความดันโลหิตตัวล่าง

4) การวัดความดันโลหิตครั้งแรกให้วัดที่แขนทั้งสองข้างสำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน ให้วัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยยืนแล้ววัดทันที และวัดอีกครั้งหลังยืน 1 นาที หากระดับ Systolic Blood Pressure ในท่ายืนต่ำกว่าในท่านั่งมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ Orthostatic Hypertension

5) วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที จากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน บวกลบ 5 มิลลิเมตรปรอท มาหาค่าเฉลี่ย

2.1.5.4 การตรวจผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device)

1) การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือ (ดูข้างต้น)
2) ต้องมีการแนะนำผู้ป่วยถึงการใช้เครื่องมือดังกล่าวอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งทำการบันทึกค่าที่วัดได้ให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา

3) ความถี่ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองควรทำสัปดาห์ละ 3 วัน ก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจให้ยาลดความดันโลหิตหลังจากนั้นสัปดาห์ละวันก็พอ แนะนำให้วัดใจตอนเช้าหลังตื่นนอน หรือ ตอนเย็น

4) ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ จะต่ำกว่าค่าที่วัดได้จาก Sphygmomanometer 5 มิลลิเมตรปรอท กล่าวคือ ความดันโลหิตที่วัดได้ในเวลากลางวันจากเครื่องวัดอัตโนมัติที่ถือว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องต่ำกว่า 138/85 มิลลิเมตรปรอท

2.1.5.5 สิ่งที่มีผลต่อค่าความดันโลหิต

1) ท่าที่ใช้ในการวัดความดันโลหิต ท่าที่เหมาะสม คือ ท่านั่ง โคนนั้งบนเก้าอี้ที่นั่งที่มีพนักพิง ความสูงเหมาะสม เมื่อนั่งแล้วสามารถวางแขนที่จะวัดอยู่ในระดับหัวใจ เนื่องจากท่าที่ใช้ในการวัดความดันโลหิตจะมีผลต่อความดันโลหิต ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

(1) เมื่อวัดความดันโลหิตในท่านั่ง ความดันไดแอสโตลิกจะสูงกว่าท่านอน 5 มิลลิเมตรปรอท

(2) เมื่อวัดความดันโลหิตในท่านั่ง ความดันซิสโตลิกจะสูงกว่าท่านอน 8 มิลลิเมตรปรอท

(3) เมื่อวัดความดันโลหิตในท่านั่งที่ไม่มีพนักพิง ความดันไดแอสโตลิกจะสูงขึ้น 6 มิลลิเมตรปรอท

(4) การวัดความดันโลหิตท่านั่งไขว่เท้า ความดันโลหิตซิสโตลิกจะสูงขึ้น 6-8 มิลลิเมตรปรอท

(5) การวางแขนต่ำกว่าหัวใจ (ระดับกลางหน้าอก) ความดันโลหิตที่ได้จะสูงกว่าปกติ

(6) การวางแขนสูงกว่าหัวใจ ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะต่ำกว่าปกติ

(6.1) ขณะวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุนั่งตรงหลังพิงพนักเก้าอี้ ไม่นั่งไขว่ห้างเท้าวางอย่างสบายบนพื้น แขนที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะไม่กำมือ

(6.2) สถานที่ที่ใช้ในการวัดความดันโลหิตต้องเงียบ เพื่อให้ได้ยินเสียงโคโรทคอฟฟ์ (Korotkoff Sound) ได้อย่างชัดเจน

2.1.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเอง แพทย์ผู้ทำการรักษา และบุคคลในครอบครัวในการควบคุมการดำเนินไปของโรคโดยเป้าหมายคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยนั้น ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งแนวทางการรักษาแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

2.1.6.1 แนวทางการรักษาที่ไม่ใช้ยา

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต (Life-style Modifications) เช่น การลดน้ำหนัก หยุดสูบบุหรี่ งดอาหารเค็ม เพิ่มการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอและลดความเครียด สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นนั้น การดูแลรักษาอาจเริ่มจากการให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย รวมทั้งผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต และผู้ที่อยู่ในกลุ่มกำลังจำเป็นต้องปฏิบัติ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มประสิทธิภาพของยาลดความดันและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้ผลการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นดังจะได้เสนอในตาราง 2.2 (ปริยานุช แยม่วงษ์, 2546)

1) การลดน้ำหนัก ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักจะได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension (มีтна ประที่ปะเสน และวงเดื่อน ปันดี, 2542) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กก/ม² แต่หากมีน้ำหนักเกินควรลดน้ำหนักอย่างน้อย 5 กิโลกรัม โดยกินอาหารให้ครบ 3 มื้อ แต่ลดปริมาณแต่ละมื้อลงจากเดิมที่กินอยู่ประมาณร้อยละ 20-30 ลดอาหารประเภทที่ให้พลังงานสูง

2) การบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมปริมาณไขมันในอาหาร เพิ่มปริมาณเส้นใยในอาหารโดยการเพิ่มปริมาณผัก ผลไม้ ถั่ว ลดปริมาณโซเดียมในอาหาร (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ หรือ 24 กรัมของโซเดียม)

3) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายชนิดที่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Isotonic Exercise) ครั้งละ 30-45 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

4) จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ควบคุมความดันโลหิต เป็นไปได้ยาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรงด หรือจำกัดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน ในผู้ชาย (ปริมาณ Ethanol ไม่เกินวันละ 30 มล.เช่น เบียร์ 720 มล. ไวน์ 300 มล. วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มล.) และในผู้หญิงหรือคนที่มีน้ำหนักน้อยไม่เกิน 1 แก้วต่อ

5) งดสูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าผลของการสูบบุหรี่ต่อการลดความดันโลหิตจะไม่เด่นชัด แต่มีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก และทำให้ผลของยาลดความดันลดลง

ตาราง 2.2 การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิต

การปรับพฤติกรรม	วิธีการ	ประโยชน์ในการลด SBP
ลดน้ำหนัก	ควบคุมน้ำหนักตัวให้ปกติ (BMI 18.5 - 24.9 กก/ม ²)	5-20 มิลลิเมตรปรอท / น้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม
ลดเกลือโซเดียม	ลดเกลือโซเดียมที่รับประทานไม่ให้เกินวันละ 100 มิลลิโมล/วัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือ โซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม)	2-8 มิลลิเมตรปรอท
รับประทานอาหารกลุ่ม DASH	เพิ่มอาหารประเภทผักและผลไม้ และ ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ลดไขมันรวมและไขมันอิ่มตัว	8-14 มิลลิเมตรปรอท
ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วๆ (อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 - 6 วันขึ้นไป	4-9 มิลลิเมตรปรอท
จำกัดปริมาณแอลกอฮอล์	จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชาย (ปริมาณ ethanol ไม่เกินวันละ 30 มิลลิลิตร เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และในผู้หญิงหรือคนที่มีน้ำหนักน้อยไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน	2-4 มิลลิเมตรปรอท

ที่มา: ปรียานุช แยมวงษ์ (2546)

2.1.6.2 แนวทางการรักษาที่ใช้ยา โดยแบ่งเป็นการใช้ยา 5 กลุ่ม ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันยาในแต่ละกลุ่มมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่ต้องมาประกอบการพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย มียาทั้ง 5 กลุ่ม ดังนี้

1) ยาขับปัสสาวะ (Diuratics) ที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง ตลอดจนเป็นยาที่ใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันได้เป็นอย่างดี ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการควบคุมความดันได้ดีในขนาดยาที่ต่ำๆ ทั้งนี้การเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้นไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่จะเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ทำให้ระดับกรดยูริกหรือระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และผลที่สำคัญคือการทำให้ระดับโปแทสเซียมต่ำที่อาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้นได้

2) ยากลุ่มเบต้า (Beta-Blockers) ใช้รักษาความดันโลหิตสูงทุกระดับความรุนแรงสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี Angina, Post-myocardial infarction, Tachycardia Arrhythmia ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความเสื่อมสภาพการทำงานของหน่วยไต ยาในกลุ่มนี้นอกจากจะลดความดันแล้ว จะมีฤทธิ์ลดการทำงานของหัวใจ จึงห้ามใช้ในผู้ที่มี Second หรือ Third Degree Heart Block รวมทั้งห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหืดหอบ นอกจากนี้ยากลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอาการมือเท้าเย็นนอนไม่หลับ ฝันร้าย ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า บางรายอาจเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ยากลุ่ม Beta Blockers ยังมีผลทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ดังนั้นในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่ใช้ Beta Blockers จึงต้องระวังผลดังกล่าวด้วย

3) ยากลุ่มแคลเซียม (Calcium Channal Blockers) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือดทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ แต่ยาในกลุ่มนี้แต่ละตัวอาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจต่างกัน เช่น Nifedipine, Amlodipine, Felodipine จะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แต่บางตัวเช่น Verapamil, Diltiazem ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งความแตกต่างนี้จะใช้เป็นสิ่งที่ช่วยในการพิจารณาในการเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้คือ ท้องบวม ปวดศีรษะ หน้าแดง Nifedipine เป็นยาที่ได้รับความนิยมและมีผลข้างเคียงไม่มากนัก แต่ส่วน Verapamil, Diltiazem อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก และเกิด Heart Block ได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4) ยากลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน

(Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) และ Angiotensin II Receptor Antagonists (AII Antagonists)

(1) ACEI ยาในกลุ่มนี้เป็นยากลุ่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากประสิทธิภาพที่ดีในการลดความดัน และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโต ตลอดจนยังมีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไตจึงสามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตร่วมด้วย ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้คือ อาการไอแห้งๆ โดยเฉพาะในสตรีและผู้สูงอายุอาการอื่นๆ เช่น การรบกวนรบกวนไป ระดับโปแทสเซียมสูง ความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้เป็นยาครั้งแรกซึ่งต้องระวังอย่างมากในผู้ที่ได้รับยาขับปัสสาวะปริมาณสูงหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ

ลัมเหลว ยานี้ยังมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดที่ไตตีบเพราะจะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์เพราะมีความเสี่ยงจะทำให้ทารกผิดปกติและมีความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ได้แก่ Captopril, Enalapril, Delapril เป็นต้น

(2) All Antagonists ยาในกลุ่มนี้ให้ผลการรักษาและอาการข้างเคียงจะคล้ายคลึงกับการใช้ ACEI แต่ไม่เกิดอาการไอเหมือนกับผู้ใช้ ACEI ยากลุ่มนี้ได้แก่ Losartan, Candesartan เป็นต้น

5) ยากลุ่มต้านแอลฟา (Alpha-Blockers) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือด อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า รวมทั้งอาการปวดศีรษะและอ่อนเพลียซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในการใช้ยาลดความดันโลหิตทั่วไป ยากลุ่มนี้มีข้อดีคือไม่มีผลข้างเคียงทางการเผาผลาญ และระดับไขมัน แต่อย่างไรก็ตามผลทางคลินิกของยากลุ่มนี้ก็กลับไม่ดีนัก ในปัจจุบันยากลุ่มนี้ไม่เป็นที่นิยมใช้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง แต่ยังมีที่ใช้บ้างในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไขมัน หรือผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

หลักเกณฑ์การเริ่มใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

การเริ่มรักษาตามแนวการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2004) และแนวปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) โดยสรุป ได้ดังนี้

1. การใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดเดียว การรักษาอาจเริ่มด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดเดียว ซึ่งมักจะให้ในขนาดต่ำ หากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาจเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่น ซึ่งควรใช้ในขนาดต่ำเช่นกัน และค่อยเพิ่มขนาดภายหลัง มีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนกลุ่มยาชนิดแรกไม่มีผลในการลดความดันโลหิตเลยหรือก่อให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ การให้ยาลดความดันโลหิตทีละชนิด (Sequential Monotherapy) จะทำให้สามารถหายาซึ่งตอบสนองดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งในแง่ของประสิทธิภาพและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา อย่างไรก็ตาม แม้ยาชนิดเดียวกันที่มีอัตราการตอบสนอง (ความดันซิสโตลิก ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท) ประมาณร้อยละ 50 แต่การใช้ยาชนิดเดียวจะลดความดันโลหิตถึงเป้าหมาย (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท) เพียงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยกเว้นในรายที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (พีระ บรูณะกิจเจริญ, 2553)

2. การใช้ยาร่วมกันอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตให้ได้มากที่สุด ขณะที่ขบวนการปรับตัวของร่างกายเมื่อความดันโลหิตลดลงน้อยที่สุดและลดผลข้างเคียงให้เหลือน้อยที่สุด บ่อยครั้งที่มักเพิ่มยาตัวที่สองในขนาดต่ำๆ มากกว่าการเพิ่มขนาดยา

ตัวแรก ซึ่งวิธีการนี้ยาทั้งสองตัวที่ใช้จะมีขนาดต่างๆ ทำให้ไม่เกิดผลข้างเคียง ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

- 2.1 Diuretics และ Beta-blockers
- 2.2 Calcium Antagonist และ ACE Inhibitors
- 2.3 Diuretics และ ACE inhibitors (หรือ All Antagonists)
- 2.4 Alpha-blocker และ Beta-blockers
- 2.5 Calcium Antagonists (DHP) และ Beta-blockers

การใช้ยาร่วมกันจะเกิดประโยชน์น้อยถ้ายาที่ใช้ร่วมกันนั้นมีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกัน หรือมีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์มากขึ้น

1. ถ้ามีการใช้ยาตัวแรกแล้วพบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองเล็กน้อยหรือทนยาไม่ได้ควรพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มอื่น ก่อนที่จะเพิ่มขนาดยาตัวแรกที่ใช้หรือให้เพิ่มยาอีกตัวหนึ่งเข้าไปด้วย

2. ควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์นาน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีข้อดีคือเพิ่มความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย และควบคุมระดับความดันโลหิตได้คงที่สม่ำเสมอ โดยอาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเกิดการเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย

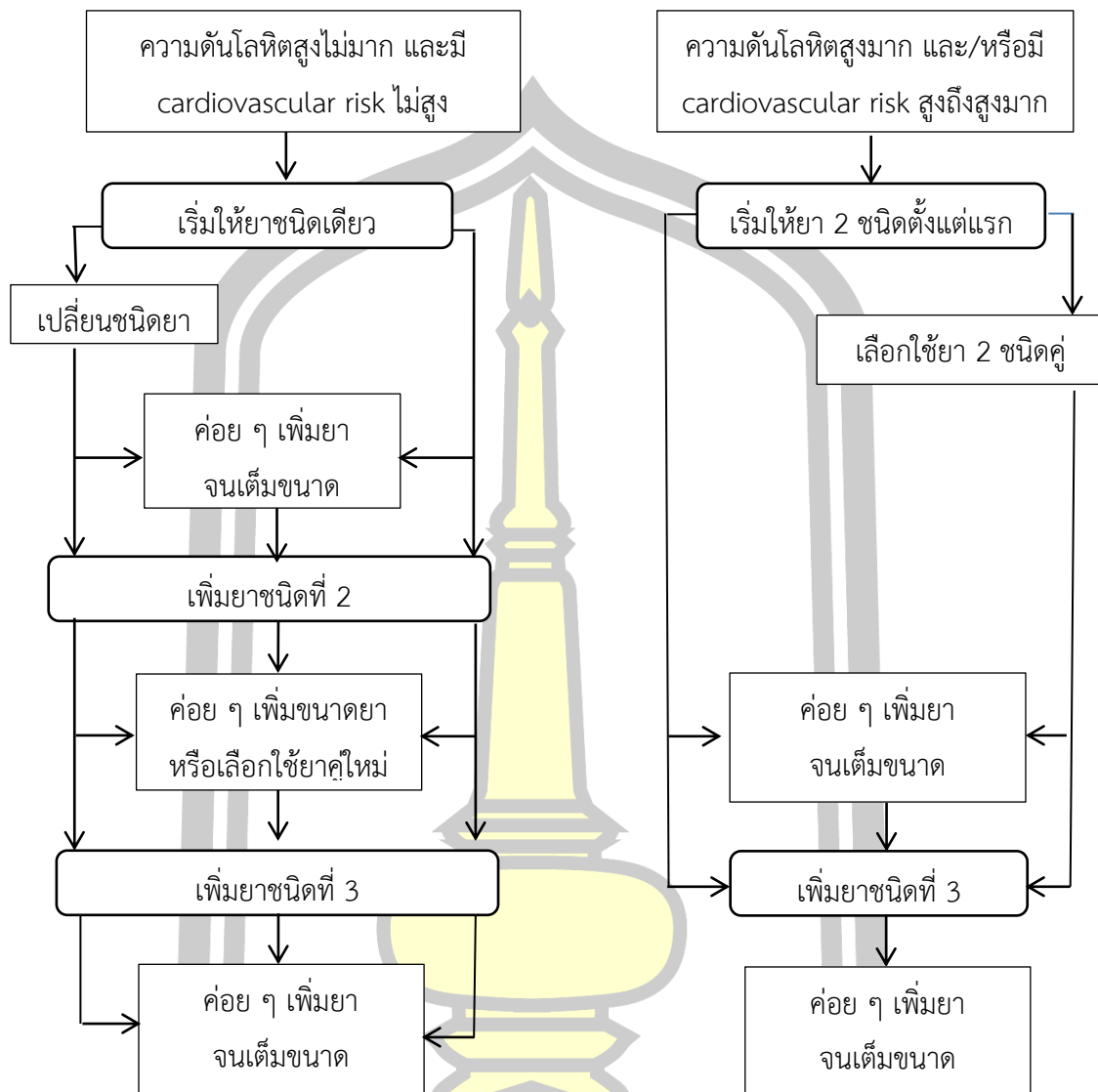
ข้อเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มใช้ยาชนิดเดียวและหลายชนิดร่วมกัน มีดังนี้

1. การใช้ยาชนิดเดียวควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายได้น้อย
2. จำเป็นต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิด เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายในผู้ป่วยส่วนใหญ่ มียาที่ใช้ร่วมกันแล้วได้ผลดีและมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์น้อยอยู่เป็นจำนวนมาก
3. การเริ่มยาอาจใช้ยาชนิดเดียวหรือยา 2 ชนิดรวมกันในขนาดต่ำ หากจำเป็นค่อยเพิ่มขนาดยาหรือจำนวนยาได้ในภายหลัง
4. ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง อาจเริ่มด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดเดียว ส่วนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ระดับ 2 หรือ 3 หรือมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมในระดับสูงหรือสูงมาก อาจเริ่มด้วยยา 2 ชนิด ในขนาดต่ำ
5. การใช้ยา 2 ชนิดรวมกัน จะทำให้ง่ายต่อการบริหารยาและทำให้ไม่ขาดยา
6. มีจำนวนผู้ป่วยหลายรายที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึงเป้าหมายโดยการให้ยา 2 ชนิด จำเป็นต้องใช้ยา 3 ชนิดขึ้นไปร่วมกัน

7. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการทำลายอวัยวะและในผู้สูงอายุ การให้ยาลดความดันโลหิตควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ควรควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายโดยเร็ว ซึ่งแนะนำให้ใช้ยาาร่วมกันหลายชนิดและปรับยาได้เร็วกว่า

การใช้ยา 2 ชนิดผสมกันอยู่ในเม็ดเดียวกัน (Fixed Dose Combination) มักให้ยาลดความดันโลหิตควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งหาได้ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ACEI ผสมกับยาขับปัสสาวะหรือยาต้านแคลเซียม หรือยา Beta-blockers ผสมกับยาขับปัสสาวะ หรือยาขับปัสสาวะผสมกับ Thiazide แม้ Fixed Dose Combination จะทำให้การปรับยาซึ่งลงทำได้ลำบาก แต่ก็สามารถลดจำนวนเม็ดยาที่จะรับประทาน และทำให้ไม่ขาดยา การใช้ Fixed Dose Combination อาจใช้แทนที่ยาร่วมกันหลายชนิดที่ได้รับการปรับยาจนคุมความดันโลหิตได้แล้วก็ได้ สามารถใช้ยา 2 ชนิดผสมกันอยู่ในเม็ดเดียวกันในขนาดต่ำเป็นยาตั้งต้นแทนการใช้ยาชนิดเดียวได้หากมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาทั้ง 2 ชนิด





ภาพประกอบ 2.1 แนวทางการเริ่มต้นรักษาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิต

ที่มา : สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558)

ก. ความดันโลหิตสูงไม่มาก คือ Grade 1 hypertension (mild) ความดันโลหิตสูงมาก คือ ตั้งแต่ Grade 2 hypertension ขึ้นไป

Cardiovascular risk ไม่สูง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำจนถึงความเสี่ยงปานกลางถึงสูง

Cardiovascular risk สูง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจนถึงสูงมาก

ข. ให้เลือกยาจากยาที่อยู่ใน 4 กลุ่มหลักและเลือกใช้ยาร่วมกันตามคำแนะนำ โดยห้ามไม่ให้ใช้ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors ร่วมกับยากลุ่ม angiotensin receptor blockers

ยาลดความดันที่มีใช้กันและควรใช้ในระดัปรองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้
(สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)

1.1 Thiazide diuretics ได้แก่ hydrochlorothiazide

Thiazide ให้ใช้เป็นยาอันดับแรกที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงหากไม่มีข้อห้ามใช้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่ายาในกลุ่มอื่นในการลดอัตราการตายหรือการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง การให้ยาขับปัสสาวะควรให้ในขนาดต่ำ โดยมีหลักฐานทางคลินิกพบว่าการให้ยา HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ดี และหากให้ยาร่วมกับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ควรให้ยาเพียง 6.25 มิลลิกรัมต่อวัน โดยการให้ยาขนาดสูงกว่า 25 มิลลิกรัมต่อวัน อาจเพิ่มอาการข้างเคียงจากยาได้ ยานี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง (Glomerular Filtration Rate < 30 มิลลิลิตรต่อนาที) เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้สำหรับ hydrochlorothiazide คือ ไม่เกินวันละ 25 มิลลิกรัม โดยแนะนำให้ใช้ยากลุ่มนี้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น systolic hypertension กลไกการออกฤทธิ์

กลไกหลักคือยับยั้ง NaCl transport ที่ distal convoluted tubule ทำให้ลดการดูดกลับของโซเดียม

อาการข้างเคียง

ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (hypomagnesemia) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ในผู้ป่วยบางรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยา digoxin

การป้องกันและแก้ไข

1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมและแมกนีเซียมสูง เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม ผักใบเขียวและธัญพืช
2. ให้ยาในขนาดต่ำหรือหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อาจพิจารณาให้ร่วมกับยากลุ่ม potassium sparing diuretics

ตาราง 2.3 ยาขับปัสสาวะและขนาดที่แนะนำให้ใช้

ชื่อยา	ขนาดเม็ด	ระยะเวลา ออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อ วัน
Hydrochlorothiazide	25, 50	6-12	12.5-50	1
Indapamide	1.5	24-36	1.25-2.5	1
Furosemide	40, 500	6-8	20-80	1-2
Amiloride	5	24	5-10	1-2
Spironolactone	25, 100	8-12	25-100	1

ที่มา : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555)

2. ยากลุ่ม beta-blockers

ยากลุ่มนี้มีประโยชน์ทางการแพทย์หลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้รักษาโรคหัวใจ เช่นโรคหัวใจขาดเลือด, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการให้ยา beta-blockers ในการรักษาความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจบางชนิดร่วมด้วย

ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้สำหรับ Atenolol คือ ขนาด 25 – 100 มิลลิกรัม / วัน วันละ 1 ครั้ง และ Propranolol คือ ขนาด 40-160 มิลลิกรัม / วัน วันละ 2 ครั้ง

กลไกการออกฤทธิ์

beta-blockers แย่งจับ beta-receptor ทำให้ตัวกระตุ้นออกฤทธิ์ไม่ได้ เป็นผลให้ cardiac output ลดลง และลดการหลั่ง rennin ลดการหลั่งสารสื่อประสาทซิมพาเทติก

ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน แต่มีคุณสมบัติบางอย่างที่แตกต่างกัน เช่น การมีคุณสมบัติ cardioselectivity, intrinsic sympathomimetic activity (ISA) และ lipid solubility

คุณสมบัติ Cardioselectivity

หมายถึง การมีความจำเพาะต่อ beta1-receptor ซึ่งมีมากที่หัวใจและไตมากกว่า beta2-receptor ซึ่งมีมากที่หลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ตับ และตับอ่อน ดังนั้นยาที่มี cardioselectivity จึงมีข้อดีที่จะกระตุ้นให้เกิด bronchospasm และ vasoconstriction ได้น้อยกว่า จึงสามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยหอบหืด ถุงลมโป่งพอง และ peripheral vascular disease ได้ อย่างไรก็ตามผลของ beta1-selectivity นี้ขึ้นกับขนาดของยาด้วย เมื่อใช้ยาในขนาดสูงยาเหล่านี้สามารถปิดกั้น beta2-receptor ได้ จึงจำเป็นต้องใช้ยาด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ยาที่มี beta1-selectivity ยังสามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานได้ ทั้งนี้เนื่องจากการหลั่งอินซูลินที่ตับอ่อนและ

กระบวนการสลายไกลโคเจนที่ตับ จะเกิดผ่านการกระตุ้น beta2-receptor เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการที่ยาไม่รบกวน beta2-receptor จึงมีผลเล็กน้อยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาที่มีคุณสมบัติ cardioselectivity ได้แก่ atenolol, bisoprolol, metoprolol

คุณสมบัติ intrinsic sympathomimetic activity (ISA) หรือ beta-receptor agonist Beta-blocker ที่มีฤทธิ์ ISA นอกจากปิดกั้นผลที่มากเกินไปของ adrenergic stimulation แล้วยังสามารถ maintain normal basal sympathetic tone ได้ ตัวอย่างเช่น ในขณะที่พักซึ่งมี sympathetic tone ต่ำ ยาจะมีผลกระตุ้น beta-receptor เล็กน้อย (partial agonist) ทำให้ heart rate, cardiac output และ peripheral blood flow ไม่ต่ำมากจนเกินไป ดังนั้นตามทฤษฎียา beta-blocker ที่มี ISA น่าจะเป็นยาที่ใช้ได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว, sinus bradycardia

อาการข้างเคียง

1. Bradycardia (Heart Rate < 50 ครั้งต่อนาที), AV conduction abnormalities, acute heart failure
2. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น
3. ระดับ triglyceride เพิ่มขึ้น และลดระดับ HDL cholesterol (beta-blocker ที่มี ISA หรือยาที่มีฤทธิ์ในการปิดกั้นที่ alpha-receptor จะเกิดผลน้อย)
4. ยากลุ่ม non-selective beta-blocker อาจทำให้เกิด acute exacerbation of bronchospasm ได้ในผู้ป่วยหอบหืด หรือถุงลมโป่งพอง
5. ผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน แล้วหยุดยาโดยทันที อาจเกิด with drawal symptoms ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิด unstable angina, myocardial infarction หรือ sudden death ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนได้

ข้อห้ามในการใช้ยา

Sinus bradycardia, heart block, cardiogenic shock และ acute heart failure

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 2.4 ข้อมูลยาในกลุ่ม BETA-BLOCKERS

ชื่อยา	ขนาดเม็ด	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อวัน
Atenolol	50, 100	25-100	1-2
Bisoprolol	5	2.5-10	1
Carvedilol	6.25, 25	12.5-50	2
Metoprolol	100	50-200	1-2
Propranolol	10,40	40-160	2

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555)

3. Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)

ยากลุ่ม ACEI เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการลดความดันโลหิต และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโต ตลอดจนมีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไต จึงสามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะโรคไตร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยควรให้เมื่อผู้ป่วยตรวจพบ microalbuminuria

ยากลุ่ม ACEI ควรมีการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เนื่องจากยากลุ่มนี้อาจทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น เพราะยา ACEIs ขยาย efferent arterioles และไม่มี angiotensin II มาทำให้ efferent arterioles หดตัว เพื่อเพิ่ม glomerular filtration rate (GFR) ในภาวะที่มีเลือดมาเลี้ยงไตน้อยลงดังนั้นยากลุ่ม ACEI จึงทำให้ GFR ลดลง ระดับ creatinine ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นและไตจะขาดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งเป็นอันตรายต่อไตเป็นอย่างยิ่งจึงไม่ควรใช้

ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้สำหรับ Enalapril คือ ขนาด 5 มิลลิกรัม/ วัน วันละ 1 ครั้งถึงวันละ 2 ครั้ง

กลไกการออกฤทธิ์

ACEIs ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Angiotensin converting enzyme (ACE) ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว กระตุ้นการหลั่ง aldosterone กระตุ้นระบบประสาท sympathetic ผลของการใช้ยาทำให้ระดับ angiotensin II ลดลง นอกจากนี้ ACE inhibitors ยังทำให้มีสารบางอย่าง เช่น bradykinin, prostaglandin E2, และ prostaglandin I2 เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงเช่นกัน

อาการข้างเคียง

1. ไอแห้ง มักไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยาลดการไอ เช่น dextromethorphan
2. ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น (Hyperkalemia)
3. การทำงานของไตลดลง ดังนั้นควรมีการติดตามการทำงานของไตเป็นระยะ
4. angio-edema ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง แต่พบได้น้อย

ข้อห้ามใช้

หญิงตั้งครรภ์, ภาวะหลอดเลือดแดงไตตีบ

ตาราง 2.5 ข้อมูลยาในกลุ่ม ACEI

ชื่อยา	ขนาดเม็ด (มิลลิกรัม)	ระยะเวลา ออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อวัน
Enalapril	5, 20	18-24	5-40	1-2
Lisinopril	5, 10, 20	24	10-40	1
Perindopril	2, 4	24+	4-16	1
Quinapril	5, 20	24	10-80	1-2
Ramipril	1.25, 2.5, 5	24+ 2	2.5-10	1-2

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555)

4. Calcium antagonists แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. dihydropyridines derivative เช่น nifedipine, felodipine, amlodipine
2. papaverine derivatives เช่น verapamil
3. benzothiazepine เช่น diltiazem

ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้สำหรับ Amlodipine คือ ขนาด 5 มิลลิกรัม/ วัน
วันละ 1 ครั้งถึงวันละ 2 ครั้ง

กลไกการออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ voltage calcium channel ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลงเป็นผลให้กล้ามเนื้อเรียบที่หลอดเลือดคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง ยากลุ่มนี้มีความจำเพาะต่อกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด โดยเรียงลำดับยาที่มีความจำเพาะต่อหัวใจมากกว่าหลอดเลือดจากมากไปน้อย ได้แก่ verapamil, diltiazem, และ nifedipine สำหรับ diltiazem และ verapamil ไม่นำมาใช้ในการลดความดันโลหิตสูง แต่นำมาใช้ในการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยาในกลุ่ม dihydropyridine derivatives คือ หัวใจเต้นเร็วขึ้น (reflex tachycardia) ซึ่งมักเกิดจากการใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น และผลข้างเคียงจะลดลงเมื่อเตรียมยาในรูปแบบออกฤทธิ์เนิ่น เช่น felodipine, amlodipine

ตาราง 2.6 ข้อมูลยาในกลุ่ม CALCIUM ANTAGONISTS

ชื่อยา	ขนาดเม็ด (มิลลิกรัม)	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อวัน
Nifedipine SR/CR	20, 30, 60	20-60	1-2
Amlodipine	5, 10	2.5-10	1-2
Felodipine	2.5, 5, 10	2.5-20	1-2

SR = sustained release

CR = controlled release

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555)

5. Angiotensin II-receptor antagonists (AIIRA)

ยาในกลุ่มนี้แตกต่างจากยาในกลุ่ม ACEI คือยาในกลุ่ม AIIRA คือ ไม่ทำให้ระดับ bradykinin เพิ่มขึ้นซึ่งอาจเป็นผลให้ผลข้างเคียงในการเกิดการไอน้อยกว่า

ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้สำหรับ Losartan คือ ขนาด 50 มิลลิกรัม / วัน ละ 1 ครั้ง

กลไกการออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์โดยแย่ง angiotensin II ในการจับกับ AT1-receptors ทำให้ไม่เกิดการกระตุ้นของ angiotensin II เช่น การหดตัวของหลอดเลือด การกระตุ้นการหลั่งของ aldosterone การกระตุ้นระบบประสาท sympathetic

ผลข้างเคียง

เวียนศีรษะ hyperkalemia

ข้อห้ามใช้

หญิงตั้งครรภ์ ภาวะหลอดเลือดแดงไตตีบ 2 ข้าง

ตาราง 2.7 ข้อมูลยาในกลุ่ม AIIRA

ชื่อยา	ขนาดเม็ด (มิลลิกรัม)	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อวัน
Losartan	25, 50	25-100	1
Valsartan	80, 160	80-160	1
Irbesartan	150, 300	150-300	1
Candesartan	8, 16	8-16	1
Telmisartan	40, 80	20-80	1

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555)

กลไกการออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์ต้านที่ α_1 -receptor ซึ่งอยู่ที่ผนังหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดและลดแรงต้านภายในผนังของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลงยากกลุ่มนี้มีข้อบ่งใช้ในการรักษาต่อมลูกหมากโตด้วย

ผลข้างเคียง

วิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า ใจสั่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดศีรษะ ปากแห้ง คลื่นไส้

ข้อควรระวังในการใช้ยา

เมื่อเริ่มใช้ยา หรือมีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น ระวังการเกิดความดันตกขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ หรืออาจเป็นลมหมดสติได้ อาจป้องกันอาการเหล่านี้ได้โดยเริ่มรับประทานยาในขนาดต่ำ หรือรับประทานยาก่อนนอน

การรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ควบคุมระดับความดันได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ยุงยาก ส่วนกรอบการให้จ่ายยาที่ปลอดภัย ควรเป็น HCTZ (25 มิลลิกรัม) กินวันละ 1 ครั้ง และมี atenolol (50 มิลลิกรัม) เริ่มที่ครึ่งเม็ดและสูงสุด 2 เม็ด หลังจาก HCTZ ควบคุมความดันได้ไม่ลดลงน้อยกว่า 140/90 มิลลิกรัมปรอท แต่ระวังไม่ควรให้ซีฟจรซ้ำกว่า 60 ครั้ง / นาที ส่วนคนไข้เบาหวานแนะนำให้ใช้ Enalapril เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

สรุป กลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เครือข่ายของโรงพยาบาลคำม่วง

ตาราง 2.8 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเครือข่ายของโรงพยาบาลคำม่วง

กลุ่มยา	ชนิด	ขนาด เม็ด	ขนาดยาต่อ วัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อ วัน
1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)	Thiazide diuretics ได้แก่ hydrochlorothiazide	25	12.5-25	1
	2. beta-blockers	Atenolol	50, 100	25-100
	Propanolol	10,40	40-160	2
3. Angiotensin- converting enzyme inhibitors (ACEIs)	Enalapril	5,20	5-40	1-2
4. Calcium antagonists	Amlodipine	5,10	2.5-10	1-2
5. Angiotensin II-receptor antagonists (AIIRA)	Losartan	50	50	½-1

จากตารางที่ 2.8 พบว่ารพ.สต.ที่อยู่ในเครือข่าย ของโรงพยาบาลคำม่วงมีข้อมูลกลุ่มยาและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน เนื่องจากรพ.สต.ที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลคำม่วง จะต้องขอเบิกเวชภัณฑ์ยากับโรงพยาบาลคำม่วงทุกแห่ง เพื่อสำหรับจ่ายให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ซึ่งแต่ละแห่งก็มีข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยาในขนาดที่ไม่แตกต่างกัน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 2.9 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง

กลุ่มยา	ชนิด	ขนาด เม็ด	ขนาดยาต่อ วัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อ วัน
1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)	hydrochlorothiazide	25	12.5-25	1
2. beta-blockers	Atenolol	50	25-50	1
	Propranolol	10	5-20	1-2
3. Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)	Enalapril	5	2.5-10	1-2
4. Calcium antagonists	Amlodipine	5	5-10	1-2
5. Angiotensin II-receptor antagonists (AIIIRA)	Losartan	50	50	1

ตาราง 2.10 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มยา	ชนิด	ขนาด เม็ด	ขนาดยาต่อ วัน (มิลลิกรัม)	ความถี่ต่อ วัน
1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)	hydrochlorothiazide	25	12.5-25	1
2. beta-blockers	Atenolol	50	25-50	1
	Propranolol	10	5-20	1-2
3. Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)	Enalapril	5	2.5-10	1-2
4. Calcium antagonists	Amlodipine	5	5-10	1-2
5. Angiotensin II-receptor antagonists (AIIIRA)	Losartan	50	50	1

จะเห็นได้ว่าจากตาราง 2.9 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง และตาราง 2.10 ข้อมูลกลุ่มและชนิดยาที่ใช้ลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มเปรียบเทียบ จะพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีกลุ่มยาที่ใช้ 5 กลุ่มยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละกลุ่มยาที่ใช้สามารถแบ่งชนิดยา ขนาดเม็ด ขนาดยาต่อวัน และความถี่ที่ใช้ต่อวัน ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ดังนี้ ยาขับปัสสาวะ

(Diuretics) ได้แก่ hydrochlorothiazide มีขนาด 25 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ ตั้งแต่ 12.5-25 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน กลุ่มที่ 2 กลุ่ม beta-blockers ได้แก่ Atenolol มีขนาด 50 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ ตั้งแต่ 25-50 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน และ Propranolol มีขนาด 10 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ ตั้งแต่ 5-20 มิลลิกรัม 1-2 ครั้งต่อวัน กลุ่มที่ 3 กลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ได้แก่ Enalapril มีขนาด 5 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ ตั้งแต่ 2.5-10 มิลลิกรัม 1-2 ครั้งต่อวัน กลุ่มที่ 4 กลุ่ม Calcium antagonists ได้แก่ Amlodipine มีขนาด 5 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ ตั้งแต่ 5-10 มิลลิกรัม 1-2 ครั้งต่อวัน และ วัน กลุ่มที่ 5 กลุ่ม Angiotensin II-receptor antagonists (AIIRA) ได้แก่ Losartan มีขนาด 50 มิลลิกรัม ขนาดยาที่เหมาะสมที่ใช้ 50 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน

2.1.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สรุปว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคล ด้วยการด้วยการใช้ทักษะทางปัญญา ความสามารถความเข้าใจด้านสุขภาพและการสื่อสารของบุคคล ในการที่จะประเมินและตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมและรักษาสุขภาพตนเองที่ดีไว้

แนวคิดการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) ได้แก่การเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอ โมเดลกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand) เป็นกรอบการดำเนินงานของบุคลากรด้านสุขภาพและให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตามโมเดล V Shape 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบซึ่งกันและกัน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ โดยมีเป้าหมายในปี พ.ศ. 2564 ว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้นำเสนอโมเดล โดยปรับปรุงจากโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen K et al. (2013 อ้างใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560)) มาปรับใช้ใน

เชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกมิติของการดำเนินงานด้านสุขภาพ

2.1.8 แนวทางการจัดบริการโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : โครงการเพิ่มพูนความรู้ใน รพ.สต., 2554)

2.1.8.1 แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1) อาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่อง อาการที่พบบ่อยก็เป็นอาการที่มีสาเหตุได้หลายอย่าง ดังนั้นเมื่อมีอาการผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ไม่ใช่มาจากการที่ความดันโลหิตสูงขึ้น อาการดังกล่าวได้แก่ ปวดศีรษะ บริเวณท้ายทอยจนอาจรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อยเอว ปวดหลัง หูอื้อ หน้ามืดตาลาย สำหรับผู้ที่มีประวัติความดันโลหิตสูง หากมีอาการ ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดไม่ออกทันทีทันใด ปวดศีรษะอย่างเฉียบพลัน มีเลือดกำเดาไหล เจ็บหน้าอก หายใจลำบากชัก ให้สงสัยว่าเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลด่วนที่สุด

2) การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(1) ระดับความดันโลหิต $<140/90$ มิลลิเมตรปรอท หรือ $<130/80$ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไต

แนวทางดูแลรักษา

1. รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องไม่ปรับยา
2. สอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันหลอดเลือดหัวใจ เช่น กินเค็ม เครียด ดื่มกาแฟ ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ กินอาหารทอด-มัน

(2) ระดับความดันโลหิต $>140/90$ มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า $160/110$ มิลลิเมตรปรอท ($>130/80$ มิลลิเมตรปรอท ใน DM, CKD) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหน้าอก หรือชักเกร็ง

แนวทางดูแลรักษา

1. ส่งปรึกษาแพทย์ทางระบบสารสนเทศ
 2. แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- (3) ระดับความดันโลหิต $\geq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท ร่วมด้วยปวดศีรษะมาก อาเจียนหรือมีตาพร่ามัว หรือเจ็บหน้าอก หรือชักเกร็ง

แนวทางการรักษา

1. ปรึกษาแพทย์ทางระบบสารสนเทศเพื่อให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
2. เรียกรถพยาบาลมารับผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาล

(4) ระดับความดันโลหิต $\leq 90/60$ มิลลิเมตรปรอทหรือ Pulse ≤ 60 ครั้ง /นาที

แนวทางการรักษา

1. กรณีมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หายใจหอบ การสูญเสียน้ำ โรคหัวใจ ขาดเลือดหรือเต้านมผิดปกติ ประเมินแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อ

2. ไม่มีอาการอื่นร่วม : ประเมินเรื่องปรับขนาดยา

3) สิ่งที่เหมาะสมให้มีการตรวจให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปีละ 1 ครั้ง

ข้อแนะนำในการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ตรวจเมื่อแรกพบผู้ป่วย และตรวจซ้ำปีละครั้ง หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ หากพบความผิดปกติ เช่น

(1) fasting plasma glucose

(2) serum total cholesterol, hdl-c, ldl-c, triglyceride

(3) hemoglobin และ hematocrit

4) บทบาท หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

(1) แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ รพ.สต.และยังต้องเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวด้วย

(2) พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการจัดการทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และยังต้องประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย

(3) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพการดูแลของกลุ่มผู้ป่วย ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

(4) เภสัชกร มีบทบาทหลักในบริการเภสัชกรรมใน รพ.สต.ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีเภสัชกร ประจำ จำเป็นต้องได้รับการนิเทศติดตามจากเภสัชกรในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้มาตรฐานและบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์

(5) นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร มีบทบาทช่วยได้ดีในเรื่องการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการกินอาหาร และให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพการกินและการปรุงอาหาร ซึ่งจะเน้นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและ/ควบคุมโรคไม่ได้

(6) นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการเคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอ้วน หรือมีข้อบกพร่องข้อเข่า เสริมช่วยในการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจขาดเลือด

(7) นักสุขศึกษา มีบทบาทเป็นทีมให้ความรู้ และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนที่ เกี่ยวข้องติดตามเยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

(8) ทันตแพทย์/ทันตภิบาล มีบทบาทในการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก

(9) นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ในการจัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ คำปรึกษาเชิงลึกโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต วิถีคลายเครียด การแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

(10) แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย และให้ คำปรึกษาตามความจำเป็น ในกรณีที่มีการประสานโดยหรือทีมในโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาหรือ จัดระบบการส่งต่อในกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ด้านไต หัวใจ ต่อมไร้ท่อ) ศัลยแพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทั้งนี้ ในบริบท ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์ประกอบของทีมบริการและบทบาทการทำงานที่หนุนเสริม กันเป็นเรื่องจำเป็นมาก การจัดการจึงมีได้หลายลักษณะตามศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรที่มี และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของสภาพความพร้อมของพื้นที่

5) การติดตามผู้ป่วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

(1) ความถี่ในการติดตามผู้ป่วย

ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยขึ้นกับความรุนแรงของโรคก่อนเริ่มให้การรักษา

ตาราง 2.11 ระยะเวลาติดตามผู้ป่วย (หลังวัดความดันโลหิตครั้งแรก)

ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		ระยะเวลา
SBP	DBP	
<140	<90	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตซ้ำใน 1 ปี
140-159	90-99	ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่ใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน
≥180	≥110	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย

ที่มา : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558)

กิจกรรมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ระดับ รพ.สต

1. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน -ไต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 การคัดกรองประเมิน microalbuminuria, eGFR ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปีละครั้งโดยเครือข่ายบริการ
 - 1.2 วินิจฉัย รักษา ป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวทางเวชปฏิบัติและแผนการจัดการโรค
 - 1.3 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 - 2 หรือ 3 เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและให้การดูแลรักษาได้เหมาะสมถูกต้องตามระยะของโรค
2. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน -หัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปีละครั้ง
 - 2.2 แจ้งโอกาสเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง (Primary Prevention) ในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น class group และรายบุคคล
 - 2.3 ลงทะเบียนผู้ที่มี CVD Risk>30 % ใน 10 ปีข้างหน้า และ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 2.4 ส่งต่อ ผู้ที่มีอาการโรคหัวใจขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมอง เพื่อการวินิจฉัย
 - 2.5 รณรงค์สื่อสารสัญญาณเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและ หลอดเลือดสมอง
 - 2.6 รณรงค์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลและชุมชน

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการประจำ โดยบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังนี้

1. ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ด้วยการตรวจคัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ตรวจยืนยันและไปลงทะเบียนที่หน่วยบริการประจำ พร้อมทั้งรับการ และวางแผนการรักษากับแพทย์ที่หน่วยบริการประจำ หรือศูนย์แพทย์ชุมชน
3. จัดให้มีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับส่งกลับและดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่แพทย์และทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการประจำตกลงร่วมกับผู้ป่วย
4. ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. ประสานเชื่อมโยงชุมชนเพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรรพ.สต.เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้สุขศึกษา และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาตามเวลา และไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง บริการของรพ.สต.ประกอบด้วย บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลทั่วไป และฟื้นฟูสภาพ บริการทันตกรรมพื้นฐาน บริการสนับสนุนกิจกรรมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง บริการให้คำปรึกษา และส่งต่อ และบริการอื่นๆ ที่มีความสอดคล้องกับปัญหาสภาพพื้นที่และความต้องการของประชาชน ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่ารูปแบบการบริการสุขภาพจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองของผู้รับบริการ จากการศึกษาการจัดรูปแบบการบูรณาการสุขภาพที่มีคุณภาพต้องอาศัยการบริหารจัดการและความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองร่วมด้วย ดังนั้นรูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพจะต้องเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้มีการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนของการจัดบริการและสามารถปฏิบัติได้ง่ายเหมาะสมกับวัย ซึ่งจะทำให้มีภาวะความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลง

2.1.9 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ คือ ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย สถิติจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม กลุ่มโรคไม่ติดต่อทำลายชีวิตประชากรโลกมากกว่าสาเหตุอื่น ๆรวมกัน พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 36 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก ทั้งหมดใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง 314,340 ราย หรือร้อยละ 73.0 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 โดยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยในแทบทุกกลุ่มอายุทั้งสองเพศ กลุ่มโรคไม่ติดต่อนอกระบบการอนามัยโลกถือว่ามีกลุ่มโรคหลักที่สำคัญ “สี่” กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดอุดกั้น

เรื่องร้อง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของสุขภาพที่สำคัญแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ “สี่” ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และ “สี่” ปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา อันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วน แนวคิดที่ให้ความสำคัญในการรักษาโรค และควบคุมปัจจัยเสี่ยง “4 x 4 x 4” ดังกล่าวจึงเป็นรากฐานของการป้องกัน และควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม

แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักบริหารการสาธารณสุข, 2556)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หรือโรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยในแต่ละมีผู้เสียชีวิตมากถึง 106.076 คน ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยพบว่าร้อยละ 30 เป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี โดยในแผนการจัดการระบบบริการสุขภาพ (service plan) ส่วนนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 ปี 2552 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นเบาหวาน 6.9 แต่ยังไม่รู้ว่าเป็นโรคถึงร้อยละ 31.2 ซึ่งผู้เป็นโรคควบคุมได้เพียงร้อยละ 28.5 ขณะที่ผู้เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 แต่รู้ว่าเป็นเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น และสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ได้เพียง ร้อยละ 20.2

แนวทางการดำเนินงาน/กิจกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การคัดกรองความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และไม่มีประวัติว่าเป็นโรคในสถานบริการปฐมภูมิ ตามแนวทาง ซึ่งผลการคัดกรองสามารถแบ่งย่อยออกเป็นกลุ่มๆ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่ม (สงสัย) ป่วยรายใหม่ โดยกลุ่มเสี่ยงสูงให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน กลุ่ม (สงสัย) ป่วยรายใหม่ ให้ส่งต่อไปตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยโรงพยาบาลเครือข่าย และให้การดูแลรักษาตามเกณฑ์กำหนด เพื่อลดจำนวนผู้ไม่รู้ว่าเป็นโรค

2. กลุ่มป่วย ความดันโลหิตสูง ให้การดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนการจัดการตนเอง และควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม

3. คัดกรองภาวะแทรกซ้อน และคัดกรองไต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีละ 1 ครั้ง และส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในรายที่ผิดปกติ เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และตรวจสุขภาพช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง ตามศักยภาพของเครื่องข่ายบริการ

แนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน แบ่งตามระดับการให้บริการสุขภาพ ดังนี้

1. ระดับปฐมภูมิ (P1, P2)

1.1 ป้องกันการเกิดโรค ให้บริการคัดกรอง ค้นหา และส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัย ให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตรวจสอบตามแนวทางปฏิบัติที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังทำขึ้น

1.2 มีระบบบริการโรคเรื้อรังที่รับส่งต่อ และเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการทุติยภูมิ

1.3 ให้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง และบุคคลในครอบครัว

1.4 ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้สุขศึกษา และกระตุ้นให้ไปรับบริการต่อเนื่อง

1.5 ส่งเสริม สนับสนุนการดูแล ติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง หรือโดยอสม.ในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง

1.6 จัดตั้งกลุ่ม/ชมรม เพื่อสุขภาพในชุมชน และสนับสนุนการจัดการกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.7 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นกิจกรรมขั้นสุดท้ายที่ต้องการดำเนินการ เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลผลการปรับแผนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งวางแผน สนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่โดย

1. สถานบริการสุขภาพ ติดตาม ประเมิน ผลผลิต ด้านกระบวนการป้องกัน ทุก 1 สัปดาห์ และผลลัพธ์ด้านกระบวนการป้องกัน รักษา และการพัฒนาระบบบริการทุก 6 เดือน นำเสนอการประเมิน ในการประชุมผู้บริหาร ระดับอำเภอ จังหวัด

2. ทีมผู้บริหารระดับจังหวัด ติดตาม ประเมิน ผลผลิต ผลลัพธ์ด้านกระบวนการป้องกัน รักษา และพัฒนากระบวนการบริการ ปีละ 2 ครั้ง และสะท้อนข้อมูล ผลการประเมิน กลับไปยังเครือข่ายสถานบริการ

3. ทீมเครือข่ายระบบบริการ ติดตาม ประเมิน ผลผลิต ผลลัพธ์ด้าน กระบวนการป้องกัน รักษา และพัฒนากระบวนการบริการ ปีละ 2 ครั้ง และสะท้อนข้อมูลการ ประเมินกลับไปจังหวัด พร้อมนำเสนอในการประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพ

4. กระทรวงสาธารณสุข ติดตามผลการประเมิน ปีละ 2 ครั้งและจัดเวทีเสนอ ผลการติดตาม ประเมินผล ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของแต่ละเครือข่ายบริการ

สรุปว่า แนวทางการจัดบริการโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล หมายถึงแนวทางดูแลรักษา ได้แก่ การส่งปรึกษาแพทย์ทางระบบสารสนเทศและแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามบทบาท หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการจัดการทีม เยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและยังต้องประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพอื่นๆ (โครงการเพิ่มพูนความรู้ ใน รพ.สต. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) รวมทั้งดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) สาขาโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และบทบาทหน้าที่ ของหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

Pender (1996) อ่างใน (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2559) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี

Pender และคณะ (2002) อ่างในจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559) กล่าวว่า พฤติกรรม สุขภาพ คือ กิจกรรมที่บุคคลทำเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตามความเชื่อของบุคคลนั้น ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพดี

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติของบุคคลในการ กระทำหรือไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยใช้ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

สรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยใช้ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคร้ายที่จะมาคุกคามต่อสุขภาพ โดยปฏิบัติเป็นประจำ ต่อเนื่อง และ สม่ำเสมอ ในการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุม

ความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา โดยได้แก่ การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จัญจรรยา วาฤทธิ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำ ซึ่งการแสดงออกนั้นเป็นการแสดงออกด้วยการกระทำ เช่น การเลือกซื้อ การเตรียม การปรุง และการบริโภค

อิรธานี โหมขุนทด (2551) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติ หรือแสดงออกของบุคคลที่กระทำเป็นประจำติดต่อกันเป็นนิสัย ได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร การเตรียมการปรุงและการบริโภค ความถี่ในการบริโภค

พนิดา อวรณ์ (2560) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่กระทำจนเป็นนิสัยในเรื่องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เริ่มตั้งแต่การเลือกซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องปรุงจนกระทั่งสำเร็จเป็นอาหารเพื่อใช้ในการบริโภค

สรุป พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัว หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ทั้งการเลือกซื้อชนิดอาหาร การเตรียม การปรุง จนเป็นอาหารที่ใช้ในการบริโภค

การบริโภคอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิต หลักในการควบคุมอาหารที่สำคัญ คือ ต้องจำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรต่างๆ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า การรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมล/วัน หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์/วัน (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) โดยให้ลดอาหารประเภท กะปิ ปลาร้า ปูเค็ม ไข่เค็ม เบคอน เนยแข็งมันฝรั่งแผ่นที่ทาเกลือ ผงซอส ของดอง กุ้งเค็ม ปลาอย่างเกลือ ซอสถั่วเหลือง ซอสปรุงรส และควรรับประทานอาหารสำเร็จรูปจำนวนลดลง ขณะรับประทานอาหารอย่าวางถ้วยน้ำปลา ขวดเกลือ บนโต๊ะอาหาร พยายามใช้พืชสมุนไพรสดและเครื่องเทศอบแห้งแทนที่จะใช้เกลือ ตรวจสอบฉลากอาหารที่มีเกลือมากกว่า 20% ให้เลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ เช่น ข้าว ไข่ ปลาสด เนื้อสัตว์ต่างๆ อาหารที่ปรุงเอง เนยสด โยเกิร์ต (World Hypertension League, 2009 อ้างใน พนิดา อวรณ์, 2560)

การรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (DASH) โดยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชให้มาก รวมทั้งนมที่มีไขมันต่ำ ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวซึ่งพบมากในไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู หมูสามชั้นทอด ข้าวขาหมู และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะปิเป็นส่วนประกอบ ขนมหวาน แต่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated Fatty Acid) เป็นกรดไขมันที่ร่างกายสามารถสร้างเองได้ พบมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันจากเมล็ดถั่วต่างๆ น้ำมันปลา เป็นต้น และกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated Fatty Acid) เป็นกรดไขมันที่ร่างกายสร้างเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับจากอาหารที่มีไขมันที่สำคัญคือ โอเมก้า-3 (Omega-3) และโอเมก้า-6 (Omega-6) พบมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด แต่ไม่ควรได้รับในปริมาณที่มากเกินไปเนื่องจากทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายขึ้น เกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ง่าย ขณะเดียวกันควรลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 23 กก/ม² (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) วิธีการลดน้ำหนักสามารถทำได้โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีการศึกษาการใช้โปรแกรมกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิกและดัชนีมวลกายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ศรัญญา คล้ายสกุล, 2550)

อาหารควบคุมความดันโลหิต (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH) เป็นอาหารที่พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อลดความดันโลหิต อาหารตามโปรแกรมของ DASH แบ่งเป็น 2 แนวทาง คือ โปรแกรม DASH แบบมาตรฐาน และ DASH แบบลดปริมาณโซเดียม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากบริโภคอาหารตามสูตรอาหารควบคุมความดันโลหิต คือเพิ่มปริมาณรับประทานผัก ผลไม้ ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน จะส่งผลให้ Systolic Blood Pressure ลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al, 2003 อ้างใน พนิดา อารรณ์, 2560) และหากร่วมกับการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารส่งผลทำให้ระดับ Systolic Blood Pressure ลดลง 11.5 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al, 2001 อ้างใน พนิดา อารรณ์, 2560) การจัดเมนูแบบ DASH มีหลักดังนี้ (ศิวพร คชารักษ์, 2550)

1. เพิ่มปริมาณธัญพืชในมื้ออาหารเพื่อเพิ่มปริมาณเส้นใยอาหาร และแร่ธาตุพวกแมกนีเซียมให้กับร่างกาย
2. เพิ่มปริมาณผักและผลไม้ในมื้ออาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบทุกมื้อ และหลังมื้ออาหารทุกครั้ง ฝึกให้เคยชินกับการรับประทานผลไม้เป็นของหวาน
3. ตีผลลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน

4. ลดปริมาณเนื้อสัตว์ โปรตีนหลักของการรับประทานอาหารแบบ DASH คือ การเลือกเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา

5. เพิ่มปริมาณถั่วและเมล็ดพืช ซึ่งอุดมไปด้วยโปแตสเซียม แมกนีเซียม และโปรตีน

6. ไขมันและน้ำมันใช้ในปริมาณที่น้อย ไขมันที่ใช้ควรเลือกไขมันไม่อิ่มตัว

ตาราง 2.12 เปรียบเทียบปริมาณอาหารสำหรับควบคุมความดันโลหิตที่ต้องการพลังงาน 2,000, 1,800, และ 1,500 กิโลแคลอรี

กลุ่มอาหาร	พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี	พลังงาน 1,800 กิโลแคลอรี	พลังงาน 1,500 กิโลแคลอรี
ข้าวและเมล็ดธัญพืช	8 ส่วน	8 ส่วน	5.5 ส่วน
ผัก	4 ส่วน	4 ส่วน	4 ส่วน
ผลไม้	5 ส่วน	4 ส่วน	4 ส่วน
ผลิตภัณฑ์จากนม	3 ส่วน	3 ส่วน	3 ส่วน
เนื้อและปลา	เนื้อและปลา 2 ส่วน	1 ส่วน	1 ส่วน
ถั่ว	1 ส่วน	1 ส่วน	
ของหวาน	ของหวาน 5 ส่วน		

ที่มา: (อรุณี หลูปรีชาเศรษฐ, 2549)

การลดและควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

การลดน้ำหนักในคนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐานมีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม จะมีประสิทธิภาพ ของการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตระดับน้อย ลดน้ำหนักได้ตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักที่ได้ผลไม่ควรมุ่งเน้นที่จำนวนน้ำหนักที่ลดลงในแต่ละวันแต่ละสัปดาห์ ควรนึกถึงสุขภาพที่ดีต่อการลดน้ำหนักมากกว่า การลดน้ำหนักเป้าหมายระยะสั้นคือ ลดน้ำหนักลง 1-1.5 ปอนด์ต่อสัปดาห์ และในระยะยาวให้ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน การลดน้ำหนักต้องปรับเปลี่ยนแบบแผน นิสัยการรับประทานอาหาร กลุ่มเสี่ยงควรได้รับคำแนะนำเรื่องการเลือกอาหาร แคลอรีของอาหารและแคลอรีที่ตนเองต้องการ เรียนรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีแคลอรีต่ำอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ

(สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน เนื่องจากการรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญได้หมด จึงเก็บสะสมไว้ทำให้อ้วนและโรคอ้วนยังทำให้เกิดภาวะเสี่ยงของโรคต่างๆ เพิ่มสูงขึ้นเช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นจึงควรได้รับการแนะนำในการลดและควบคุม น้ำหนัก การลดและควบคุมน้ำหนักนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใดเพียงวิธีเดียวให้ประสบความสำเร็จได้ จึงต้องใช้วิธีการหลากหลาย ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543)

การลดปริมาณไขมัน

การปรับเปลี่ยนไขมันในอาหาร โดยการลดไขมันอิ่มตัวแต่เพิ่มไขมันไม่อิ่มตัวชนิด โพลี (Polyunsaturated) จะสามารถลดระดับ Cholesterol ลง และลด LDL – C แต่เพิ่ม HDL – C ซึ่งสามารถป้องกันและลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ในการควบคุมแก้ไขระดับ ไขมันในเลือดควรให้ Cholesterol ไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, HDL – C มากกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Triglyceride ไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ LDL – C น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาหารไขมันสูงที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรงด หรือรับประทานได้แต่น้อยคืออาหารทอด หรือผัด ที่ใช้น้ำมันมาก อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ทั้งกับข้าวและขนม อาหารทะเลประเภทกุ้ง ปู ปลาหมึก หอย ทั้งสดและแห้ง อาหารประเภทนม เนย ไข่ เครื่องในสัตว์ หนังสัตว์ (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2553) อังโน สถาบันวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2554)

การเพิ่มปริมาณโปแตสเซียมและแคลเซียม

อาหารที่มีโปแตสเซียมและแคลเซียมสูงคือผักและผลไม้ การรับประทานอาหารลดความดันโลหิต (Dietary approach to stophypertension : DASH) ซึ่งเป็นอาหารที่อุดมด้วยผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วต่างๆ มีเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ นม และผลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำ เลี่ยงไขมันสัตว์บก และสัตว์น้ำบางชนิด เช่น หอยนางรมและปลาหมึกสดจะสามารถลดความดันโลหิต SBP ได้ 8 – 14 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงควรรับประทานผัก และผลไม้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มปริมาณโปแตสเซียม และเพิ่มใยอาหารช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตวิธีหนึ่ง มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีนั้น จะต้องทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (บุญยวีร์ ประเสริฐไทยและคณะ, 2553) ซึ่งจะทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดดีขึ้น และลดปริมาณไขมันที่ไปเกาะตามผนังเส้นเลือดทำให้ขนาดของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวล (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีแบบแผน มีการกระทำเป็นประจำก่อให้เกิดสมรรถภาพทางกาย (สุภา อินทร, 2546)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่กระทำอย่างมีระบบแบบแผนและสม่ำเสมอในด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของการออกกำลังกาย ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติตามข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกายเพื่อก่อให้เกิดการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (ปานจิต นามพลกรัง, 2547)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายตามรูปแบบที่วางไว้เป็นประจำสม่ำเสมอ ใช้เวลาประมาณ 20 – 60 นาที มีความถี่ 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ความหนักร้อยละ 50 – 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยการปฏิบัติตามขั้นตอนการออกกำลังกายได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายร่างกาย ผลเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (อิรานิ โหมขุนทด, 2551)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามรูปแบบที่วางไว้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีความถี่ 3 – 5 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อการมีสมรรถภาพทางกายที่ดีและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (พนิดา อารณ, 2560)

สรุป พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัว หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายเป็นประจำต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย แต่ครั้งสั้น 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

American College of Sports Medicine (ACSM) (2004) อ้างใน พนิดา อารณ, 2560 ได้แนะนำแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้หลัก FITT ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise; F) ความถี่ที่เหมาะสมที่ส่งผลต่อการลดของระดับความดันโลหิตคือ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
2. ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise; I) ควรอยู่ระดับปานกลาง (Moderate-intensity) คือ ร้อยละ 40-60 ของความสามารถใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO₂R) ร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate) หรือ ที่คะแนน 12-13 ของค่าคะแนนความเหนื่อย (Rate of Perceived Exertion Scale) (ปิยนุช รักพานิช, 2542)

ข้อบ่งชี้ความหนักของการออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง

การสังเกตอย่างง่าย คือ มีเหงื่อออกทั่วร่างกาย และมีอาการเหนื่อย หอบแต่ยังพูดกับเพื่อนๆ ได้ หากออกกำลังกายเพียงหากออกกำลังกายแค่เหนื่อยแต่ไม่มีอาการหอบ แสดงถึงความหนัก ที่น้อยเกินไป แต่ถ้าเหนื่อยจนพูดไม่ออกแสดงถึงการออกกำลังกายที่หนักเกินไป ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ วัดการเต้นของหัวใจ การออกกำลังกายทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นกว่าขณะไม่ออกกำลังกาย ดังนั้นจึงต้องกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ เรียกว่า เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ (Target Heart Rate; THR) ในแต่ละคนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับอายุ

3. ระยะเวลาการออกกำลังกาย (Time of Exercise; T) การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 15-30 นาที โดยแบ่งการออกกำลังกายออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

3.1 ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) การอบอุ่นร่างกายเป็นการทำให้ร่างกายพร้อมที่จะเล่นกีฬาและออกกำลังกายที่หนักขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ รวมทั้งระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต การอบอุ่นร่างกายเริ่มจากท่าที่ง่าย ๆ จังหวะช้า ๆ ระยะเวลาที่ใช้อบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมาก่อน หรือผู้สูงอายุ อาจใช้เวลา 15 นาที โดยใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนความหนักของท่า ความเร็วของจังหวะเข้าสู่ช่วงของการเล่นกีฬาอย่างช้า ๆ หลังจากอบอุ่นร่างกายจนพร้อมแล้ว ควรมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อที่จะใช้ใน ช่วงของการเล่นกีฬา กล้ามเนื้อที่สำคัญที่ต้องมีการยืดเหยียดทุกครั้งคือ กล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อน่อง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อแขนและไหล่

3.2 ช่วงเข้มข้นของการออกกำลังกาย (Endurance Training Phase) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ (THR) ให้ขึ้นถึงที่ต้องการ จากนั้นให้ฝึกติดต่อไปอีก 15-30 นาที เพื่อให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกาย

3.3 ช่วงผ่อนคลาย (Cool Down Phase) หลังระยะเข้มข้นของการออกกำลังกายควรจบด้วยระยะผ่อนร่างกายโดยลดปริมาณความหนักของการออกกำลังกายลงช้า ๆ ประมาณ 5-10 นาที เพื่อลดระดับการเต้นของหัวใจให้น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที เพื่อป้องกันการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ลดระดับความดันโลหิต อุณหภูมิและกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ ป้องกันการปวดศีรษะเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยรักษาระดับการไหลเวียนของเลือดที่ไปสู่กล้ามเนื้อ และจบด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออีกครั้ง

4. ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise; T) เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิกเป็นหลัก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน และออกกำลังกายแบบมีแรงต้านเป็นส่วนเสริม

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการเริ่มการออกกำลังกายต้องทราบระดับความดันโลหิตพื้นฐานก่อนเพื่อสามารถเลือกชนิดและขนาดความแรงของการออกกำลังกายได้เหมาะสม ข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2548)

1. ระดับความดันโลหิตที่มีค่ามากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ควรได้รับยาควบคุมความดันโลหิตก่อนออกกำลังกาย
2. ไม่ควรออกกำลังกายหากค่าความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 200/110 มิลลิเมตรปรอท และหยุดออกกำลังกายเมื่อความดันโลหิตมากกว่า
3. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าร่ากายปกติ ถ้ารู้สึกไม่สบาย เช่น มีไข้ หรือเป็นหวัดควรรอให้หายก่อนอย่างน้อย 2 วัน
4. ไม่ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
5. ดื่มน้ำให้เพียงพอ ไม่ใส่เสื้อที่คับหรืออึดอัดจนเกินไป
6. ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหล่านี้ คือ รู้สึกอึดอัดมากหรือไม่ปกติ บริเวณส่วนบนของร่างกาย เช่น ทรวงอก คอ แขน ลิ้นปี่ มีน้ิรณะ รู้สึกเหนื่อยหอบมากขณะที่ยอกกำลังกายหรือเจ็บปวดตึงกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อขณะที่ยอกกำลังกาย

การเดินเร็ว

การออกกำลังกายเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่ใช้หลักการของแอโรบิค โดยช่วงอบอุ่นร่างกาย (warm up) ใช้การออกกำลังกาย โดยการเคลื่อนไหวข้อทั้งแขนและขา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและปรับตัวของร่างกาย ช่วงการออกกำลังกาย (exercise) ใช้การออกกำลังกายเดินเร็วตามความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งลักษณะการปฏิบัติเป็นแบบการเพิ่มความก้าวหน้าที่ละน้อยคือเริ่มเดินช้าๆ ในช่วงเวลาที่สั้นก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็นระยะเวลาการเดินและแกว่งแขนก่อนที่จะเพิ่มความเร็ว และใช้การสะสมเวลารวมที่ทำได้ในหนึ่งวัน ช่วงการผ่อนคลาย (cool down) จะให้เดินช้าลงเรื่อยๆ ผ่อนคลายการออกกำลังกายลงทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายโดยทันที เพื่อให้เลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อมีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจและเพียงพอไปเลี้ยงส่วนต่างๆทั่วร่างกาย กิจกรรมการเดินเร็ว (brisk or fast walk) เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดและมีอันตรายน้อยที่สุด (สุพากร วงศ์วิง, 2555)

วิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว

วิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นวิธีที่นิยมกันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะ ความชำนาญพิเศษใดๆ ปลอดภัยและไม่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลาและสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายเลยอย่างอัตโนมัติ การเดินของมนุษย์มี

กลไกค่อนข้างซับซ้อน มีจังหวะการเดินที่เป็นไปอย่างอัตโนมัติเป็นปฏิกิริยาย้อนกลับ (reflex) เมื่อมีการตั้งใจการเดินจะทำให้จังหวะของการเดินผิดปกติ เช่น แกว่งแขนทั้งสองข้างพร้อมกัน หรือแกว่งแขนและข้างเดียวพร้อมกัน สำหรับหลักการเดินออกกำลังกายที่ถูกต้อง คือควรมีความหนักเบาและระยะเวลาที่เหมาะสมจึงจะช่วยให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนเต็มที่ โดยมีหลักการเดินออกกำลังกาย (Seiger & Hesson, (1990 อ้างอิงใน สัญญา สุปัญญาบุตร, 2557) ดังต่อไปนี้

1. ท่าทางและการทรงตัว (posture and alignment) เริ่มต้นด้วยท่าทางสบาย ๆ ทรงตัวในลักษณะศีรษะ ลำตัวและหลังตรง สายตามองไปข้างหน้า ยึดไหล่หน้าอกผาย ในท่าที่ผ่อนคลายปล่อยแขนตามสบายด้านข้างลำตัว กำมือหลวมๆ ในท่าผ่อนคลาย
2. ส้นเท้าแตะพื้น (heel contact) เมื่อท่าทางถูกต้อง ก้าวเท้าอีกข้างหนึ่งไปข้างหน้า โดยวางส้นเท้าแตะพื้นก่อน เบาๆ ห้ามกระแทกส้นเท้า
3. วางเท้าราบกับพื้น (heel-to-toe roll) เมื่อส้นเท้าแตะพื้น โดยที่มุมของข้อเท้าทำมุมกับพื้นประมาณ 40 องศา แล้ว วางเท้าราบกับพื้น ใช้น้ำหนักตัวลงบนส้นเท้าจนกว่าปลายเท้าจะสัมผัสกับพื้น จากนั้นยกส้นเท้าให้สูงขึ้น โดยพยายามให้เข่าตรงไปด้านหน้าเสมอ ไม่แบะออกด้านข้าง
4. ยกเท้าขึ้น (push off) เริ่มการเคลื่อนไหวไปด้านหน้า ขณะที่ส้นเท้าลอยสูงขึ้นโดยใช้ปลายเท้าถีบพื้น และให้ปลายตรงไปด้านหน้าเสมอไม่แบะออก
5. การวางเท้า (foot placement) ขณะเดินให้วางเท้าแยกจากกันเล็กน้อยประมาณ 2-4 นิ้ว ปลายเท้าและเข่าตรงไปด้านหน้าเสมอ ซึ่งจะช่วยให้การเดินเป็นแนวตรง
6. การแกว่งแขน (arm swim) ขณะเดินให้ออกศอก 90 องศา กำมือหลวมๆ อย่างผ่อนคลายและแกว่งแขนไปด้านหน้าและด้านหลังโดยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เป็นจุดหมุน ขณะแกว่งแขนให้ด้านหน้าและด้านหลังให้มีองศาขึ้นระดับเดียวกับไหล่
7. การหายใจ (breathing) โดยปกติการหายใจเป็นไปตามอัตโนมัติแต่สามารถควบคุมให้เปลี่ยนแปลงไปตามปกติได้ โดยควบคุมอัตราเร็วและลักษณะหายใจให้หายใจลึกๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ลักษณะและจังหวะการหายใจจะสัมพันธ์กับการแกว่งแขน และหาไม่สามารถระบุได้ว่าเมื่อก้าวขาใดหรือแกว่งแขนข้างใดควรจะหายใจเข้าหรือหายใจออกแต่ต้องเกิดจากการฝึกฝนให้เกิดความเหมาะสมและรู้สึกสบายของแต่ละบุคคล
8. การงอขา (leg vault) การงอขาจะเป็นการช่วยในการออกแรงของขา โดยการงอขาข้างหนึ่งแล้วกระดกขาไปข้างหน้าตรงๆ ให้ยืดอย่างอิสระ ไม่ต้องเกร็ง จากนั้นวางเท้าราบกับพื้นราบตามหลักการเดินก่อนที่จะใช้เท้าดันพื้นเพื่อให้ร่างกายเคลื่อนไหวไปด้านหน้า ซึ่งหลักการนี้จะมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องตลอดการเดินซึ่งถ้าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถเดินออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องวิธี จะช่วยทำให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและทำให้เกิด

ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นช่วยให้ ความดันโลหิตลดลง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ก่อนที่จะเริ่มเดินให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักประมาณ 5 นาทีให้ประเมิน ระดับการรับรู้ ความเหนื่อย (ระดับการรับรู้ความเหนื่อยก่อนเดิน) และบันทึกจากนั้นเริ่มต้นด้วยการ บริหารร่างกายเพื่ออบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 นาที
2. หลังจากอบอุ่นร่างกายให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มเดินตามคำแนะนำและ ประเมินการรับรู้ความเหนื่อยตามความรู้สึกขณะที่เดิน
3. เมื่อสิ้นสุดการเดินให้เดินช้าๆ หรือย่ำเท้าอยู่กับที่ หายใจลึกๆ และ อาจแวงแขนร่วมด้วยต่ออีกประมาณ 5-10 นาที เป็นการประยุกต์การออกกำลังกายช้าๆ แล้วให้ นั่งพัก 5-10 นาที ให้ประเมินระดับการรับรู้ความเหนื่อย
4. บันทึกระยะเวลา ระยะทางที่เดินได้จริงและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) ลงในแบบบันทึก

สูตรรัตน์ วาเรศ (2556) เมื่อต้องการเดินเร็วออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อสุขภาพที่ดี หรือลดน้ำหนักให้นับก้าวโดยเคลื่อนไหวตามปกติ เป็นเวลา 3-7 วัน แล้วหาค่าเฉลี่ย จำนวนก้าวต่อวัน เพื่อตรวจสอบว่ามีการกระฉับกระเฉงเพียงใด และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ ตั้งเป้าหมายต่อไป ถ้าจำนวนก้าวเฉลี่ยเท่ากับ 1,500 ก้าว การเดินเพิ่มขึ้น 2,000 ก้าวต่อวัน ดังนั้น เป้าหมายของคือ 3,500 ก้าว แต่เมื่อนับก้าวเดินได้เพียง 2,500 ก้าว จำเป็นต้องเคลื่อนไหวหรือเดิน เพิ่มขึ้นอีก 1,000 ก้าว เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จดบันทึกจำนวนก้าวในแต่ละวันลงในปฏิทิน ตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้น 2,000 ก้าวต่อวัน ทุก 6 สัปดาห์ จนกระทั่งครบ 10,000 ก้าว หลังจากนั้น พยายามเดินหรือเคลื่อนไหวให้ได้ 10,000 ก้าวทุกวัน เท่านี้คุณก็จะมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง และ ปราศจากพุงนอกจากนั้น การตั้งเป้าหมายจำนวนก้าวอาจมีวิธีการอื่นๆ อีก เช่น ตั้งเป้าหมายเพิ่ม สัปดาห์ละ 10% หรือตั้งเป้าหมาย ถ้าค่าเฉลี่ยข้อมูลพื้นฐานน้อยกว่า 2500 ก้าว ให้กำหนดเป้าหมาย เป็น 3000 ก้าวอย่างน้อย 3 วัน และอย่างน้อย 5 วัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

ข้อจำกัดการนับก้าวไม่สามารถใช้กับการถีบจักรยาน การพายเรือ การว่ายน้ำ การใช้เครื่องปั่นบันได (Stair climber) แต่เหมาะสำหรับกิจกรรมการเดิน การวิ่งและจะมีความ ถูกต้องมากขึ้น หากเดินเร็ว 4 กม./ชม.ขึ้นไป

โดยทั่วไป 10000 ก้าว ประมาณเท่ากับระยะทาง 8 กิโลเมตร

2000 ก้าว ประมาณเท่ากับระยะทาง 1.6 กิโลเมตร

3000 ก้าว ประมาณเท่ากับระยะทาง 2.4 กิโลเมตร

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วและการเดิน แอโรบิคต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าความดันโลหิตเฉลี่ยหลังการออกกำลังกายโดยวิธีเดินเร็วและการเดินแอโรบิค มีค่าลดลงจากก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายหลังออกกำลังกายโดยวิธีเดินเร็ว ไม่แตกต่างจากค่าความดันโลหิตเฉลี่ยภายหลังการเดินแอโรบิค (จิตรภรณ์ ฐรี, 2547) สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยและคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรต่างๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ได้ให้คำแนะนำให้มีการออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ซึ่งสามารถลดความดันโลหิตได้

นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอก็มีผลดีต่อความดันโลหิต เช่น การวิ่งเหยาะๆ การขี่จักรยาน การรำมวยจีน ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน และทำเกือบทุกวัน 4-7 วัน/สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric) เช่น การยก การแบก ชูต ลาก หรือดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตรายได้

สรุปว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องคำนึงถึงเป้าหมายในการออกกำลังกาย การเลือกประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสม ความหนักในการออกกำลังกาย เวลาในการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ให้ได้ประสิทธิผล และข้อควรระวังในการออกกำลังกายของกลุ่มเป้าหมาย

2.2.2.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ความเครียด ทำให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้น ในชีวิตประจำวันบุคคลอาจประสบกับความเครียดได้จากหลายสาเหตุ ตัวกระตุ้นความเครียดต่างๆ เหล่านี้มักผสมผสานกันจนแยกจากกันได้ยากแล้วทำให้กลายเป็นความเครียดสะสม กลวิธีการแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่บุคคลใช้จัดการความเครียดซึ่งหมายถึงการตอบสนองของบุคคลด้านารรู้คิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมที่ผ่านการเรียนรู้และตอบสนองอย่างมีจุดหมายต่อตัวกระตุ้นความเครียด (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ, 2553) บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้โดยมีการปรับความคิด ให้มีความคิดในด้านบวก การรู้จักมองโลกในแง่ดี ปรับลดพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความเครียด รู้จักสัญญาณเตือนความเครียดของตนและรีบจัดการแก้ไขโดยวิธีต่างๆ เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ได้แก่ สมาธิหรือการฝึกหายใจซึ่งเป็นทางเลือกที่ไม่ต้องใช้จ่ายและลดระดับความดันโลหิตได้โดยไม่มีผลข้างเคียง (Elayne and Amanda, 2009 อังโน สุรางคณา คงเสื่อ, 2560) โยคะ การนวด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และมีการบริหารเวลาอย่างสมดุลในการดำเนินชีวิตก็จะสามารถลดความเครียดและลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคอันเนื่องมาจากความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) การนั่งสมาธิ โยคะ และการรักษา

ทางจิต พบว่า ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงได้อย่างน้อยก็ชั่วคราว และมีผลดีเพิ่มขึ้นในการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ความหมายของความเครียด

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกาย และอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจาก การปรับตัวต่อสิ่งที ก่อให้เกิดความเครียด ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นแรงกดดัน หรือสภาวะคุกคามทางอารมณ์ในวงการ แพทย์ เป็นที่พบมากขึ้นเรื่อยๆ ว่าภาวะเครียดมากเกินไปหรือไม่สามารถรับมือกับความเครียดได้อาจ ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดร่างกายจะเตรียมพร้อมเพื่อต่อสู้ หรือไม่ก็หนีจากสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ สิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกาย ได้แก่ สมองจะสั่งให้ต่อมหมวกไตหลั่ง ฮอร์โมนอะดรีนาลิน คอร์ติซอล และฮอร์โมนอื่นๆ ไหลเวียนไปทั่วร่างกายทันทีเพื่อเตรียมอวัยวะทุก ส่วนให้พร้อมสำหรับอากัปกิริยาต่างๆ ไม่ว่าจะสู้หรือหนี

สาเหตุของความเครียด ประเวศ วะสี (2535) กล่าวว่าสาเหตุของความเครียด แบ่งได้เป็น 7 ประเภท ได้แก่

1. การไม่ได้ออกกำลังกาย การทำงานเบาจะทำให้อะดรีนาลินค้างค้ำ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบประสาท เกิดความเครียดขึ้น
2. การใช้สมองซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา ซึ่งสมองซีกซ้ายจะใช้ในการคิด วิเคราะห์สิ่งต่างๆ ดังนั้นถ้าใช้มากจะทำให้เครียดได้
3. การทำงานที่จำเจ ขาดความปรามอทัยในงานจะทำให้เกิดความเครียดขึ้น การเผชิญต่อสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เมื่อคนเราต้องเผชิญต่อสิ่งที่ไม่คุ้นเคยหรือของใหม่ หรือสภาวะที่เสี่ยง อันตรายจะเกิดความเครียด
4. ความรีบร้อน การทำอะไรที่รีบร้อน อะดรีนาลินจะหลั่งออกมา ถ้าเป็น บ่อยๆ จะส่งผลให้หัวใจเต้นแรง จิตใจไม่สบาย เกิดเป็นความเครียด
5. ความบีบคั้น ทั้งความบีบคั้นทางวัตถุ ความบีบคั้นทางสังคม และความบีบ คั้นทางจิตใจ ล้วนทำให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น
6. ธรรมชาติแตกต่างกันของแต่ละบุคคล บางคนเอาจริงเอาจังไปหมดทุก อย่าง ก็จะเครียดง่าย บางคนทำในเรื่องเดียวกันแต่ไม่เครียด ก็จะสบายใจ หัวเราะได้ ความแตกต่าง กันของแต่ละบุคคลคงขึ้นอยู่กับระบบชีววิทยา ถ้าเอ็นดอร์ฟินมากก็ทำให้สบายใจ ถ้าใครมีอะดรีนาลิน สูงก็จะเครียดง่าย

ระดับของความเครียด

ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เราจะรู้สึกว่ายากปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอจะรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก ความเครียดในระดับพอดี จะช่วยกระตุ้นให้เรา มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมาเกินไป จนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกันงานวิจัยนี้จึงแบ่งระดับความเครียดตามแนวทางของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้แบ่งระดับความเครียดตามลักษณะพื้นฐาน และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของคนไทยออกเป็น 4 ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะ เวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาใน ลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความ เครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการ บรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมา อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้ง่าย

ความเครียดของผู้ป่วยความดันโลหิต

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตสูงจากภาวะปกติ โดยที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/

หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (American Heart Association (AHA) 2009 อ้างใน สุภาพร มาลีวรรณ, 2559) ถ้าร่างกายอยู่ในภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็น เวลานานโดยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะของ หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และ ประสาทตา (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553)

แนวปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องโดยเฉพาะการจัดการกับความเครียด เนื่องจากการมีภาวะเครียดเป็นประจำ ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ และผู้ที่มีความเครียดจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสูงมากขึ้น แต่ไม่สามารถหมุนแอลดีแอลไปใช้ได้ จึงมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือด (ณัฐภรณ์ หาดิ, 2555) จากการศึกษาที่มีการใช้การออกกำลังกายแบบภูมิปัญญาตะวันออกที่เน้นเรื่องการหายใจ เช่น โยคะ ไทเก๊ก ชี่กง มาใช้ในการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้วิธีการหายใจพร้อมกับท่าทาง และการสร้างจินตภาพ หรือการฝึกจิต เพื่อไปสู่สมาธิ วิธีการเหล่านี้ทำให้ผู้ฝึกมีจิตสงบนิ่ง ร่างกาย และจิตใจได้รับการผ่อนคลายลดความรุนแรงของโรคได้ เพราะจิตเกี่ยวข้องกับการเพิ่มภูมิต้านโรค การทำงานของใจ (วิญญูณ) (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับการวิธีการปฏิบัติสมาธิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การประยุกต์หลักของชี่กงเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผลดีจากการศึกษาเกี่ยวกับชี่กง พบว่ามีการใช้หลักของชี่กงในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบไท้จี่ชี่กง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เน้นการบริหารกายและรูปแบบของการปฏิบัติสมาธิเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวชี่กง 4 ท่า (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2543) การปฏิบัติสมาธิออกกำลังประสาทสัมผัส (sensory meditation exercise) ที่พัฒนาโดย สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2552) เทคนิค SKT 1- 6 และการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว ไทยชี่กง (Thai Qigong Meditation Exercise, TQME) หรือ เทคนิค SKT 7 วิธีการปฏิบัติดังกล่าวใช้หลักการของ ชี่กง ซึ่งเป็นการรวมการหายใจ จิต และการเคลื่อนไหวท่าทาง ทำให้ร่างกายอยู่ในท่าที่สบาย การเคลื่อนไหวของร่างกาย ต้องผสมผสานไปกับความรู้สึกตัว และต้องสัมพันธ์กับการหายใจที่เป็นธรรมชาติ ส่วนการปฏิบัติสมาธิออกกำลังประสาทสัมผัสทุกเทคนิคใช้หลักการเดียวกัน การหายใจใช้เทคนิคในแบบเดียวกันคือหายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก โดยทุกเทคนิคใช้เวลาในการปฏิบัติ ครั้งละ 30 นาที วันละ 2 ครั้งแต่มีความแตกต่างในท่าทาง การเคลื่อนไหว เทคนิค SKT 1 เป็นการนั่งปฏิบัติสมาธิโดยกำหนดการหายใจเพียงอย่างเดียว เทคนิค SKT 2 เป็นการยืนปฏิบัติสมาธิโดยการกำหนดการหายใจเพียงอย่างเดียว

เทคนิค SKT 3 เป็นการนั่งเหยียดขาปฏิบัติสมาธิ และมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมด้วยเทคนิค SKT 4 เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่าเดิน เทคนิค SKT 5 เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่ายืนและมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ SKT 6 เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่านอนและมีการจินตภาพ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและเทคนิค SKT 7 เป็นการปฏิบัติสมาธิโดยการเคลื่อนไหวแขน

จากการทบทวนวิธีปฏิบัติของ SKT แต่ละเทคนิคผู้วิจัยพบว่าถึงแม้ว่าบางเทคนิคจะง่ายแต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติสมาธิมาก่อนนั้นการไม่มีสิ่งช่วยเหนี่ยวนำให้จดจ่ออยู่ในสมาธิ อาจมีความคิดหรือความรู้สึกใดๆ เกิดขึ้นมาระหว่างการปฏิบัติบ่อยครั้งซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติไม่เกิดผล บางเทคนิคอาจยากทั้งยังเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุที่ปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยพบว่าเทคนิค SKT 7 ซึ่งเป็นการปฏิบัติสมาธิในท่านั่งและมีการเคลื่อนไหวเฉพาะแขนอย่างช้าๆ จะช่วยเหนี่ยวนำผู้ปฏิบัติให้เข้าสู่สมาธิและอยู่ในสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวและการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุที่ปฏิบัติสมาธิ ดังนั้นเทคนิค SKT 7 จึงเป็นวิธีที่น่าจะเหมาะสมและง่ายที่สุดสำหรับผู้สูงอายุเทคนิค SKT 7 ได้ถูกนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีกลุ่มอาการต่างๆ เช่นปวด นอนไม่หลับรวมทั้งผู้ที่สุขภาพดีทุกเพศ ทุกกลุ่ม อายุ ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มที่จะให้ผลดีต่อผู้ปฏิบัติทุกกลุ่ม (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2552) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมาธิบำบัดในการลดความดันโลหิตสูงโดยใช้การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 7 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเป็นเทคนิคใหม่ในชุมชนของตนเองและไม่ขัดขวางต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตเดิมและช่วยควบคุมความดันโลหิตอย่างยั่งยืนโดยการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานและจากการศึกษาการวิจัยของ (ธิดิสุดา สมเวทิจ และคณะ, 2554) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่าผลการศึกษา พบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติ สมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิต ไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001

การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคลิขสิทธิ์ของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี SKT คือ ตัวอย่างที่มาจากชื่อของ รศ. ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้พัฒนาเทคนิคนี้ขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541- ปัจจุบัน เป็นเทคนิคที่ช่วยสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Complementary healing) ในคลินิกและโรงพยาบาลซึ่งผ่านการศึกษารวบรวมและทดลอง

เกี่ยวกับกลไกการทำงานของร่างกายด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัสและการเคลื่อนไหวตามหลักวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับหลักพุทธศาสนาในเรื่องของศีล สมาธิ ปัญญา โดยเฉพาะการทำสมาธิด้วยการหายใจเข้า "พุท" หายใจออก "โธ" นั้นสามารถช่วยในด้านของจิตใจให้คลายเครียดและมีความสุขได้อย่างดีซึ่งการทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือดและระบบอื่นๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี

แนวทางการการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สร้างขึ้นโดย สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี (2552) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งประยุกต์จากท่าไทจีซิงกต้น แบบทั้งหมด 18 ท่าให้เหลือ 2 ท่า ประกอบด้วย

ท่าที่ 1 การนั่งปฏิบัติสมาธิ หลับตาหายใจเข้าช้าๆ แบบลึกทางจมูก มีการหยุดหายใจชั่วขณะโดยนับหนึ่ง สอง สาม หายใจออกยาวๆ ช้าๆทางปาก ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวโดยการขยับฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าช้าๆนับหนึ่ง สอง สาม ขยับฝ่ามือออกช้าๆ นับหนึ่ง สอง สามขยับมือเข้า ออกเช่นนี้ นับเป็น หนึ่งรอบ ทำ 40 รอบ

ท่าที่ 2 นั่งอยู่ในท่าเดิมหายใจเข้าปอดลึกๆ นับ 1-5 พร้อมกับค่อยๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะคล้ายๆ กับการประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ ข้อศอกงอเล็กน้อยเวลายกแขนขึ้นค่อยๆ ประคองแจกัน ยกมือขึ้นลงเช่นนี้ นับเป็น หนึ่งรอบทำ 40 รอบ ปล่อยแขนมือกลับมาอยู่ในท่าวางข้างลำตัวค่อยๆ ลืมตาขึ้นช้าๆ

ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที

ข้อควรระวังในการทำสมาธิบำบัด

1. ขณะฝึกปฏิบัติ ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดตึง
2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึกต้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
3. ไม่ควรฝึกขณะหิวหรืออิ่มเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนที่อยู่ ข้างๆ เป็นต้น
5. ควรควบคุมอารมณ์และความคิดให้นิ่ง ไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจ เข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่

7. ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน ห้ามฝึกขณะขับชี่ยานพาหนะ ขณะทำงานกับเครื่องจักร หรือในสถานที่ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

8. หากมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืด ให้หยุดฝึก และลงนั่งหรือนอนพักทันที

9. ผู้ที่เป็นเบาหวาน ควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย

10. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ นุ่มนวล ระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต

สรุป พฤติกรรมการจัดการความเครียด หมายถึง การแสดงออก การกระทำ ปฏิบัติตัวหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนเป็นนิสัยในการเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียด ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองเมื่อเกิดความเครียด โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิ่ง (SKT7) 30 นาที วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจพ้นจากความเครียดในระยะเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

2.2.2.4 พฤติกรรมมารับประทานยาและมาตรฐานตามนัด

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารักษาอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่องโดยมาตรฐานตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรฐานตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษา และค้นหาความผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเพื่อหาทางป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า และสิ่งสำคัญในการมาตรฐานตามนัดคือการมารับยา ซึ่งการใช้ยานั้น แพทย์ผู้รักษาจะเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกเหนือจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้ว การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะต้องปฏิบัติควบคู่กันไปเหมือนกัน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์กับรับประทานยาหยุดยา ลดหรือเพิ่มยาเอง (เสาวนีย์ ศรีศิริระกุล, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์กำหนด ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองซึ่งจะทำให้ได้รับยาเกินขนาดหรือปริมาณยาไม่เพียงพอแก่การรักษา ไม่หยุดยาเองถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่าการดีขึ้น ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองหรือนำยาของผู้ป่วยอื่นมารับประทานหรือแบ่งปันยาของตนเองให้ผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะอาการคล้ายตนเอง เพราะยาความดันโลหิตมีหลายชนิด แต่ละชนิดให้ผลการรักษาไม่เหมือนกันและผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาขนาดและปริมาณยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน โดยการรับประทานยาควรรับประทานยาให้ตรงเวลา และหากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานยามื้อต่อไปให้งดรับประทานยาในมือนั้นและรับประทานยาในมื้อต่อไปตามปกติ โดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า ควรสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาและควรแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งด้วย (ทรัพย์ทรวง จอมพงษ์, 2546)

สรุปพฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด หมายถึง การรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูงแผนปัจจุบันตามคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาด จำนวนเม็ดยา เวลาในการ รับประทานยาทุกวัน ไม่เพิ่มหรือลดขนาดและจำนวนโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง และไปพบแพทย์ตามกำหนดนัดหมาย รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงก่อนที่ยาจะหมด เพื่อผลดีต่อ สุขภาพของผู้ป่วย

การควบคุมปัจจัยต่างๆ

การจำกัดแอลกอฮอล์ ผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันเลือดในปัจจุบันมีข้อสรุปที่ แน่นนอนว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงประมาณกันว่า 30% ของผู้ป่วยที่มี ความดันโลหิตสูงพบร่วมกับการดื่มสุรา อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่า หากดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้ ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท (Kodavali and Townsent, 2006) การดื่ม แอลกอฮอล์เพียงวันละ 30 มิลลิตร มีผลเพิ่มความดันโลหิตและทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาลด ความดันที่ใช้อยู่ ดังนั้นควรแนะนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มเพียง เล็กน้อย โดยผู้ชายไม่เกิน 30 มิลลิตรต่อวัน ผู้หญิง 15 มิลลิตรต่อวันซึ่ง 30 มิลลิตรของ แอลกอฮอล์เท่ากับวิสกี้ 60 มิลลิตร ไวน์ 300 มิลลิตร และ 720 มิลลิตรของเบียร์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

การเลิกบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่ครั้งแรก จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เนื่องจากสาร นิโคตินในบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดบีบรัดตัวมากขึ้น ทำให้กระแสเลือดมีความแรงมากขึ้นในการที่ต้อง ไหลผ่านท่อหรือหลอดเลือดที่แคบลง นอกจากนั้น นิโคตินยังไปกระตุ้นต่อมอะดรีนอลในร่างกายให้ ผลิตฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่เรียกว่า เอพิเนฟริน หรืออะดรีนาลีน ซึ่งฮอร์โมนนี้มีผลต่อความดันโลหิต โดยตรง (อรสรวง บุตรนาคและคณะ, 2547)

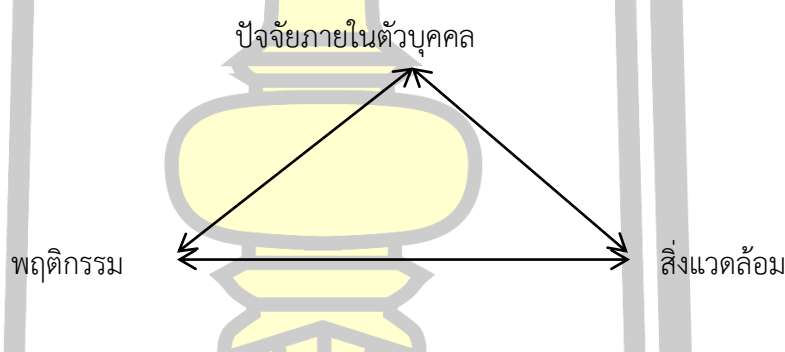
ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาทาง การแพทย์ และควรมีการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะเป็นในด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรู้จักผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและมาตรวจ ตามนัดรวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีและป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ได้

2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (SELF-EFFICACY THEORY)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างใน พนิดา อารวรรณ์, 2560) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียง เป็นชาวแคนาดา ได้พัฒนามาตั้งแต่ปี 1970 มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวของบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Internal Person Factors) ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ในตนเอง
2. พฤติกรรม (Behavior)
3. สิ่งแวดล้อม (Environment)

ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยนี้ มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน คือ แต่ละปัจจัยต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอิทธิพลของปัจจัยแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในภาพประกอบ 2.2



ภาพประกอบ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ที่มา : Bandura (1997 อ้างใน พนิดา อารวรรณ์, 2560)

ปฏิสัมพันธ์ทั้ง 3 ปัจจัยนี้ บางปัจจัยมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัยนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล พฤติกรรมที่ต้องการและสถานการณ์เฉพาะเจาะจงที่เอื้อต่อพฤติกรรม (สุปรียา ดันสกุล, 2548) เช่น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม เป็นอิทธิพลที่มีผลต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และคุณสมบัติทางชีววิทยากับการกระทำ เช่น ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมายและเจตนาจะกำหนดทิศทางของการกระทำ ในขณะที่เดียวกันการกระทำที่เกิดขึ้นก็มีส่วนกำหนดความคิดและอารมณ์ของบุคคล

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นกระบวนการที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเชื่อ ความสามารถทางปัญญาของบุคคลที่ถูกพัฒนา และปรับเปลี่ยนเนื่องจากอิทธิพลของสังคม ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล กระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์โดยผ่านตัวแบบ การสอนและการชักจูงทางสังคม

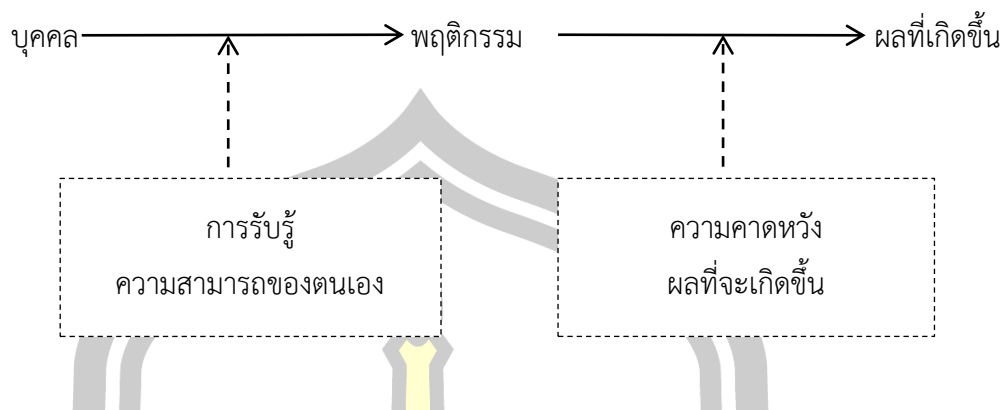
การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม แบนดูรา กล่าวว่า บุคคลเป็นทั้งผู้ผลิตและผลผลิตจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมรอบตัว

2.3.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self - Efficacy)

การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นความเชื่อมั่น หรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนเองจัดการได้แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ จะมีความอดุสาหะ อดทน ไม่ท้อถอยโดยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ ถ้ามีการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกัน

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนๆ เดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันเช่นกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่ามีความสามารถจะมีความอดทน อดุสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

มักมีคำถามว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวังกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน (Bandura, 1977 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 2.3



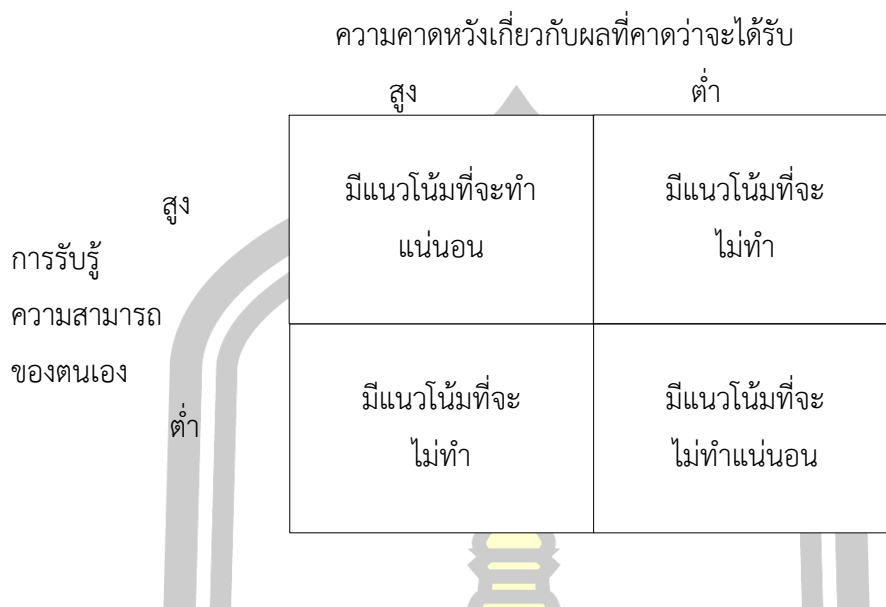
ภาพประกอบ 2.3 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : Bandura (1977 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น ที่นักกีฬามีความเชื่อว่า เขาระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมนั้น จะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต หรือไม่ ซึ่งการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆแต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นได้จากภาพประกอบ 2.4

พูนุ ปณ ทิโต ชิว



ภาพประกอบ 2.4 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ
ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : Bandura (1978 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน
4 ปัจจัย คือ (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อ
ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่า
เป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถ
ที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามี
ทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขาจะสามารถจะ
กระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้
ตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายาม ทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึง
เป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความ
ซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะ
ประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่า
เขาจะสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ตัว
แบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974 อ้าง
ถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2556)

ตัวแบบแบ่งออกได้ 3 ประเภท คือ (สุปรียา ต้นสกุล, 2548)

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือ ตัวบุคคลได้มีโอกาสสังเกต และปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน และวีดิทัศน์
3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่างๆ การเลือกตัวแบบ มีหลักในการเลือกอย่างกว้างๆ ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต ,2549)

1. ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้นจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และตนเองสามารถทำได้เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นเดียวกัน
2. ตัวแบบควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าเป็นจริงสำหรับเขาได้
3. ระดับของความสามารถของตัวแบบควรมีระดับใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูง ก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าไม่น่าทำตาม
4. ตัวแบบนั้นควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น
5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับการเสริมแรงจะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

ลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบดังภาพประกอบ 2.5

A → B1 → B → C

โดยที่ A คือ การนำเสนอตัวแบบ

B1 คือ ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ

B คือ พฤติกรรมที่แสดงออก

C คือ ผลที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรม

ภาพประกอบ 2.5 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบ

ที่มา: สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (2549)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอตัวแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากที่จะทำตาม (B1) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งที่มาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการลงโทษพฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีกตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. ช่วยให้คุณเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบัน และอนาคต เช่น นำไปเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้กับเด็กที่แยกตัว เสริมสร้างทักษะการพูดให้กับเด็กปัญญาอ่อน หรือเสริมสร้างทักษะบางอย่างให้กับคนไข้โรคจิตในโรงพยาบาลเพื่อที่ว่าเขาจะมีความสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือการยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมากเท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อนแล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบนั้นก็จะมีมากขึ้นก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ยุติการระงับแล้ว

3. ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออกหรือถ้าแสดงออกแล้วแต่ทว่าไม่ค่อยได้แสดงออกให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (Evan, 1989) ซึ่งถ้าจะได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมี ประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็น ค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่ได้ผลดีใน การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถของตัวเอง มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนาย หรือตัดสินว่าผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนในขณะที่ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการกระทำ เป็นการตัดสินว่าผลลัพธ์ดีที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด

2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (SOCIAL SUPPORT THEORY)

กลวิธีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมาได้มีผู้ใช้การสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรค เช่น ในโรคความดันโลหิตสูง เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ เป็นต้นการนำกลวิธีการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรม การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยได้ให้ความหมายและคำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

Caplan (1997 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลัง หรือทางด้านอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างถึงใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถก, 2560) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างโดยกล่าวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn, 1979 อ้างถึงใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถก, 2560) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

House (1997 อ้างถึงใน จุฬารณณ์ โสตะ, 2552) ได้อธิบายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของแรงงานการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับและการเรียนรู้ตลอดจนการประเมินตนเอง

นอร์เบค (Norbeck, 1982 อ้างใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถก, 2560) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลงสามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส (Thoits, 1982 อ้างใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถก, 2560) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่นโดยความช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

(บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ, 2528) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม” ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง พ่อแม่ พี่น้องเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่และแกนนำกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้รับการสนับสนุน

(จุฬารณณ์ โสตะ, 2552) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการได้ให้นิยามเกี่ยวกับสนับสนุน โดยผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และความรู้สึกแก่ผู้รับการสนับสนุน และผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าจะตนเองมีคุณค่า จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดี

(ทศนะ วงศ์รัตนดิถ, 2560) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่น ข้อมูลข่าวสาร เงิน และ แรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่ายคือ ฝ่ายผู้ให้ เช่น บิดา มารดา และครู กับฝ่ายผู้รับ เช่นบุตร หรือนักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าวเป็นต้นกรรมที่ถูกต้อง

2.4.1 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่กว้างและได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยทั่วไปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดของนักทฤษฎีหลายท่านเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Caplan (ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ, 2560) ได้ให้นิยามธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง บุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้าน อารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูล ป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึก ว่าตนเองมีความมั่นคงและปลอดภัย ส่วนแคสเซล กล่าวว่าความเครียดทำให้บุคคลมี โอกาสเสี่ยงต่อ เกิดโรค ซึ่งบ่อยครั้งที่เป็นผลจากการ ขาดการป้อนกลับของสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือในทางตรงกันข้าม ความเครียดจะลดลงไปได้จากการระบายความรู้สึกของบุคคลออกไปยังเครือข่ายทาง สังคมของ บุคคลนั้น หรือมีการช่วยเหลือจากเครือข่าย แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb (1976 อ้างใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถ, 2560) พบว่า บุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับ ภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลก็จะรู้สึกกว่าตนเอง ปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ทำให้สามารถ ปรับตัวผ่านสถานการณ์ได้ การรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีความสำคัญมาก เพราะการให้การสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพไม่ควรเกิดจากการร้องขอของบุคคล แต่ควรเกิด จากการให้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน (Barrera, Sandler, & Ramsey, 1981 อ้างใน ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ, 2560) คาห์น (Kahn, 1979 อ้างใน ทศนะ วงศ์รัตนดิถ, 2560) ให้ความหมาย ของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งรวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคลหนึ่งแก่บุคคลหนึ่ง การให้ความมั่นใจในการ ประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้นว่าดีหรือถูกต้อง การให้ความเห็นและการช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ โดยผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคมต้องให้ในสิ่งที่ผู้รับต้องการหรือรับรู้ถึงสิ่งนั้น ผลลัพธ์ในทางด้านบวกจึงจะ เกิดขึ้น ตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความพึงพอใจในชีวิต แต่พบว่าการให้การสนับสนุน จากครอบครัวที่ประเมินจากญาติของผู้สูงอายุ ไม่สัมพันธ์ กับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ประเมินจากผู้สูงอายุ และไม่มี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของ (พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ, 2552) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ด้านบวกที่เกิดขึ้น ต้องผ่านการรับรู้ของผู้รับการสนับสนุนนั้น หากผู้รับไม่ตระหนักถึงแรง สนับสนุนดังกล่าว ถึงแม้การสนับสนุนจะมากหรือน้อยก็ตาม การรับรู้ผลลัพธ์ทางบวกอาจจะไม่เกิด ก็ได้

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ยกตัวอย่าง เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมนั้น ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและ กลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อาจกล่าว โดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุน จากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ บุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการให้การ สนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ประเภท (House,1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น มีการจัดกิจกรรมการ ออกกำลังกาย การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใยซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องหรือรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ ทราบถึงผลดี ที่ผู้รับจะได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบ ต่างๆ
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Trumental Support) เช่น มีการ สนับสนุนอุปกรณ์การศึกษา มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ มีการวางแผนการจัดกิจกรรมอย่าง ต่อเนื่องและเหมาะสม

2.4.3 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ Gottlieb (1981 อ้างใน ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ, 2560) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์ในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจรวมถึงการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มวัยรุ่นด้านภัยเอดส์ กลุ่ม ผู้เลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มแม่บ้านตำรวจ เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจและการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์นี้มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามีภรรยา บิดามารดา บุตร และบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) มาประยุกต์ใช้ โดยใช้การสนับสนุนทางอารมณ์ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสารรวมถึงด้านวัสดุและสิ่งของ โดยการให้การสนับสนุนทางสังคมจากญาติและผู้วิจัย จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

2.4.4 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กาทท์ลิป (Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งระดับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Mezzo level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3. ระดับจุลภาค หรือระดับลึก (Micro level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การ

สนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ จะเน้นการให้ การสนับสนุนในทางการสื่อสาร และอารมณ์ โดยให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้รับกำลังใจ จากเพื่อนร่วมกิจกรรม ร่วมกับการดูแลของบุคคลใน ครอบครัว และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการ ปฏิบัติ จากผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการเสริมแรงเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องและการปรับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้

2.5 การติดตามการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลอนามัยชุมชนกับครอบครัว หรือ ผู้ป่วยที่บ้านโดยปฏิบัติในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยในบ้าน การ แก้ไขและป้องกันความพิการต่างๆ ตลอดจนช่วยให้จัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสมกับ ความพิการนั้นๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีการให้คำนิยามของ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่แตกต่างกันไปส่วนใหญ่มักใช้คำนี้ ใกล้เคียงกับคำว่า การดูแลที่บ้าน (Home care) (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) Home Health Care มุ่งการให้บริการ รักษาพยาบาล พินฟูสมรรถภาพและการสาธารณสุขมูลฐาน ให้แก่ประชาชนผู้เจ็บป่วยที่บ้านพร้อมทั้ง การติดตามดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนแต่ละครอบครัว เพื่อให้ดูแลตนเองและครอบครัวที่ประสบ ภาวะเจ็บป่วย หรือมีโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องได้มาตรฐาน ทั้งนี้ การดำเนินงานอาศัยหลักการทฤษฎีการ ดูแลตนเองด้านสุขภาพและทฤษฎีสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2543)

การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการ เต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่งๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาลหรือส่งต่อการมอบหมายให้ หน่วยงานหรือแผนกต่างๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมิน ความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกินน้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินใน บ้าน เป็นต้น (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2545)

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแล สุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบแพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้ (สายพิน หัตถ์รัตน์, 2545)

2.5.1 วัตถุประสงค์ของการดูแลที่บ้าน (เพลินพิศ วิยะทัศน์, 2542)

2.5.1.1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยอย่างเต็มภาคภูมิ โดยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การเลือกปฏิบัติตนเองเมื่อเกิดโรค หรือให้ปลอดภัยจากโรค จากทีมงานสาธารณสุข

2.5.1.2 ฝึกและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรง และยังไม่ถึงขีดอันตราย ให้ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง และครอบครัว ภายใต้การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสามารถติดต่อถึงกันได้ตลอดเวลา

2.5.1.3 ฝึกและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พิการหรือมีโรคเรื้อรัง ที่มีอวัยวะบางส่วนสูญเสียหน้าที่ให้สามารถใช้อวัยวะส่วนที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง

2.5.1.4 การดำเนินงานโครงการ จะช่วยในด้านความรู้สึกและจิตใจของผู้ป่วยและประชาชนได้มาก ความรู้สึกของผู้ป่วยจะเป็นในด้านความมั่นคงของจิตใจ รู้สึกว่ามีคนเป็นห่วงเอาใจใส่ มีเพื่อนที่จะปรึกษาได้ตลอดเวลา

2.5.1.5 ลดจำนวนผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

2.5.1.6 ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชาชนในชุมชนได้

2.5.1.7 ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะได้ใกล้ชิดครอบครัวในยามเจ็บป่วย

2.5.1.8 จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้านที่เป็นลักษณะพิเศษ (สายพิน หัตถ์รัตน์, 2545)

- 1) ไม่ได้ไปเยี่ยมทุกบ้านเพื่อทักทายทั่วๆ ไปเหมือนการหาเสียงของนักการเมือง
- 2) ไม่ได้ไปเยี่ยมเพื่อสำรวจทะเบียนราษฎรสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัวเป็นแฟ้มๆ แล้วเก็บไว้บนหิ้ง
- 3) ไม่ได้ไปตรวจเยี่ยมความสะอาดถูกสุขอนามัยของบ้าน หรือจับผิดให้เจ้าของบ้านต้องเปลี่ยนนั่นเปลี่ยนนี่ตามมองเห็นสมควร
- 4) ไม่ได้ไปแจกยาหรือผลิตภัณฑ์ฟรีให้ผู้ป่วย แต่ให้ใช้สิทธิการรักษาตามปกติ
- 5) ไม่ได้ไปเยี่ยมเพื่อเป็นบุญคุณ ไม่ได้ไปเป็นเจ้านาย แต่ไปเป็นแขก เพื่อจะได้รับความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยเป็น “เจ้าของ” บ้าน เจ้าของชีวิต และเจ้าของสุขภาพ ส่วนแพทย์และทีมงานเป็นเพียง “แขก” ในชีวิตของเขา ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

จากวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุนแนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ดูแลตนเองและครอบครัวที่ประสพภาวะเจ็บป่วย หรือมีโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องได้มาตรฐาน จึงไม่ใช้การพยายามจำกัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือพยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือลดภาระงานของแพทย์และพยาบาล

2.5.2 ประเภทของการเยี่ยมบ้าน (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลีมิตรกุล, 2538 อ้างในสายพิน หัตถ์รัตน์, 2545)

2.5.2.1 เยี่ยมบ้านคนป่วย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ฉุกฉิน ฉีบบลัน หรือเรื้อรัง

2.5.2.2 เยี่ยมบ้านคนใกล้ตาย เพื่อดูแลความเจ็บป่วยก่อนตาย อยู่เป็นเพื่อนขณะที่ตาย และดูแลญาติจนถึงหลังความตาย

2.5.2.3 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ในรายที่ต้องใช้ยา หรือการรักษาที่ซับซ้อน ในรายที่มาใช้บริการรักษาเกินจำเป็น ในรายที่มารับบริการลำบาก เช่น พิการ ถูกสังคมรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น

2.5.2.4 เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล เช่น ในรายที่เพิ่งคลอดบุตร หลังการผ่าตัด หรืออุบัติเหตุ เป็นต้น

2.5.3 ระดับของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (รุจา ภูโพบูลย์, 2537)

การให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน แบ่งได้เป็นหลายระดับ ขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการในกรณีที่มีปัญหารุนแรง ซับซ้อน จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด มีการเยี่ยมชมผู้ป่วยบ่อยกว่าในระยะที่มีปัญหาสุขภาพไม่รุนแรง) แบ่งระดับการดูแลที่บ้านสำหรับพยาบาลได้ 3 ระดับ คือ

2.5.3.1 การดูแลที่บ้านระดับเฉพาะทาง (Intensive skill home care) เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทาง โดยเฉพาะในระยะป่วยรุนแรง ช่วงแรกอาจจำเป็นต้องเยี่ยม 2-3 ครั้งต่อวัน และการดูแลอาจรวมถึงการพยาบาลที่ต้องใช้เทคนิคเฉพาะ มีการสังเกตอาการในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในระยะนี้อาจมีระยะเวลา 1 เดือนโดยประมาณหรือน้อยกว่า

2.5.3.2 การดูแลที่บ้านระดับปานกลาง (Intermediate home care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลางที่มีความต้องการการดูแลเฉพาะทางน้อยกว่าในระดับแรก อาจมีการเยี่ยมใช้ในการดูแลทุก 1-2 อาทิตย์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้จะค่อยๆ มีอาการดีขึ้นและหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ แต่การเปลี่ยนแปลงจะค่อนข้างช้า อาการทั่วไปจะดีขึ้นอย่างช้าๆ และระยะเวลาในการดูแลอาจเป็นเวลาหลายเดือน

2.5.3.3 การดูแลที่บ้านระดับรักษาสภาพ (Maintenance home care) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับนี้เป็นผู้มีภาวะสุขภาพคงที่ แต่ยังคงต้องการดูแลบ้างเป็นครั้งคราว การให้การดูแลเน้นที่การติดตามและการให้สุขศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแลจากบุคคลอื่นในเรื่องความสะอาดบ้าน การจัดเตรียมอาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นผู้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป บทบาทและหน้าที่ของทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.5.4 วิธีปฏิบัติเมื่อต้องไปเยี่ยมบ้าน สายพิน ทัตถิรัตน์ (2545)

2.5.4.1 การวางแผน (Plan) ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านว่าจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่ออะไรบ้าง จะทำอะไรบ้างที่บ้าน คาดว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ถ้าไม่เป็นดังคาดจะมีแผนรองรับอย่างไร ต้องเตรียมข้อมูล แผ่นพับสุขศึกษา แผ่นที่บ้าน และอุปกรณ์อะไรไปบ้าง เมื่อกลับจากเยี่ยมบ้านต้องสรุปและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นตามแผนหรือไม่อย่างไร รวมทั้งวางแผนการดำเนินการต่อไป จะต้องไปเยี่ยมอีกหรือไม่ เมื่อใดต้องติดต่อประสานงานกับใครอื่นอีกบ้างจะเลิกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยรายนั้นๆ เมื่อใด

2.5.4.2 แม่นยำในหลักการ (Medical management) ในที่นี้คือหลักการในวิชาชีพการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน แพทย์กับพยาบาลก็ทำหน้าที่ไม่เหมือนกันเช่นกัน แพทย์ยังคงปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาลก็ปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล แต่ละวิชาชีพต่างก็มีทักษะเฉพาะในการปฏิบัติงานที่เป็นเอกลักษณ์ ไม่สามารถทำแทนกันได้อย่างสมบูรณ์แบบ

2.5.4.3 ไม่ระรานความสงบสุข (Identification of patient's needs) อย่าไปถามเขามีท่าทีไม่สบายใจหรือไม่สะดวก ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกันเสียก่อนหรือหาข้อมูลแวดล้อมด้วยวิธีอื่น อย่างดูใจเข้าไปเยี่ยมบ้านถึงแม้ว่าอยากเข้าไปดูสถานการณ์ภายในบ้านนั้นเต็มประดา

2.5.4.4 จัดทุกขให้เป็นระยะๆ (Continuing patient centered care) การดูแลทั้งโรคและความเจ็บป่วยไปควบคู่กัน ควรกระทำต่อเนื่องทุกครั้งที่ไปเยี่ยม มากน้อยแล้วแต่โอกาส

2.5.4.5 พบปะเมื่อต้องการ (Participation and family conference) ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.5.4.6 อย่าอยู่นานถ้าไม่จำเป็น (Eventuation of quality of care) การเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง การอยู่นานเกินไปอาจทำให้ลืมหืมเป้าหมายของการไปเยี่ยมบ้านในรายนั้นๆ

2.5.4.7 เน้นสร้างเสริมและป้องกัน (Risk evaluation and Health promotion) ต้องช่างสังเกตว่าสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสมาชิกในบ้านมีอะไรบ้างที่เป็นข้อดีในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ต้องชื่นชมและแสดงออกให้สมาชิกในบ้านนั้น ๆ ทราบ ถ้ามีอะไรที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพ ควรไตร่ตรองก่อนการนำว่าถึงเวลาที่ควรจะแนะนำแล้วหรือยัง

2.5.4.8 พลิกผันตามสถานการณ์ (Reassessment of care plan) อาจต้องเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาทุกครั้งที่เป็นไปประเมิน

2.5.4.9 ร่วมประสานกันเป็นทีม (Teamwork) รูปแบบการเยี่ยมบ้านก็ให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ไม่ทำอย่างเอิกเกริก

2.5.5 แนวทางการสร้างบรรยากาศเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีอิสระและความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ (กมลวรรณ คัมภีร์และคณะ, 2543)

2.5.5.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง โดยการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองต่างๆ ไป เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย ออกกำลังกาย พักผ่อน ควบคุมอารมณ์

2.5.5.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยพิจารณาและตัดสินใจในแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

2.5.5.3 ดำรงไว้ซึ่งความมีอำนาจแห่งตน อำนาจเป็นพลังที่สำคัญของคนเราเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างผาสุก ให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกตัดสินใจหรือปฏิเสธได้ การรักษาการรับประทานอาหาร

2.5.5.4 ส่งเสริมให้รับรู้ถึงควมมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยดำรงความรู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตัวเอง ให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขามีความสำคัญต่อผู้อื่น เช่น ก่อนให้การพยาบาลควรชี้แจงเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบเสียก่อน สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการติดเตียงด้วยอารมณ์

2.5.5.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการปรนนิบัติหรือทำให้เขาเชื่อว่ามีคนรักเอาใจใส่และให้รู้คุณค่า ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่น มั่นคงในครอบครัว พ่อ-แม่ สามี ภรรยา ลูก รองลงมาคือเครือญาติ เพื่อนสนิท แพทย์ พยาบาล ชมรมหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนกระทำดังนี้

1) ให้การประคับประคองด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ มีกำลังใจ ความห่วงใยเอาใจใส่

2) การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และข้อมูลป้อนกลับ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา

3) การให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เวชภัณฑ์ และอำนวยความสะดวกต่างๆ ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เยี่ยมที่จะสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือครอบครัวให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของบุคคล ครอบครัว เพราะฉะนั้นการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเพื่อการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการให้การช่วยเหลือ การดำเนินกิจกรรมตามแผน และการประเมินผลการปฏิบัติเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษา

สุขภาพที่ดีได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวความคิดการเยี่ยมบ้านมาร่วมใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากการเยี่ยมบ้านจะทำให้สามารถสังเกตถึงสิ่งแวดล้อมของครอบครัว บริบทของครอบครัวที่แท้จริง ครอบครัวเกิดความไว้วางใจให้ข้อมูลที่เป็นจริง ทำให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เพราะกระทำกิจกรรมในสถานที่ที่ตนเองคุ้นเคย ซึ่งจะทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.6 กระบวนการกลุ่ม (GROUP PROCESS)

โดยธรรมชาติมนุษย์จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ครอบครัวถือได้ว่าเป็นกลุ่มแรกที่มีมนุษย์เป็นสมาชิก และต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่างๆตลอดเวลา การรับรู้และปฏิบัติการตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่และมีอยู่

2.6.1 ความหมายของกลุ่ม (ทัศนีย์ ต้นทวิวงศ์, 2540) ได้ให้ไว้ ดังนี้

กลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.6.1.1 มีวัตถุประสงค์ และจุดมุ่งหมายร่วมกัน

2.6.1.2 มีความเกี่ยวข้องต่อกันกับบุคคล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

2.6.1.3 มีการคำนึงถึงคนอื่นที่ก่อแบบแผนพฤติกรรมทางสังคมเน้นหน้าที่และ

บทบาทต่างๆ

2.6.1.4 ยอมรับความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ กิจกรรม(Activities) ความเกี่ยวข้องกัน (Interactions) ความรู้สึกที่มีต่อกันหรือชอบพอกัน (Sentiment) กระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำการใดสิ่งหนึ่งร่วมกันเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ สมาชิกกลุ่มจะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค้นหาและพบวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน

ในทางจิตวิทยาพบว่า “กลุ่ม” มีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคล โดยเฉพาะในด้านของความคิดและการปฏิบัติ ทั้งกลุ่มครอบครัว และสังคม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามที่กลุ่มต้องการสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (Self Awareness) โดยที่บุคคลจะได้มีการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาช่วยให้เกิดการเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดีและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.6.2 ชนิดของกลุ่ม

ทัศนีย์ ต้นทิววงศ์ (2540) ได้ทำการทดลองแบ่งกลุ่มตามจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มและกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่

2.6.2.1 กลุ่มประคับประคอง (Support Group) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 4-12 คน มาพบกันเดือนละ 1 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยสมาชิกจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตัวเองในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น

2.6.2.2 กลุ่มเรียนรู้ (Educational Group) จัดตั้งกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียนรู้จากการดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร กลุ่มผู้พิการที่เรียนรู้วิธีการใช้เครื่องช่วยต่างๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง

2.6.2.3 กลุ่มแสดงความคิดเห็น (Discussion Group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อ หรือสิ่งที่น่าสนใจมากกว่าความรู้สึกส่วนตัว

2.6.2.4 กลุ่มเฉพาะกิจ (Task Group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อกระทำกิจกรรมบางอย่างโดยมีจุดประสงค์เฉพาะและชัดเจน เช่น ชาวบ้านช่วยกันแก้ปัญหามอยในหมู่บ้าน

2.6.2.5 กลุ่มพัฒนา (Growth Group or Experiential Group) เป็นกลุ่มที่สมาชิกเข้าร่วมเพื่อเรียนรู้และพัฒนาตนเอง โดยสมาชิกในกลุ่มสำรวจและพัฒนาตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น รับรู้ถึงความรู้สึกตนเองและผู้อื่น

2.6.2.6 กลุ่มบำบัด (Therapy Group) จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มพัฒนา และกลุ่มประคับประคองแต่ผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทต่างออกไป โดยที่กลุ่มนี้จะเป็นผู้ให้ความรู้อำนวยความสะดวก เพื่อทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

2.6.2.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Group) เป็นกลุ่มที่เกิดจากบุคคลที่มีลักษณะเดียวกันมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา โดยสมาชิกจะเป็นผู้นำกลุ่มและมีเป็นที่ยอมรับของกลุ่มในการจัดตั้งกลุ่มดังกล่าว

2.6.3 ชนิดของกลุ่มตามคุณลักษณะ

2.6.3.1 กลุ่มเน้นการทำงาน (Task Group) มีเป้าหมายของงานชัดเจน โดยได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

2.6.3.2 กลุ่มรู้จักตนเอง (Self Awareness) โดยการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมมีวัตถุประสงค์กว้างขวาง

2.6.3.3 กลุ่มบำบัด (Therapy Group) เป็นการปรับปรุงการรับรู้ของสมาชิกเพื่อให้เข้าใจตนเอง พอใจกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แก้ไขภาวะเครียด ปรับปรุงบุคลิกภาพให้เหมาะสม

2.6.3.4 กลุ่มทางสังคม (Social Group) เน้นหนักทางการ การผ่อนคลาย โดยมีความสุขร่วมกันรู้จักสถานการณ์ในสังคม และมีเพื่อนที่มั่นคง ปัจจุบันมีแนวคิดรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยการนำเอาแนวคิดการจัดกิจกรรมกลุ่มมาใช้เป็นกลวิธีที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เน้นการสร้างให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันของสมาชิก ให้เกิดแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนแนวคิด เจตคติ ให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามที่มุ่งหวังได้

2.6.4 วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่ม

จากแนวคิดกระบวนการกลุ่มจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มการแสดงบทบาทของสมาชิกเพื่อให้กลุ่มสามารถก้าวสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยมีองค์ประกอบของกลุ่มเช่น บรรทัดฐานของกลุ่มคือแนวทางการแสดงออก คำพูด พฤติกรรม เจตคติ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของสมาชิก และแรงยึดเหนี่ยวของกลุ่ม (Group Cohesiveness) เป็นกำลังใจในการแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน การใช้กิจกรรมกลุ่มมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และเพื่อแก้ไขสิ่งที่บุคคลเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการรับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาล้ำลายกันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพมากขึ้น

วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการในกลุ่มย่อย วิธีการให้ความรู้ในกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาด้านเจตคติ ความรู้ความเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและการที่บุคคลซึ่งมีประสบการณ์มาก่อนได้แสดงความรู้ความคิดเห็นเป็นกลุ่มย่อยนั้น ไม่ใช่เพื่อการอภิปรายเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วย เป็นการจัดให้ผู้มีปัญหาหรือมีความสนใจคล้ายๆ กันมารวมกัน แล้วผู้สอนเนื้อหาวิชาได้ให้มีการอภิปรายซักถามหรือการจัดแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อเป็นแนวฝึกการซักซ้อมทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เหล่านี้ เป็นต้น

หลักการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในกลุ่ม เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ หรืออาจใช้เพื่อปรับปรุงตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ผลที่พึงได้จากการ

เรียนรู้แบบกลุ่มนั้นได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความรู้สึกในด้านต่างๆ จากการเรียนรู้ สภาพความเป็นไปของบุคคลในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ในแง่ต่างๆ มีโอกาสในการพัฒนาด้านอารมณ์ และสังคมอย่างเต็มที่นอกจากนี้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเอง มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี เช่น การยอมรับผู้อื่น การได้แสดงออก ได้ฝึกความ เชื่อมั่นในตนเอง และฝึกนิสัยการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ความจริงใจ ที่สำคัญ คือมีความไว้วางใจกันอย่างแท้จริง ทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตัวเอง และยอมรับในผู้อื่น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับสมาชิก ใน ตอนแรกผู้นำกลุ่มต้องทำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่มโดยผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟังสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงและปลอดภัย จะทำให้ สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าทุกคนต้องต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน กระบวนการ กลุ่มจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากสัมพันธภาพที่ดีในขั้นตอนนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิดของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับตนเองว่ามีปัญหา หาทางแก้ปัญหาลือกรวิธีการแก้ปัญห โดยมิเพื่อนสมาชิกคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้รับโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์นี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่ามากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองและช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญห

ระยะที่ 3 ชั้นปิดกลุ่มหรือระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (The Closing Stage หรือ Final Phase)

ระยะนี้เป็นขั้นที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องทำทุกครั้งที่ปิดกลุ่ม เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกรวบรวมประสบการณ์ สรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกประเมินผลความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรจะได้บอกสมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้แนะให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป และต้องมีการประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือสมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองได้ เป็นต้น

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธีรานี โหมขุนทด (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ธิติสุดา สมเวทีและคณะ (2554) ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (two group pre-test and post-test design) เพื่อศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 68 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดและจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุการศึกษา ระดับความดันโลหิตและกลุ่มยาควบคุมความดันโลหิต สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ปฏิบัติสมาธิโดยวิธีใดๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงนอนพาราเมตริก ผลการวิจัยพบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิธา บุญประดิษฐ์ (2554) ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ 3) พฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ ผลของการวิจัยแสดงการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมณฑนา เหมชะญาติ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน พบว่า ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค

ซึ่งโรคที่พบมากได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59$, $p\text{-value} < .001$) และ 3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ให้กว้างขวางและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรนำสาระสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไปบูรณาการกับการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมนักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ฐิติพร อินศร (2555) ได้ศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลยางชุมน้อยและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2555 เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ($t\text{-test}$) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังพบว่า หลังการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความดันโลหิตในระดับปกติเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติ มีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่เป็นการลดภาวะเครียดและการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถ เฝ้าระวังและจัดกิจกรรมด้วยตนเองในหลากหลายรูปแบบ และมีการผ่อนคลายรวมทั้งเกิดความสุขสนานที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นด้วย

สุวิท พิมพ์ภาค (2555) ได้ศึกษาโปรแกรมความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับแรงจูงใจด้านการออกกำลังกายและอาหาร เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนประทาย อำเภอกุฉินชัย จังหวัด

โยธธร เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน เป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือน มีนาคม พฤษภาคม 2555 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วย Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าโปรแกรมที่ได้จากการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างถูกต้องซึ่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

อัมมร บุญช่วย (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท สุ่มแบบเจาะจงเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ทดสอบ ด้วย t-test ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการ รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจาก การศึกษาระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 110/ 70.67 มิลลิเมตร ปรอท กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.44/95.56 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ไพโรจน์ มะกล้าดำ (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา จำนวน 51 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกำหนดโควต้า ผลการวิจัย มีดังนี้ 1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 15.61$, $p\text{-value} = .000$) 2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมี ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 18.70$, $p\text{-value} = .000$) 3) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความ ดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.38$, $p\text{-value} < 0.001$) และ 4) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความดันโลหิตช่วงบนลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 13.81$, $p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่างลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 14.21$, $p\text{-value} < 0.001$)

สุภาพร มาลีวรรณ (2559) ได้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 46 คน ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน โดยวิธีการจับคู่ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.75 ตามลำดับและค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t - test และ Independent t - test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวดีขึ้น และมีความดันโลหิตลดลง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปใช้ในการให้การพยาบาลและทำวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

พนิดา อารมณ์ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คนซึ่งกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการ

บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการให้ความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเป็นผลจากได้เข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้การพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายแบบเข้าถึงตัว โดยการฝึกทักษะการเข้าฐานการเรียนรู้ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และความร่วมมือในการใช้ยารวมถึงการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่เคยผ่านประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดี ทำให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นและส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในภาวะที่ปกติได้

เมื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อปรับพฤติกรรม และหรือควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีงานวิจัย 6 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในบริบทของชุมชน พบว่ามีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองที่หลากหลาย มีระยะเวลาการดำเนินงานที่ต่างกัน (Bandura, 1977 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การที่บุคคลรับรู้ความสามารถตนเองสามารถกระทำในสิ่งนั้นได้และคาดว่าผลที่เกิดจากการกระทำนั้นเป็นผลดี ก็จะมีพฤติกรรมนั้นออกมา และผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่สามารถระบุได้ว่าการปรับการรับรู้ความสามารถตนเองช่วยควบคุมความดันโลหิต เจนจิรา เขียวอ่อน (2558) แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มทดลองโดยมีการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้ ทั้งหมด 5 แผนการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 – 5 เป็นการสร้างเสริมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับโรค การจัดการความเครียด การสาธิต ทบทวน และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สัปดาห์ 6-7 ทบทวนและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 8 สรุปผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน และรวมทุกด้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีการเสนอตัวแบบ คือคนที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงมาเป็นผู้นำการออกกำลังกายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ (ไพรวลัย อ่อนชาติ, 2556) ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะโดยบุคคลต้นแบบ โดยใช้โมเดล 6 : 6 : 9 (ทำ 6 ชั้น ปรับได้ 6 ด้าน ด้วยปฏิบัติการ 9 ข้อ) โดยใช้ความสามารถในการดูแลตนเองการ

ดำเนินการในขั้นตอนการปฏิบัติงานในการปฏิบัติงาน ติดต่อกัน 5 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ จัดตั้งกลุ่ม โดยส่งเสริมสมรรถนะตนด้วยบุคคลต้นแบบฝึกยุทธวิธี 6:6:9 โมเดลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บอกเรื่องราวและถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยยางยืด รำไม้พลอง แกว่งแขน สาธิตรายการอาหารของผู้ป่วย ฝึกผ่อนคลายจากความเครียด ติดตามเยี่ยมชมการปฏิบัติที่บ้าน การตรวจสอบกระบวนการดำเนินงาน ในสัปดาห์ที่ 6-11 ออกติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีเจ้าหน้าที่รพ.สต.ร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีผลการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ 6 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และดำเนินการในขั้นตอนปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัย พบว่า สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองแยกรายด้าน 6 ด้านและโดยรวม หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่าง ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และสุวิท พิมพภาค (2555) ได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและด้านอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยในสัปดาห์ที่ 1 การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย สาธิตการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วย สาธิตการออกกำลังกายแบบไม้พลองป่าบุญมี การฝึกปฏิบัติในการประกอบอาหารและออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของความสามารถของตนเอง จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในเชิงลบ เชิงบวก จัดอบรมจำนวน 2 วัน ในสัปดาห์ที่ 4 8 และ 12 ทบทวนการสาธิตการประกอบอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายและด้านอาหารมีส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ต่อมาจิตติพร อินทร (2555) ได้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถตนเอง ในจัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง วิธีควบคุมความดันโลหิตด้วยการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกวิธีออกกำลังกายและการลดความเครียดด้วยการฝึกลมหายใจ ชื่นชมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ให้กำลังใจผู้ที่ยังทำไม่ได้ นำตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีมาเล่าประสบการณ์ ทำสำเร็จ เล่าถึงปัญหาอุปสรรค การออกกำลังกายร่วมกันด้วยการประยุกต์ท่าฤๅษีดัดตน และการตั้งเป้าหมายครั้งต่อไปของตนเองและกลุ่ม โดยทำกิจกรรมเช่นเดียวกันติดต่อกัน 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง แต่พบว่าหลังทดลอง 4 สัปดาห์ มีคะแนน

เฉลี่ยน้อยกว่าหลังทดลอง ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง แต่พบว่าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลดลงน้อยกว่าหลังทดลอง ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตความดันโลหิตตัวบนและล่างระดับปกติ (ต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม และพินิตา อวารณ์ (2560) ได้จัดโปรแกรมประยุกต์ใช้การพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 5 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง การจูงใจ (Motivation) มีการจัดกิจกรรมการพูดชักจูงด้วยคำพูด โน้มน้าวและให้ความรู้ ผ่านโครงการ “รู้ทันโรคความดันโลหิตสูง” การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Development Behavior) การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยจัดฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน คือ ฐานที่ 1 ฐานนำเสนอยาโรคความดันโลหิต ฐานที่ 2 ฐานการจัดเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วย ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว การเรียนรู้จากตัวแบบ ผ่านกิจกรรม “หนึ่งเดียวในใจ” จัดกิจกรรม “ระบายใจใส่ความรู้สึก” ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจับกลุ่มเพื่อแต่ละกลุ่มจะได้ระบายความรู้สึกของตนเอง พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อรับฟังปัญหา แสดงความห่วงใย การกระตุ้นเตือนให้กำลังใจและการรับรู้อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม ติดต่อกัน 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับระดับความดันโลหิต ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง อดีสุดา สมเวที และคณะ (2554) ได้จัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก์ต่อ ความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก์ (SKT 7) ที่สร้างขึ้นโดย สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2552) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งประยุกต์จากท่า ไทจีซิงก์ 2 ท่า ประกอบด้วยการนั่งปฏิบัติสมาธิ หลับตาหายใจเข้าช้าๆ แบบลึกทางจมูก มีการหยุดหายใจชั่วขณะโดยนับหนึ่ง สอง สาม หายใจออกยาว ช้าๆทางปาก ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวโดยการขยับฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าช้าๆ นับหนึ่ง สอง สาม ขยับฝ่ามือออกช้าๆ นับหนึ่ง สอง สามขยับมือเข้า ออก เช่นนี้ นับเป็น หนึ่งรอบ ทำ 40 รอบ นั่งอยู่ในท่าเดิมหายใจเข้าปอดลึกๆ นับ 1-5 พร้อมกับค่อยๆยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะคล้ายๆ กับการประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ ข้อศอกงอเล็กน้อยเวลายกแขนขึ้นค่อยๆ ประคองแจกัน ยกมือขึ้นลงเช่นนี้ นับเป็น หนึ่งรอบทำ 40 รอบ ปล่อยแขนมือกลับมาอยู่ในท่าวางข้างลำตัวค่อยๆ สัมผัสขึ้นช้าๆ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก์ก่อนรับประทานอาหาร 30

นาที วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที จำนวน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งกึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งกึ่งและกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งกึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาโดยมีการพัฒนาแผนกิจกรรมแบ่งตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากมีงานวิจัยสนับสนุนว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำกว่า ฐิติพร อินทร (2555) ซึ่งผู้ช่วยความดันโลหิตสูงอาจมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไปไว้ดังนี้ พนิดา อวรณ์ (2560) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยขยายระยะเวลาในการติดตามผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและการลดลงของความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุวิทย์ พิมพ์ภาค (2555) เสนอแนะไว้ว่าควรศึกษาในระยะยาวเพื่อให้ทราบผลกระทบด้านอื่นของผู้ป่วย หากมีการศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากขึ้นจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ฐิติพร อินทร (2555) ก็ได้เสนอแนะไว้ว่าควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดแล้วทุกสัปดาห์เพื่อยืนยันว่าประสิทธิผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้นานเท่าใด เมื่อเวลาผ่านไปเท่าใดแล้วจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่นเดิม และควรมีการศึกษาให้ครบถ้วนทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต โดยทำการทดลองอย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เจนจิรา เขียวอ่อน, 2558) ได้เสนอแนะไว้ว่า ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบถาวร ต้องใช้ระยะเวลานาน ควรมีการตรวจสอบสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูง เช่น หลังการทดลอง 2, 4, 6 และ 8 สัปดาห์และควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ และความยั่งยืนของพฤติกรรม จากข้อเสนอแนะดังกล่าว สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้มีการประเมินผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูงในทุกสัปดาห์ที่ศึกษา และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่จะสามารถนำมาสนับสนุนผลการประเมินพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของความโลหิตได้ อีกทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินพฤติกรรมหลังจากการทดลอง นอกจากนี้ พนิดา อวรณ์ (2560) ยังได้เสนอแนะไว้อีกว่าควรมีการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระยะและ

ต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึก และได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุวิทย์ พิมพ์ภาค (2555) ไว้ว่าควรมีการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่นการติดตามเยี่ยมที่บ้านทุกรายเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึก และได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิต เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยต่อไป ธิติสุดา สมเวที และคณะ (2554) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิ้งต่อความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลอื่น หรือสถานบริการสุขภาพในท้องถิ่นอื่น เพื่อยืนยันผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิ้ง และนำผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงนำมาเปรียบเทียบกัน



ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม

ทฤษฎี	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	พินดา อวารณ์ (2560) และฐิติพร อินศร (2555)	การพูดชักจูงด้วย คำพูดโน้มน้าวการ ดูแลพฤติกรรมตนเอง	หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะต่อ ความร่วมมือในการใช้ยาคีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	พินดา อวารณ์ (2560), เจนจิรา ไพรวลัยย์ อ่อนชาติ (2558), ไพรวลัยย์ อ่อนชาติ (2556), สุวิท พิมพภาค (2555) และ ฐิติพร อินศร (2555)	เสริมสร้างความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการ บรรยายให้ความรู้ โรคความดันโลหิตสูง	พบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติ เจนจิรา ไพรวลัยย์ อ่อน (2558) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลดีในการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไพรวลัยย์ อ่อนชาติ (2556) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย โรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
			สุวิท พิมพภาค (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

ทฤษฎี	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง	พนิดา อวารณ์ (2560), เจริญจิรา (2558) และสุวิทย์ พิมพ์ภาค (2555)	การจัดเมนูอาหาร การเลือกรับประทาน อาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับโรค	หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง	พนิดา อวารณ์ (2560)	การออกกำลังกาย ด้วยวิธีการเดินเร็ว	เงินจิรา เขียวอ่อน (2558) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลดีในการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง	พนิดา อวารณ์ (2560)	การออกกำลังกาย	สุวิทย์ พิมพ์ภาค (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง	พนิดา อวารณ์ (2560)	การออกกำลังกาย ด้วยวิธีการเดินเร็ว	พนิดา อวารณ์ (2560) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง

ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

ทฤษฎี	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)	เจนจิรา เขียวอ่อน (2558) จิตสุดา สมเวทิตินจง โปธิบาล และ ภาวรัตน์ นานาคิลป์ (2554)	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยการใช้สื่อการเรียนรู้แบบเกมคอมพิวเตอร์ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นก่อนการทดลองและตีความกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย (2558) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถของตนเองและสามารถหาข้อสรุปได้ก่อนการทดลองและตีความกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)	พนิดา อารวณ (2560) และเจนจิรา เขียวอ่อน (2558)	การเข้าวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง	พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวซิงค์ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวซิงค์ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)	พนิดา อารวณ (2560) และเจนจิรา เขียวอ่อน (2558)	การเข้าวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง	พบว่า กลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและตีความกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง
	เจนจิรา เขียวอ่อน (2558)		พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองและความสามารถหาข้อสรุปได้ก่อนการทดลองและตีความกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

ทฤษฎี	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	เจนจิรา เขียวอ่อน (2558)	สัปดาห์ที่ 8 ทบพวน เจนจิรา เขียวอ่อน	หลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้/การปฏิบัติตัวเฉลี่ย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองและเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ความคาดหวังผลดีในการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มสูง การเลือกรับประทาน ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สุวิท พิมพ์ภาค (2555)	อาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการกำลังกาย และกิจกรรม ความเครียด	สุวิท พิมพ์ภาค (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ทบพวน การสาริธการ ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม ประกอบอาหารและการ ออกกำลังกายมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	พนิดา อารมณ์ (2560), ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556)	เรียนรู้ตัว สร้างต้นแบบ แบบจากตัวแบบจริงและ ชมวีดิทัศน์ ซึ่งชมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง	พนิดา อารมณ์ (2560) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะ สุขภาพดีเพิ่มขึ้น ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคีต่ำกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สุวิท พิมพ์ภาค (2555) และ	ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556) และ	ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความ สามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

ทฤษฎี	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	จิตพิพร อินทร (2555)		นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
			สุวิท พิมพภาค (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
			จิตพิพร อินทร (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่กลุ่มควบคุมที่ ได้รับการรักษาปกติ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (Bandura, 1997)	พนิดา อวารณ์ (2560), สุวิท พิมพภาค (2555) และ จิตพิพร อินทร (2555)	การกระตุ้นทางสภาวะ ร่างกายและอารมณ์ การ เขียนระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายกลุ่ม	พนิดา อวารณ์ (2560) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความเต็มใจให้ทดลอง สุวิท พิมพภาค (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
			จิตพิพร อินทร (2555) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 2.13 การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

ทฤษฎี	งานวิจัยเกี่ยวข้อง	กิจกรรม	ผลการทดลองงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
แรงสนับสนุนทางสังคม (House,1981)	พนิดา อวารณ์ (2560) และ ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556)	การติดตามเยี่ยมบ้าน และ พร้อมทั้งใจให้กำลังใจ คำแนะนำ ในการปฏิบัติ เกี่ยวกับ การ เลือ ก รับประทานอาหาร การพักผ่อนร่างกาย ออกกำลังกาย ควบคู่กัน การ เฝ้ามองความเครียด ที่ถูกต้อง เข้มงวดมากขึ้น	และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่กลุ่มควบคุมที่ ได้รับการรักษาปกติ พนิดา อวารณ์ (2560) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความสามารถในการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
แรงสนับสนุนทางสังคม (House,1981)	พนิดา อวารณ์ (2560)	มอบเกียรติบัตรแก่ผู้ลด ระดับความดันโลหิตได้	พนิดา อวารณ์ (2560) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความดันโลหิตลดลง

ตาราง 2.14 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	intervention
<p>การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>แนะนำการเข้ารับการตรวจภาวะแทรกซ้อน 1 ครั้ง</p> <p>การให้ความรู้การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>การชักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่</p> <p>ให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>แนะนำการเข้ารับการตรวจภาวะแทรกซ้อน 1 ครั้ง</p> <p>การให้ความรู้การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>การชักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่</p> <p>กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ การเกิดโรค ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความดันโลหิต</p> <p>กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการทดลอง ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรมทุก</p> <p>การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ</p> <p>การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว</p>

ตาราง 2.14 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

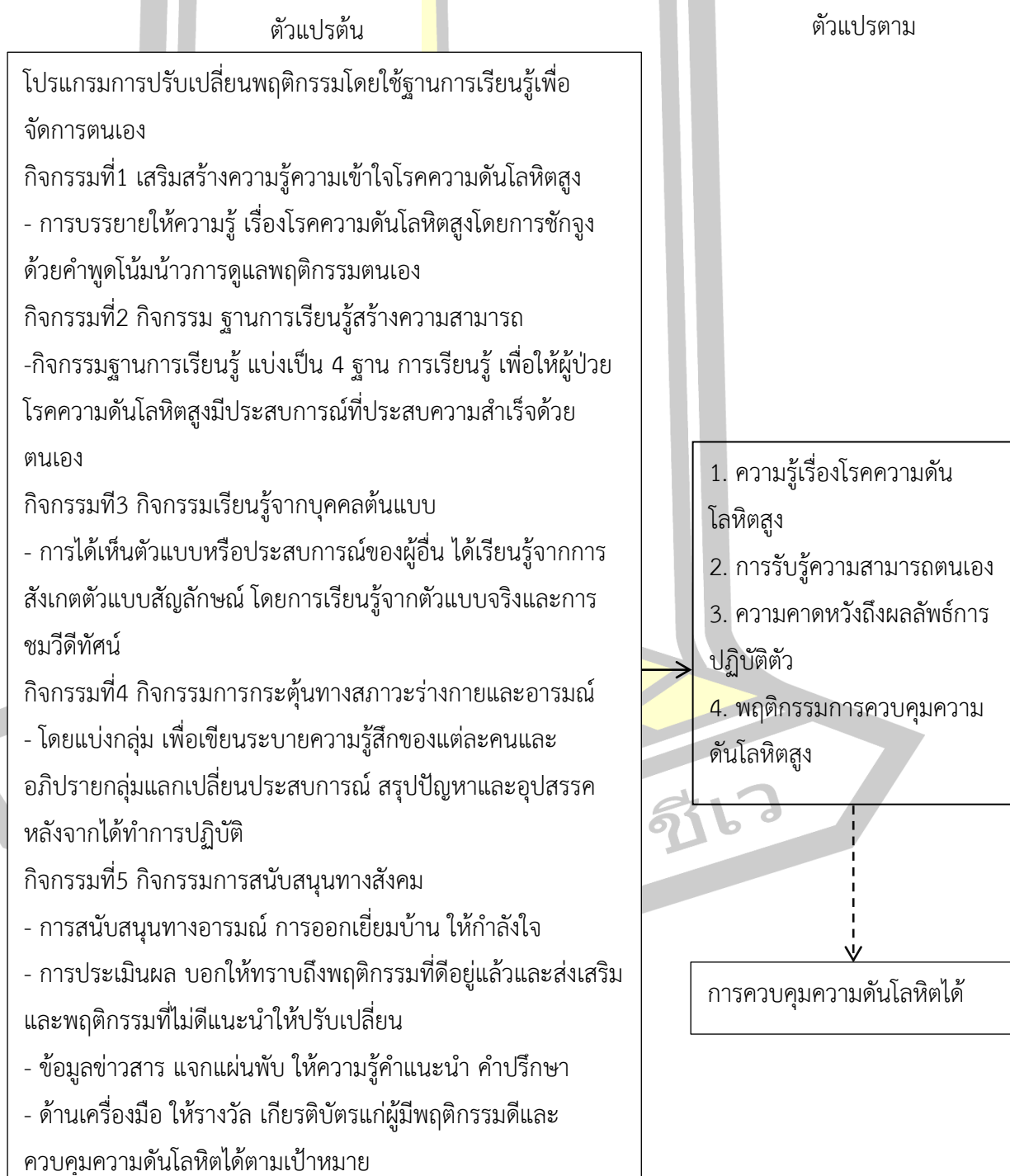
กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	intervention
<p>แนะนำผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง</p>		<p>การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และ สวัสดิ์ การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วย โดยการ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิง (SKT7) การให้ความรู้การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่ เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา ปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ เวลาที่ใช้ การเก็บรักษา</p>
<p>แนะนำผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง</p>	<p>แนะนำผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมการพูดคุยกลุ่มคำพูด การพูดโน้มน้าวให้เห็น ข้อดีของการปฏิบัติตัว กิจกรรมเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ คือ การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งได้เรียนรู้จากการสังเกตตัว แบบสัญลักษณ์ ตัวแบบจริง มีจัดกลุ่มตัวอย่างให้ได้พูดคุย ถ่ายทอด ประสบการณ์ของการปฏิบัติตัวและการชม วัลที่ต้นเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วย</p>

ตาราง 2.14 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	intervention
<p>การติดตามการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยควบคุม BP ไม่ได้ (BP140/90 –179/109 mmHg) ทุก 2 สัปดาห์</p> <p>การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด</p>	<p>การติดตามการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยควบคุม BP ไม่ได้ (BP140/90 –179/109 mmHg) ทุก 2 สัปดาห์</p> <p>การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด</p>	<p>กิจกรรมการกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งกลุ่ม เพื่อเขียนระบายความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อมานำเสนอหาข้อสรุปสิ่งที่ได้ และการส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยควบคุมโลหิตสูงทุก สัปดาห์ นอกจกจากสัปดาห์ที่ผู้ป่วยมารวมกิจกรรมที่รพ.สต.</p> <p>การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัดและนัดมีการทำกิจกรรมครั้งต่อไป</p>

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดตัวแปรควบคุมของกลุ่มของตัวอย่าง เพื่อเกิดผลกระทบต่อการศึกษาวิจัย ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความเจ็บป่วยที่พบร่วม ระดับความดันโลหิต การมาตรวจตามนัด ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคโลหิตสูง



ภาพประกอบ 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างและตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 สิ่งทดลอง (Intervention)
- 3.6 การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test – Post-test Design) คือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด การรวบรวมข้อมูลตัวแปรในงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มโดยกำหนดรายละเอียดและขั้นตอนการศึกษาดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	_____	O2
กลุ่มเปรียบเทียบ	O3	_____	O4

ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนการทดลอง

O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

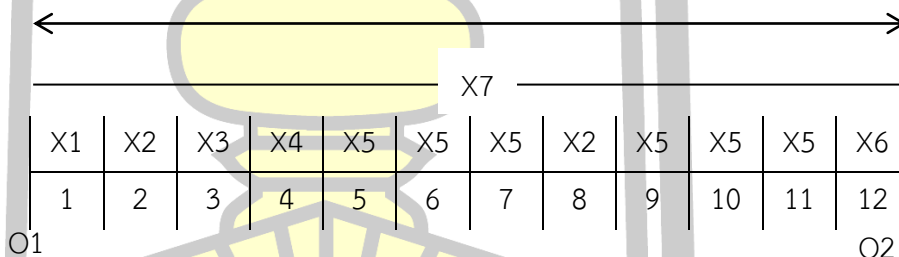
X หมายถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลอง ได้รับการบริการปกติของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

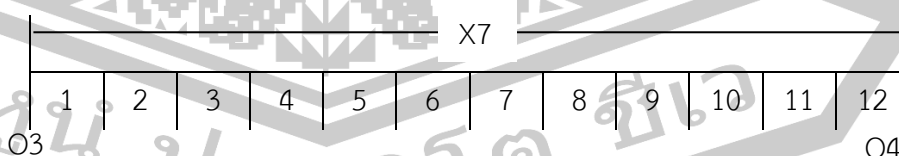
สัปดาห์ที่



กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่



ภาพประกอบ 3.2 แผนภาพขั้นตอนรูปแบบการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

O1 และ O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนทำการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง และการประเมินสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต

O2 และ O4 หมายถึง หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังทำการทดลอง 12 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มโดยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และการประเมินสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต

X1 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 คือ การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่มทดลอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ผ่านกิจกรรมการพูดคุยถึงด้วยคำพูด การพูดโน้มน้าวให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติตัว การแจกคู่มือ สมุดบันทึก และแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ กิจกรรมฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐาน การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ประกอบด้วย ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ ฐานที่ 2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาธิต การฝึกปฏิบัติการการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฐานที่ 4 ฐานเรียนรู้วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา

X2 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 2 คือ ทบทวนกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 4 ฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วย ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ ฐานที่ 2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด สาธิต การฝึกปฏิบัติการการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฐานที่ 4 ฐานเรียนรู้วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา

X3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสร้างตัวแบบ คือ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้ได้เรียนรู้จากการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยเชิญผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการปฏิบัติตัวดี ควบคุมความดันได้ดีมานาน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการพูดคุย ถ่ายทอดประสบการณ์ของการปฏิบัติตน จำนวน 2 คน แก่กลุ่มตัวอย่างและการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ คือการชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

X4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งกลุ่ม เพื่อเขียนระบายความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพลงในกระดาษแล้วสรุปเป็นของของกลุ่ม เพื่อมานำเสนอ เป็นภาพรวมของทุกคนเพื่อที่จะหาข้อสรุปสิ่งที่ดี และการส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิต

X5 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การวัดความดันโลหิตและให้ข้อมูลย้อนกลับ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผลการบันทึกการปฏิบัติตัวแต่ละวันในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

X6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดสรุปบทเรียนให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหาเรื่องพฤติกรรมด้านบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป การมอบเกียรติบัตร รางวัลแก่ผู้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการประเมินภาวะสุขภาพ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง, BMI, วัดความดันโลหิต, รอบเอว และแจ้งการสิ้นสุดการทำวิจัย

X7 หมายถึง การบริการปกติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยการสุ่มรายชื่อที่ผ่านเกณฑ์คัด
เข้าดังนี้

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคระจำ
ตัวหลัก
2. รับประทานควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ Hydrochlorothiazide, Atenolol, Propanolol, Enalapril, Amlodipine และ Losartan
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย เป็นต้น และไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลได้

5. มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

6. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม
3. แพทย์ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ออกจาก
พื้นที่การวิจัย
4. ผู้ป่วยที่รับประทานยาอื่นที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงยาที่อาจทำให้ความดันเลือดสูง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาขยายหลอดเลือด ยาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วนกลุ่มแอมเฟตามีน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544)

3.2.2.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรดังนี้ (อรุณ จิรวัดมนกุล, 2551)

$$n / \text{group} = \frac{2 \sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างของกลุ่ม

 σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

 Z_α = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$, $Z_\alpha = 1.64$ Z_β = กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ 90% ความแม่นยำ $\beta = 0.1$ ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$ μ_1 = ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองกลุ่มทดลอง = 40.35 μ_2 = ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองกลุ่มเปรียบเทียบ
= 38.26

การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้มีการศึกษานำร่อง (Preliminary) เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระยะเวลา จึงใช้ผลการศึกษาของ (ปราณี ลอยหา, 2550) ที่ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง แนวคิดและทฤษฎี และกลุ่มตัวอย่างคล้ายกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่ม เปรียบเทียบ 31 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.42 และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 38.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.53 จะได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าว นำมาหาค่าแปรปรวนร่วม (Pool variance) หรือ σ^2

จากสูตร

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1) Sd_1^2 + (n_2 - 1) Sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

เมื่อ

 n_1 = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง (31 คน) n_2 = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ (31 คน) Sd_1^2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง (3.42) Sd_2^2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มเปรียบเทียบ (2.53)

แทนค่าในสูตร

$$\sigma^2 = \frac{(31 - 1)(3.42)^2 + (31 - 1)(2.53)^2}{(31 + 31) - 2}$$

$$\sigma^2 = \frac{(31 - 1)(11.6964) + (31 - 1)(6.4009)}{60}$$

$$\sigma^2 = \frac{350.892 + 192.027}{60}$$

$$\sigma^2 = 9.04865$$

จากสูตร n / group = $\frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$

แทนค่าในสูตร n / group = $\frac{2(9.04865)(1.64+1.28)^2}{(40.35-38.26)^2}$

$$= \frac{18.0973(8.5264)}{(2.09)^2}$$

$$= \frac{154.304819}{4.3681}$$

$$= 35.325 \approx 36$$

ในการศึกษานี้ คำนวณขนาดตัวอย่างออกมาได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 36 คน เนื่องจาก เป็นฤดูที่เว้นจากการทำนาอาจมีการย้ายไปทำงานที่อื่น อาจเป็นสาเหตุทำให้ออกจากการศึกษาได้ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อลดโอกาสอันเกิดจากการสูญหาย หรือ ถอนตัว (Drop out) ขณะให้กิจกรรมตลอดการศึกษา ร้อยละ 10 จึงใช้สูตรเพื่อ คำนวณปรับขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2551) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียชีวิตจากการติดตาม

ได้ $n = 36$, $R = 0.10$

แทนค่าในสูตร

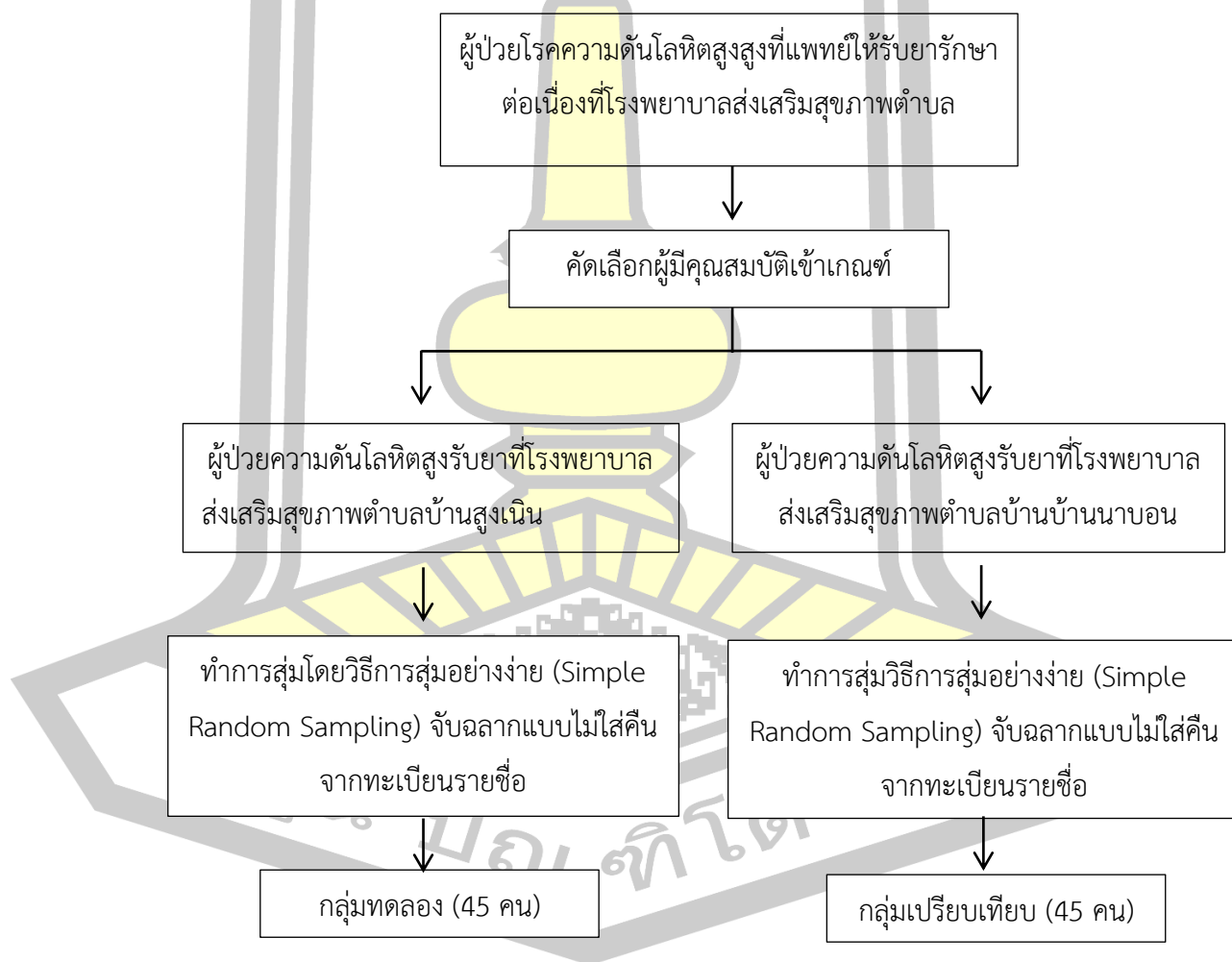
$$n_{adj} = \frac{36}{(1 - 0.10)^2}$$

$$= 44.44$$

$$= 45 \text{ คน}$$

สรุป ขนาดตัวอย่างหลังได้ปรับเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายแล้ว ได้ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
กลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 45 คน รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
ทั้งสิ้น 90 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ภาพประกอบ 3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลการ (BMI) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใดมากที่สุด ท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใดมากที่สุด และท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

ส่วนที่ 1.2 ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความเจ็บป่วยที่พบร่วม ระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน) ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือไม่ และบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ 18 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว มีทั้งหมด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ถ้าตอบ ใช่ หมายถึง ตอบถูกต้องกับข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าตอบ ไม่ใช่ หมายถึง ตอบผิดกับข้อความนั้น ให้คะแนน 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ถ้าตอบ ใช่ หมายถึง ตอบผิดกับข้อความนั้น ให้คะแนน 0 คะแนน

ถ้าตอบ ไม่ใช่ หมายถึง ตอบถูกต้องกับข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

แบบทดสอบข้อความเชิงบวก 13 จำนวน ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,10,11,12,

13,15,16

แบบทดสอบข้อความเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 8,9,14,17,18

การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Leaning for Mastery ของ Bloom (1971 อ้างถึงใน ศุภสวัสดิ์รุจิรวรรณ, 2560) คำนวณเป็นร้อยละ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความรู้ดี	คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	(15-18 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60 – 79	(11-14 คะแนน)
ระดับความรู้ไม่ดี	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	(0-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต จำนวน 24 ข้อ สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์จากการวัดทัศนคติของ ลิเคิร์ต (Likert's Scale) มี 3 สเกล คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามข้อความเชิงบวก 18 จำนวน ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,11,12,13, 14, 5,16,17,18,19,22,24

แบบสอบถามข้อความเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 8,9,10,20,21,23

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก	คะแนน	ข้อความเชิงลบ	คะแนน
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2	ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1	ไม่เห็นด้วย	3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก/ความเห็นคิดเห็นของตนเอง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคมีบางส่วนอาจจะตรงหรือไม่ตรงบ้างกับความรู้สึกและความคิดเห็น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของตนเอง

การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (Best. 1977 อ้างถึงใน ขวัญใจ สุกรนนท์, 2555) ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

จำนวนชั้น

$$\text{ได้เท่ากับ} = \frac{3 - 1}{3} \\ = 0.66$$

โดยมีเกณฑ์ระดับการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีการรับรู้ในระดับดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00
มีการรับรู้ในระดับปานกลาง	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33
มีการรับรู้ในระดับไม่ดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต จำนวน 18 ข้อ สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์จากการวัดทัศนคติของ ลิเคิร์ท (Likert's Scale) มี 3 สเกล คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามข้อความเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

แบบสอบถามข้อความเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 5

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก	คะแนน	ข้อความเชิงลบ	คะแนน
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2	ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1	ไม่เห็นด้วย	1

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก/ความเห็นของตนเอง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคมีบางส่วนอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก/ความเห็นของตนเอง

การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (Best. 1977 อ้างถึงใน ขวัญใจ ศุภรณันท์, 2555) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ได้เท่ากับ} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

โดยมีเกณฑ์ระดับความคาดหวัง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความคาดหวังในระดับดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00
มีความคาดหวังในระดับปานกลาง	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33
มีความคาดหวังในระดับไม่ดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 16 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ และด้านการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด จำนวน 8 ข้อ รวม 45 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามข้อความเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ 5,6,11,15,16,17,18,19,20, 21,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,36,37,38,39,40,41,45

แบบสอบถามข้อความเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,7,8,9,10,12,13,14, 22,34,35,42,43,44

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือมากกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามข้อความนั้น 1 – 3 ครั้ง / สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น Best. 1977 อ้างถึงใน ขวัญใจ ศุภรณันท์, 2555) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ได้เท่ากับ} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

โดยมีเกณฑ์ระดับพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีพฤติกรรมในระดับดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00
มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33
มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี	คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 5 การบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ

5.1 ความดันโลหิต มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท เครื่องมือที่ใช้ตรวจ ได้แก่ เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลชนิดตั้งโต๊ะ

การวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลชนิดตั้งโต๊ะทุกครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อนวัดความดันโลหิต 30 นาที วางแขนได้สะดวกมีโต๊ะสำหรับวางเครื่องวัดและปลอกสวมแขน เมื่อทำการวัดให้สวมปลอกสวมแขนอยู่เหนือศอก 2 ซม. ใช้แขนข้างซ้ายในการตรวจวัดทุกครั้ง ทำการวัดทั้งหมด 2 ครั้งระยะเวลาห่างกันที่ 2 นาที หากการวัดครั้งที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างกับครั้งแรกเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการวัดครั้งที่ 3 ซ้ำ โดยพิจารณาหาค่าเฉลี่ย (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2556) ถ้าความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทให้ผู้ป่วยนั่งพักอย่างน้อย 15 นาทีและวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้ง

5.2 น้ำหนัก มีหน่วยเป็นกิโลกรัม เครื่องมือที่ใช้ตรวจ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักชนิด เท้าเหยียบ

5.3 เส้นรอบเอว โดยประเมินจากการวัดรอบเอว มีหน่วยเป็นเซนติเมตร เครื่องมือที่ใช้ตรวจ ได้แก่ สายวัดมีหน่วยเป็นนิ้วหรือเซนติเมตร โดยใช้สายวัด วัดรอบเอวโดยผ่านสะดือ ในท่ายืนขณะหายใจออก สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่นและวางอยู่ในแนวขนานกับพื้น

ส่วนที่ 6 เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลชนิดตั้งโต๊ะ เพื่อใช้ประเมินความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเป็นประจำทุกปี เกณฑ์การประเมินผล ระดับความดันโลหิตสูง แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ระดับความรุนแรง	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal (ดีที่สุด)	< 120	และ	< 80
Normal (ปกติ)	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal (ค่อนข้างสูง)	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (mild) (ความดันสูงระดับ 1)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate) (ความดันสูง ระดับ 2)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe) (ความดันสูง ระดับ 2)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH) (ความดันบนสูง)	≥ 140	และ/หรือ	< 90

หมายเหตุ : SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure.

เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

ที่มา : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง (2558)

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

3.4 การสร้างและตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาจากทฤษฎี ระเบียบ แผนการปฏิบัติงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 ศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมา และนำผลมาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อนำสู่การเลือกแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

3.4.1.3 กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ แล้วสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อและกรอบแนวคิดในการศึกษา

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

3.4.2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เมื่อสร้างเสร็จแล้วนำไปเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีรายชื่อดังนี้

1) นายสายัณห์ ใจทาน ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอคำมวง สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2) นางนาถนรินทร์ ทรัพย์กุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3) นางนীরนาท วิชาศรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

4) นางสาวอริสรา ภูงามจิตร ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

5) นางวินิตา นิ่งตะลา ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Validity) ให้เห็นความชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเหมาะสมทางภาษา (Wording) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความสอดคล้อง โดยการหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of-objective congruence : IOC) พิจารณาการให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

มีเกณฑ์ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อคำถามในแบบสอบถามให้มีสมบูรณ์ ความถูกต้องเหมาะสม มีความชัดเจนด้านสำนวนภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแบบสอบถามหาความเที่ยงต่อไป

3.4.2.2 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) มีดังนี้

1) ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรการหาค่าความเที่ยงของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.735

2) ผลการทดสอบด้านความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.724

3) ผลการทดสอบด้านความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.759

4) ผลการทดสอบด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.779

5) เครื่องวัดระดับความดันโลหิต ได้รับการตรวจเช็คเครื่องตามมาตรฐาน

3.4.2.3 นำแบบสอบถามไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อแก้ไขให้มีความถูกต้องและมีความครอบคลุมเนื้อหามากขึ้น

3.4.2.4 นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในการเก็บข้อมูล

3.5 สิ่งทดลอง (INTERVENTION)

สิ่งที่ใช้ทดลองในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองพฤติกรรมความดันโลหิตเพิ่มจากการได้รับบริการปกติ โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการปกติ เพียงอย่างเดียว

กลุ่มทดลอง

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความดันโลหิต

ศึกษาดำรงงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ (Bandura, 1997 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) และแรงสนับสนุนทางสังคม ของ (House, 1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำมาสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูดโน้มน้าว (Verbal Persuasion)

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผ่านกิจกรรมการพูดชักจูงด้วยคำพูด การพูดโน้มน้าวให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติตัว การแจกคู่มือสมุดบันทึก และแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Development Behavior)

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐาน การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกฐานโดยมีการเซ็นรับทราบผ่านสมุดการเข้าฐานในแต่ละฐานให้ครบ ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ

ฐานที่ 2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว

ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาดิต การฝึกปฏิบัติการการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้งง (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่ 4 ฐานเรียนรู้วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการฝึกอ่านฉลากยา

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างเสริมตัวแบบ (Role Model)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ คือ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้ได้เรียนรู้จากการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยเชิญผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการปฏิบัติตัวดี ควบคุมความดันได้มานาน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการพูดคุย ถ่ายทอดประสบการณ์ของการปฏิบัติตัว จำนวน 2 คน แก่กลุ่มตัวอย่างและการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ คือการชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 4 กิจกรรมระบายใจใส่ความรู้สึก (Emotional Arousal)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งกลุ่ม เพื่อเขียนระบายความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพลงในกระดาษแล้วสรุปเป็นของของแต่ละกลุ่ม เพื่อนำเสนอ เป็นภาพรวมของทุกคนเพื่อที่จะหาข้อสรุปสิ่งที่ดี และการส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิต

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต และให้ข้อมูลย้อนกลับ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผลการบันทึกการปฏิบัติตัวแต่ละวันในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด การมอบเกียรติบัตร รางวัล แก่ผู้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. การซักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่
2. การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง
3. แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนะนำผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. การติดตามเยี่ยมบ้าน
5. การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด

3.6 ขั้นตอนดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

หลังการตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.6.1.1 ระยะเตรียมการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือทำหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ส่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) จัดทำแบบบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจสุขภาพ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดส่วนสูง สายวัด เอว และหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

4) จัดเตรียมเอกสารคู่มือ สื่อการสอน อุปกรณ์ที่ใช้ตามแผนการดำเนินกิจกรรม

5) ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนินตามขั้นตอน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.6.1.2 ระยะดำเนินการทดลอง

1) เชิญหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน อสม.ประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มทดลองประชุม ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อขออนุญาตร่วมประชุมชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอ

ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

2) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากไม่ใส่คืนและการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 45 คน

3) การวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะทุกครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อนวัดความดันโลหิต 30 นาที ถ้าความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทให้ผู้ป่วยนั่งพักอย่างน้อย 15 นาทีและวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้ง ทำการวัดทุกสัปดาห์ ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4) ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (Pre-test) ประเมินภาวะสุขภาพ ก่อนดำเนินกิจกรรม

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 6 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง

การบริการปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน

1. การซักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่
2. การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง

3. แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

4. การติดตามเยี่ยมบ้าน
5. การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเอง กล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยพร้อม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลและมีความพร้อมในการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมโลหิตสูง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

3. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5. การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการ สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรค เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น มีบุคคลในครอบครัวเดียวกัน มีความผูกพันทางด้านสายเลือดและมีระดับความดันโลหิตในระดับเดียวกัน ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น รับประทานอาหารเค็ม ภาวะอ้วนภาวะเครียด การสูบบุหรี่ เป็นต้น การจัดการความเครียด เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. การซักงูด้วยคำพูดโน้มน้าวการดูแลพฤติกรรมตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และบรรยายให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ ในการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

7. ผู้วิจัยแจกคู่มือ โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และอธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฏและกติกาในการตรวจสอบ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมฐานการเรียนรู้สร้างความสามารถ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไปใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัยประเมินสภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายและอารมณ์ โดยตรวจวัดสัญญาณชีพสังเกตสีหน้าท่าทาง และบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน และอธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฏและกติกาในการตรวจสอบ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. กิจกรรมฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐาน การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง คือ

ฐานที่ 1 ฐาน การจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การ

ฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ฐานที่ 2 ฐาน การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสาธิต การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ความเร็วในการเดิน 2500 ก้าว/30 นาที (ที่คณะ วงศ์รัตนดิถ, 2560)

ฐานที่ 3 ฐาน การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาธิต การฝึกปฏิบัติการสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) ผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัด การฝึกหายใจ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ฐานที่ 4 ฐาน นำเสนอยาโรคความดันโลหิตสูงเรียนรู้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา และการตรวจตามนัด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. สรุปการทำกิจกรรมเข้าฐานทั้ง 4 ฐาน ร่วมกันที่ได้รับจากการเข้าฐานกิจกรรม มีการรับรู้สิ่งใดจากการทำกิจกรรมการเข้าฐาน และแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจขณะปฏิบัติและแนะนำให้ไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

7. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป
กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ 4 ฐานการเรียนรู้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน และอธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฎและ กติกาในการตรวจสอบ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ทบทวนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยการซักถาม และอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. ทบทวนความรู้โดยในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชีวิตประจำวัน เช่น การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. ทบทวนความรู้โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ความเร็วในการเดิน 2500 ก้าว/30 นาที (ทัศนะ วงศ์รัตนดิลก, 2560)

7. ทบทวนการจัดการความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลายด้วยสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้งง (SKT7) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

8. ทบทวนการรับประทานยาโดยการสอบถามวิธี ช่วงเวลาการรับประทานยา ที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

9. ให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการปฏิบัติตัวในดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

10. ทบทวนและสรุปบทเรียนการแก้ไข ปัญหาอุปสรรคในเรื่องในดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องทั้ง 4 ด้าน จากการทำกิจกรรมการเข้าฐาน และแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

11. ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจขณะปฏิบัติและแนะนำให้ไปปฏิบัติต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

12. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างเสริมตัวแบบ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. การส่งเสริมการเรียนรู้จากตัวแบบ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้ได้เรียนรู้จากการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยเชิญผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการปฏิบัติตัวดีและควบคุมความดันได้ดีมานาน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการพูดคุย ถ่ายทอดประสบการณ์ของการปฏิบัติตน ตั้งแต่อาการป่วยแรกจนถึง อาการอาการป่วยปัจจุบัน จำนวน 2 คน แก่กลุ่มตัวอย่างและการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ คือการชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. แจ้งผลระดับการควบคุมความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาเพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมคนที่มีพฤติกรรมดีต่อไป ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบและสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน
อย่างต่อเนื่อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป
กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม ระบายใจใส่ความรู้สึก

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5
นาฬิกา

2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต
ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. การกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงแบ่งกลุ่ม เพื่อเขียนระบายความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพลงในกระดาษ
แล้วสรุปเป็นของของแต่ละกลุ่ม เพื่อมานำเสนอเป็นภาพรวมของทุกคนเพื่อที่จะหาข้อสรุปสิ่งที่ได้และการ
ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อ
การควบคุมความดันโลหิต (45 นาที)

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป
กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 5-7 การติดตามเยี่ยมบ้าน

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5
นาฬิกา

2. ผู้วิจัยประเมินสภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายและอารมณ์ โดยตรวจวัด
สัญญาณชีพสังเกตสีหน้าท่าทาง และบันทึกผลการประเมินสภาวะสุขภาพรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ
10 นาที

3. กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตาม
ผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผลการปฏิบัติตัวในแต่ละด้าน โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติ ใน
ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมา
ตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา
คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย
อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ 4 ฐานการเรียนรู้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน และอธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฎและ กติกาในการตรวจสอบ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
4. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยการซักถาม และอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที
5. ทบทวนความรู้โดยในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชีวิตประจำวัน เช่น การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
6. ทบทวนความรู้โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ความเร็วในการเดิน 2500 ก้าว/30 นาที (ทัศนะ วงศ์รัตนดิลก,2560)
7. ทบทวนการจัดการความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลายด้วยสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้งง (SKT7) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
8. ทบทวนการรับประทานยาโดยการสอบถามวิธี ช่วงเวลาการรับประทานยา ที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
9. ให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการปฏิบัติตัวในดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
10. ทบทวนและสรุปทเรียนการแก้ไข ปัญหาอุปสรรคในเรื่องในดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องทั้ง 4 ด้าน จากการทำกิจกรรมการเข้าฐาน และแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
11. ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจขณะปฏิบัติและแนะนำให้ไปปฏิบัติต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
12. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 9-11 การติดตามเยี่ยมบ้าน

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
 2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
 3. กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผลการปฏิบัติตัวในแต่ละด้าน โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
 4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป
- กิจกรรมครั้งที่ 12 ในสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด
1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
 2. ผู้วิจัย สรุปบทเรียนให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาในเรื่องการปรับพฤติกรรมด้านบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
 3. แจกผลการควบคุมระดับความดันโลหิตว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
 4. มอบใบประกาศนียบัตรรางวัลผู้ที่ผ่านการอบรมและมีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้บรรลุผลสำเร็จ มีระดับความดันโลหิตลดลง และมอบใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
 5. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
 6. ทำแบบทดสอบข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (Post test) หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
2. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
4. ให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำตาม การบริการปกติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน
 - 4.1 การซักประวัติและตรวจสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่
 - 4.2 การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.3 แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - 4.4 การติดตามเยี่ยมบ้าน
 - 4.5 การนัดหมายครั้งต่อไปตามวันที่แพทย์นัด

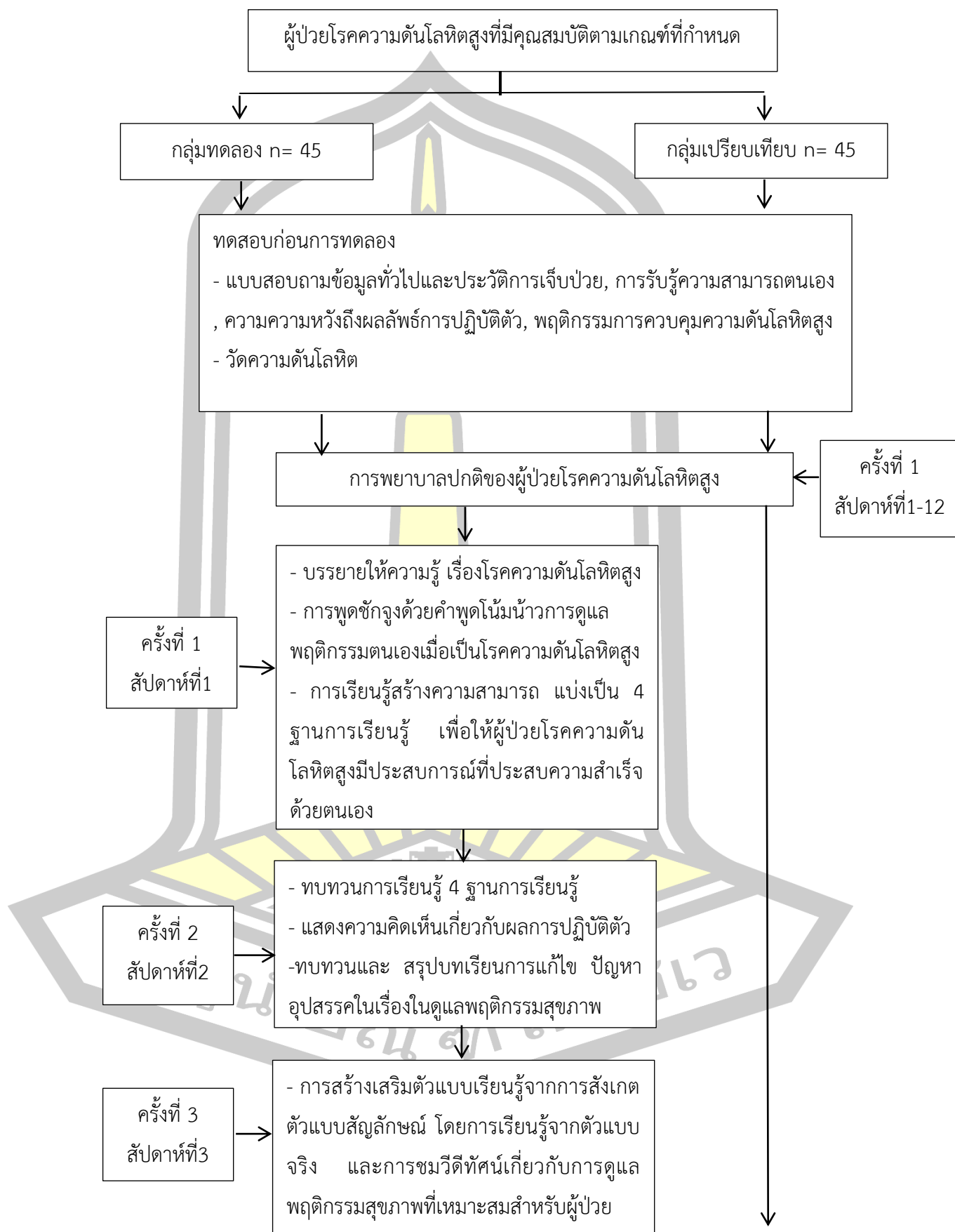
กิจกรรมครั้งที่ 12 ในสัปดาห์ที่ 12

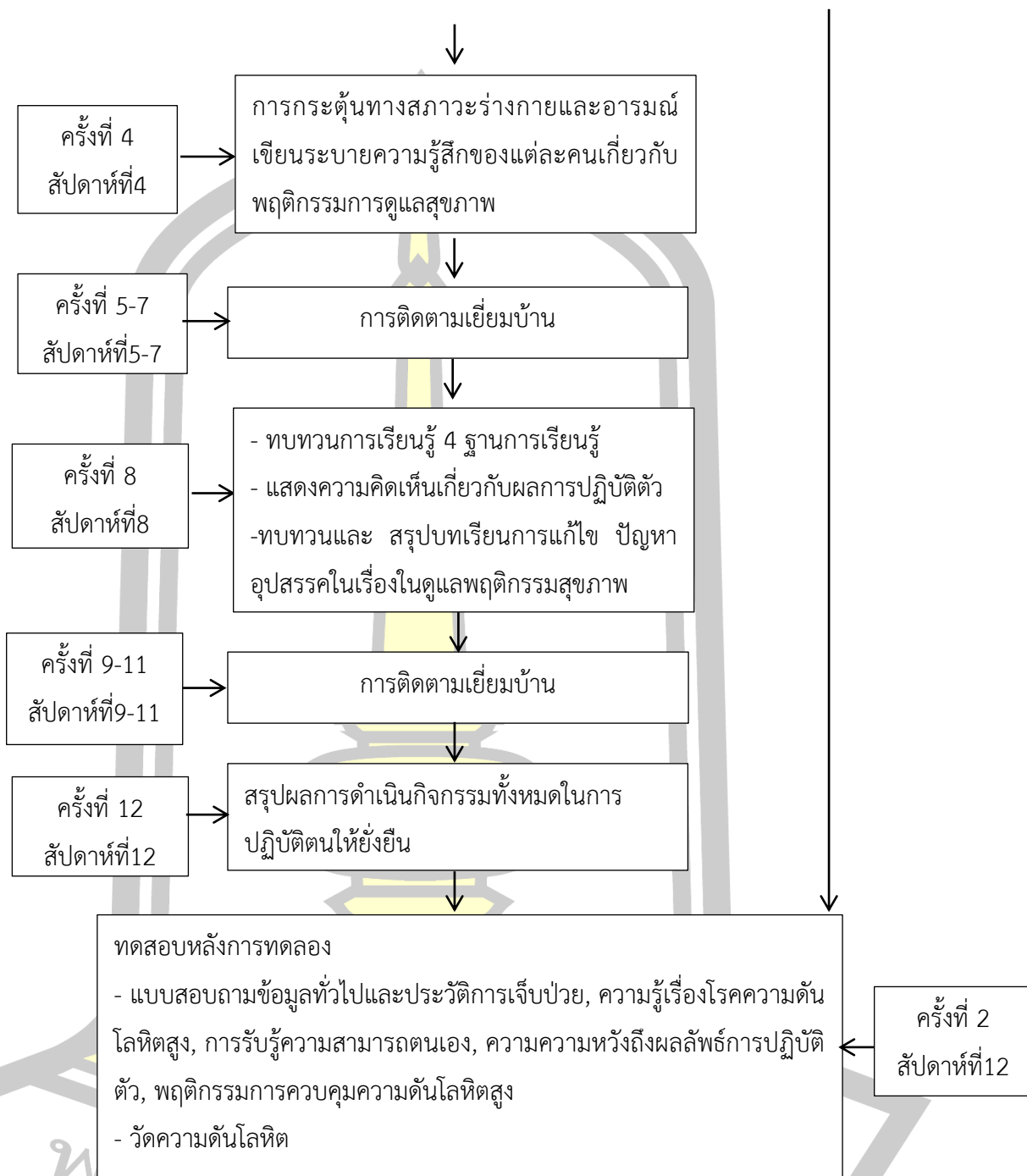
1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
2. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (Post test) พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

3.6.1.3 ระยะประเมินผล

ทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังดำเนินการทดลองจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งเพื่อนำไปดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดียวกับกลุ่มทดลองหลังดำเนินการทดลอง







ภาพประกอบ 3.4 ขั้นตอนดำเนินการตามแผนกิจกรรม

3.6.2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้วิธีการเชิงปริมาณ

3.6.2.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้โรค ความดันโลหิตสูง แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลอง

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามที่กำหนดแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบทุกฉบับ

3.7.2 กำหนดรหัสตามตัวแปรที่กำหนด

3.7.3 นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถามลงรหัส

3.7.4 บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ จัดระบบข้อมูล

3.7.5 วิเคราะห์ข้อมูลและเนื้อหาตามประเภทของข้อมูล แล้วแปลผลและสรุปผล

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 วิเคราะห์จากการบันทึก การสังเกต และการสรุปการบรรยายของขั้นตอนต่างๆ

3.8.2 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด หากเป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอด้วย จำนวน และร้อยละ

3.8.3 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test, McNemar, Z-test for proportion

3.8.3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้ว พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.8.3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้ว พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.8.3.3 เปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ McNemar หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้ว พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.8.3.4 เปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Z-test for proportion หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov แล้ว พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลองและภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 แสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 แสดงขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 แสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การแสดงผลสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้ศึกษาวิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

\bar{X}	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
df	แทนค่า	ชั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
t	แทนค่า	สถิติทดสอบ ที่ใช้พิจารณา t – distribution

4.2 แสดงขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การแสดงผลขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ศึกษาวิจัยขอเสนอข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย เกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

4.3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	(n=45)		(n=45)		(n=90)	
เพศ						
ชาย	10	22.20	12	26.70	22	24.44
หญิง	35	77.80	33	73.30	68	75.56
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 50 ปี	2	4.44	13	28.88	15	16.67
50 - 59 ปี	19	42.22	16	35.56	35	38.89
มากกว่า 59 ปี	24	53.33	16	35.56	40	44.44
Mean (S.D.)	59.31 (6.26)		55.24 (8.43)		57.32 (7.58)	
Min : Max	43 : 68		34 : 68		34 : 68	
ความยาวรอบเอว (เซนติเมตร)						
ความยาวรอบเอวปกติ	16	35.56	18	40.00	34	37.78
ความยาวรอบเอวเกินค่ามาตรฐาน	29	64.44	27	60.00	56	62.22
Mean (S.D.)	86.22 (8.77)		86.16 (8.99)		86.19 (8.83)	
Min : Max	68 : 112		58 : 103		58 : 112	

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)		รวม (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)						
น้อยกว่า 60	18	40.00	15	33.34	33	36.67
60 – 79	24	53.33	24	53.33	48	53.33
มากกว่า 79	3	6.67	6	13.33	9	10.00
Mean (S.D.)	61.09 (10.24)		64.09 (10.52)		62.59 (10.43)	
Min : Max	40 : 95		48:86		40 : 95	
ส่วนสูง (ซม.)						
น้อยกว่า 160	32	71.11	18	40.00	50	55.56
160 - 169	9	20.00	22	48.89	31	34.44
มากกว่า 169	4	8.89	5	11.11	9	10.00
Mean (S.D.)	155.84 (9.44)		159.53 (7.68)		157.69 (8.76)	
Min : Max	140 : 187		145 : 178		140 : 187	
ดัชนีมวลกาย (BMI) กก./ม ²						
น้อยกว่า 18.50 (รูปร่างผอม)	2	4.44	0	0.00	2	2.22
18.50 – 22.99 (รูปร่างสมส่วน)	10	22.22	13	28.89	23	25.56
23.00 - 24.99 (รูปร่างท้วม)	10	22.22	13	28.89	23	25.56
25.00 – 29.99 (รูปร่างอ้วนระดับ)	17	37.78	12	26.67	29	32.22
มากกว่า 29.99 (รูปร่างอ้วนระดับ2)	6	13.33	7	15.56	13	14.44
Mean (S.D.)	25.24 (4.05)		25.21 (3.95)		25.23 (3.98)	
Min : Max	16.01 : 34.48		19.10 : 33.71		16.01 : 34.48	
สถานภาพ						
โสด	3	6.67	3	6.67	6	6.67
สมรส	34	75.56	31	68.89	65	72.22
หย่า	1	2.22	1	2.22	2	2.22
แยกกันอยู่	0	0.00	3	6.67	3	3.33
หม้าย	7	15.56	7	15.56	14	15.56

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)		รวม (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.22	2	4.44	3	3.33
ประถมศึกษา	36	80.00	37	82.22	73	81.11
มัธยมศึกษา	6	13.34	6	13.34	12	13.33
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1	2.22	0	0.00	1	1.11
ปริญญาตรี	1	2.22	0	0.00	1	1.11
อาชีพ						
เกษตรกร	37	82.22	29	64.44	66	73.33
รับราชการ/พนักงานวิสาหกิจ	1	2.22	0	0.00	1	1.11
ค้าขาย	2	4.44	7	15.56	9	10.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	4.44	2	4.44	4	4.44
รับจ้าง	1	2.22	6	13.33	7	7.78
เกษียณอายุราชการ	1	2.22	0	0.00	1	1.11
พนักงานท้องถิ่น	1	2.22	1	2.22	2	2.22
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
น้อยกว่า 5,000	29	64.44	28	62.22	57	63.33
5,000-10,000	15	33.33	16	35.56	31	34.45
มากกว่า 10,000	1	2.22	1	2.22	2	2.22
Mean (S.D.)	4,598.22 (4580.75)		4,326.67 (2600.91)		4445.78 (3700.267)	
Min : Max	600 : 30,000		600 : 12,000		600 : 30000	
สิทธิการรักษาพยาบาล						
จ่ายเอง	5	11.11	0	0	5	5.56
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	32	71.11	45	100	77	85.56
สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	1	2.22	0	0.00	1	1.11
สิทธิประกันสังคม	1	2.22	0	0.00	1	1.11

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)		รวม (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการของข้าราชการ	6	13.33	0	0.00	6	6.67
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ (มวน)						
ไม่สูบ	41	91.11	36	80.00	77	85.56
สูบ ต่อวัน	3	6.67	8	17.78	11	12.22
วันละ 1 - 2	1	2.22	0	0.00	1	1.11
วันละ 3-4	2	4.45	5	11.11	7	7.78
มากกว่า 4	0	0.00	3	6.67	3	3.33
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	1	2.22	1	2.22	2	2.22
ปัจจุบันท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่						
ไม่ดื่ม	37	82.22	33	73.33	70	77.78
ดื่ม	7	15.56	9	20.00	16	17.78
ดื่มทุกวัน	1	2.22	0	0.00	1	1.11
ดื่มบางวัน	1	2.22	2	4.44	3	3.33
ดื่ม เมื่อมีเทศกาลสำคัญ	5	11.12	7	15.56	12	13.35
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	1	2.22	3	6.67	4	4.44
ท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใดมากที่สุด						
หวาน	7	15.56	6	13.33	13	14.44
มัน	4	8.89	2	4.44	6	6.67
เค็ม	11	24.44	17	37.78	28	31.11
จืด	21	46.67	20	44.44	41	45.56
เผ็ด	1	2.22	0	0.00	1	1.11
หวานและมัน	1	2.22	0	0.00	1	1.11

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)		รวม (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่*						
เคย	41	91.11	45	100.00	86	95.56
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	35	77.78	43	95.56	78	86.67
อสม.	21	46.67	33	75.00	54	63.33
เพื่อน/คนรู้จัก	1	2.22	6	13.33	7	7.78
วิทยุ	0	0.00	5	11	5	5.56
วารสาร/นิตยสาร	0	0.00	2	4.44	2	2.22
โทรทัศน์	2	4.44	7	15.56	9	9.00
หนังสือพิมพ์	1	2.22	1	2.22	2	2.22
เครือข่าย/พี นื่อง	3	6.67	6	13.33	9	9.00
ลูก	0	0.00	1	2.22	1	1.11
ไม่เคย เพราะ	4	8.89	0	0.00	4	4.44
ไม่เคยได้รับข่าวสารข้อมูล	4	8.89	0	0.00	4	4.44
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (เดือน)						
จำนวนเดือนที่ป่วย						
น้อยกว่า 50	21	46.67	26	57.78	47	52.22
50 - 99	17	37.78	12	26.67	29	32.22
มากกว่า 99	7	15.56	7	15.56	14	15.56
Mean (S.D.)	60.18 (33.79)		57.47 (30.68)		58.82 (32.12)	
Min : Max	9 : 136		9 : 128		9 : 136	
ความเจ็บป่วยที่พบร่วม						
ไม่มี	43	95.56	42	93.34	85	94.44
ปวดท้ายทอย มีนงง เวียนศีรษะ	1	2.22	0	0.00	1	1.11
โรคกระเพาะอาหาร	1	2.22	0	0.00	1	1.11
วินเวียนศีรษะ	0	0.00	1	2.22	1	1.11

*ตอบได้มากกว่า1 ข้อ

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)		รวม (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปวดแหว	0	0.00	1	2.22	1	1.11
ปวดศีรษะ	0	0.00	1	2.22	1	1.11
ระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน)						
ความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) (มิลลิเมตรปรอท)						
น้อยกว่า 120	9	20.00	3	6.67	12	13.33
120-129	14	31.11	10	22.22	24	26.67
130-139	12	26.67	17	37.78	29	32.22
140-159	10	22.22	15	33.33	25	27.78
Mean (S.D.)	128.89 (12.31)		134.31 (10.36)		130.44 (11.66)	
Min : Max	106 : 159		108 : 158		94 : 159	
ความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) มิลลิเมตรปรอท						
น้อยกว่า 80	29	64.44	19	42.22	48	53.33
80-84	9	20.00	6	13.33	15	16.67
85-89	4	8.89	14	31.11	28	31.11
90-99	2	4.44	6	13.33	8	8.89
100-109	1	2.22	-	-	1	1.11
Mean (S.D.)	76.09 (10.15)		81.33 (9.27)		78.65 (9.35)	
Min : Max	50 : 102		60 : 99		50 : 102	
ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือไม่						
ทุกครั้ง	39	86.67	38	84.44	77	85.56
บางครั้ง	6	13.33	7	15.56	13	14.44
บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีหรือไม่						
ไม่มี	29	64.44	35	77.78	64	71.11
บิดา	3	6.67	3	6.67	6	6.67
มารดา	3	6.67	2	4.44	5	5.56
พี่น้องร่วมสายโลหิต	10	22.22	5	11.11	15	16.67

จากตาราง 4.1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง จำแนกเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 77.80 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองคือ 59.31 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ 55.24 ปี ความยาวรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 86.22 เซนติเมตร กลุ่มเปรียบเทียบ 86.16 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 61.09 กิโลกรัม กลุ่มเปรียบเทียบ 64.09 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 155.84 เซนติเมตร กลุ่มเปรียบเทียบ 159.53 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 25.24 กก./ม² กลุ่มเปรียบเทียบ 25.21 กก./ม² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำแนกเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 75.56 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 68.89 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 82.22 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มทดลองร้อยละ 82.22 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 64.44 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 4,598.22 บาท กลุ่มเปรียบเทียบ 4,326.67 บาท ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของทั้งสอง กลุ่มส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มทดลองร้อยละ 71.11 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 100 ตามลำดับ ด้านประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลอง ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.11 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.22 กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 ด้านการได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม เคยได้รับความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 91.11 กลุ่มเปรียบเทียบ 100.00 และเคยได้รับความรู้ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 77.78 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 60.18 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบ 57.47 เดือน ด้านความเจ็บป่วยที่พบรวมทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่พบความเจ็บป่วยร่วมกลุ่มทดลองร้อยละ 95.56 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 93.34 ด้านระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน) ของทั้งสองกลุ่ม ความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 128.89 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มเปรียบเทียบ 134.31 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 76.09 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มเปรียบเทียบ 81.33 มิลลิเมตรปรอท ด้านการมาตรวจตามนัดส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม มาตรวจตามนัดทุกครั้ง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 กลุ่มเปรียบเทียบ 84.44 และด้านประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ทั้งสอง กลุ่ม ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 64.44 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 77.78

ตาราง 4.2 เปรียบเทียบการกินยาแต่ละชนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=45)				χ^2	p-value
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
HCTZ						
กินยา	2	100.00	0	0.00	1.53	0.501 [#]
ไม่ได้กินยา	24	55.81	19	44.19		
Enalapril						
กินยา	9	45.00	11	55.00	2.41	0.121
ไม่ได้กินยา	17	68.00	8	32.00		
Atenolol						
กินยา	3	60.00	2	40.00	0.011	1.000 [#]
ไม่ได้กินยา	23	57.50	17	42.50		
Propranolol						
กินยา	3	75.00	1	25.00	0.53	0.627 [#]
ไม่ได้กินยา	23	56.10	18	43.90		
Amlodipine						
กินยา	17	68.00	8	32.00	2.41	0.121
ไม่ได้กินยา	9	45.00	11	55.00		
Losartan						
กินยา	3	50.00	3	50.00	0.17	0.686 [#]
ไม่ได้กินยา	23	58.97	16	41.03		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

[#]Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองการรับประทานยาความดันโลหิตสูง จำนวนทั้ง 6 ชนิดได้แก่ HCTZ, Enalapril, Atenolol, Propranolol, Amlodipine และ Losartan ระหว่างการควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4.3 เปรียบเทียบการกินยาแต่ละชนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)				χ^2	p-value
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
HCTZ						
กินยา	6	60.00	4	40.00	0.00	1.000 [#]
ไม่ได้กินยา	21	60.00	14	40.00		
Enalapril						
กินยา	12	70.59	5	29.41	1.28	0.259
ไม่ได้กินยา	15	53.57	13	46.43		
Atenolol						
กินยา	1	33.33	2	66.67	0.95	0.555*
ไม่ได้กินยา	26	61.90	16	38.10		
Propranolol						
กินยา	1	50.00	1	50.00	0.09	1.000 [#]
ไม่ได้กินยา	26	60.47	17	39.53		
Amlodipine						
กินยา	16	53.33	14	46.67	1.67	0.197
ไม่ได้กินยา	11	73.33	4	26.67		
Losartan						
กินยา	3	75.00	1	25.00	0.41	0.640 [#]
ไม่ได้กินยา	24	58.54	17	41.46		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

[#]Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองการรับประทานยาความดันโลหิตสูง จำนวนทั้ง 6 ชนิดได้แก่ HCTZ, Enalapril, Atenolol, Propranolol, Amlodipine และ Losartan ระหว่างการควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย เกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 4.4 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับดี (15 -18 คะแนน)	9	20.00	3	6.67
ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	23	51.11	26	57.78
ระดับไม่ดี (0 -10 คะแนน)	13	28.89	16	35.56
หลังการทดลอง				
ระดับดี (15 -18 คะแนน)	40	88.90	29	64.44
ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	4	8.89	15	33.33
ระดับไม่ดี (0 -10 คะแนน)	1	2.22	1	2.22

จากตาราง 4.4 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.11 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 28.89 และระดับดี ร้อยละ 20.00 หลังการทดลอง มีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ อยู่ระดับดี ร้อยละ 88.90 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.89 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.22

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.78 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.56 และระดับดี ร้อยละ 6.67 หลังการทดลอง มีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 64.44 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.22

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	\bar{d}	S.D. $_d$	95 % CI of μ_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	11.73	2.94	4.49	3.24	3.52 ถึง 5.46	44	9.30	<0.001*
หลังการทดลอง	16.22	2.02						
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนการทดลอง	11.73	2.23	3.42	2.01	2.82 ถึง 4.02	44	11.45	<0.001*
หลังการทดลอง	15.16	2.22						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง 11.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.94) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง 16.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.24) (95% CI : 3.52 ถึง 5.46) คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง 11.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.23) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง 15.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.22) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) (95% CI : 2.82 ถึง 4.02) คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชิว

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้โรคความดัน โลหิตสูง	Mean		95% CI of Mean		df	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	Difference	Difference			
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	11.73	2.94	0.00	- 1.09 ถึง 1.09	88	0.00	1.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.73	2.23					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	16.22	2.02	1.07	1.78 ถึง 1.95	88	2.39	0.019*
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.16	2.22					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.6 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 11.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.94) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 11.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.23) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 16.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 15.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.22) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.019) (95% CI : 1.78 ถึง 1.95) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.07 คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 4.7 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	กลุ่มการทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	32	71.11	34	75.56
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	13	28.89	11	24.44
หลังการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	44	97.78	37	82.22
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	1	2.22	8	17.78

จากตาราง 4.7 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.11 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 28.89 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 98.78 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.22

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.56 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.44 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับดี ร้อยละ 82.22 และอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.78

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	\bar{x}	S.D.	\bar{d}	S.D. _d	95 % CI of μ_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	2.49	0.19	0.26	0.18	0.21 ถึง 0.32	44	9.82	<0.001*
หลังการทดลอง	2.75	0.15						
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนการทดลอง	2.51	0.27	0.59	0.17	0.01 ถึง 1.09	44	2.40	0.021*
หลังการทดลอง	2.57	0.28						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลอง 2.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19) คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลอง 2.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น 0.26 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18) (95% CI : 0.21 ถึง 0.32) คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลอง 2.51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลอง 2.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังกว่าทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น 0.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) (95% CI : 0.01 ถึง 1.09) คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference		df	t	p-value
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	2.49	0.19	0.22	0.12 ถึง 0.77		79.15	0.45	0.657
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.51	0.27						
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	2.75	0.15	0.18	0.09 ถึง 0.28		67.84	3.09	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.57	0.28						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.9 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 0.12 ถึง 0.77) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.22 คะแนน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (95% CI : 0.09 ถึง 0.28) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.18 คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว
ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 4.10 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	42	93.33	37	82.22
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	3	6.67	8	17.78
หลังการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	45	100.00	42	93.33
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	0	0.00	3	6.67

จากตาราง 4.10 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความ
คาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.33 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67
หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 100.00

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติ
ตัว อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.22 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.78 หลังการทดลอง มีระดับ
ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวอยู่ระดับดี ร้อยละ 93.33 และอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67



ตาราง 4.11 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ความคาดหวังถึง ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว	\bar{x}	S.D.	\bar{d}	S. D. d	95 % CI of μ_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	2.66	0.22	0.21	0.22	0.15 ถึง 0.28	44	6.53	<0.001*
หลังการทดลอง	2.88	0.10						
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนการทดลอง	2.72	0.27	0.06	0.11	0.03 ถึง 0.09	44	3.86	<0.001*
หลังการทดลอง	2.78	0.21						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) คะแนนความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว หลังการทดลอง 2.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 0.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) (95% CI : 0.15 ถึง 0.28) คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง 2.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวหลังการทดลอง 2.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 0.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11) (95% CI : 0.03 ถึง 0.09) คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติ
ตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังถึง ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	2.66	0.22	0.06	0.16 ถึง 0.46	88	1.80	0.295
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.72	0.26					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	2.88	0.10	0.10	0.03 ถึง 0.17	62.01	2.74	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.78	0.21					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตามรางที่ 4.12 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว 2.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 0.16 ถึง 0.46) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ก่อนการทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.06 คะแนน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว 2.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว 2.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (95% CI : 0.03 ถึง 0.17) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวหลังการทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.10 คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชเว

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 4.13 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	18	40.00	15	33.33
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	27	60.00	30	66.67
หลังการทดลอง				
ระดับดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	44	97.78	21	46.67
ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	1	2.22	24	53.33
ระดับไม่ดี (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 คะแนน)				

จากตาราง 4.3 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.00 หลังการทดลอง มีระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 97.78 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.22

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.33 และหลังการทดลอง มีระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 และอยู่ระดับดี ร้อยละ 46.67

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 4.14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	\bar{d}	S.D. _d	95 % CI of μ_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	2.28	0.17	0.35	0.17	0.30 ถึง 0.41	44	13.52	<0.001*
หลังการทดลอง	2.63	0.17						
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนการทดลอง	2.28	0.21	0.06	0.89	0.31 ถึง 0.84	44	4.38	<0.001*
หลังการทดลอง	2.34	0.18						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง 2.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) คะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง 2.63 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 0.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) (95% CI : 0.30 ถึง 0.41) คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง 2.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง 2.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 0.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89) (95% CI : 0.31 ถึง 0.84) คะแนน

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตาราง 4.15 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุม ความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	95% CI of		df	t	p-value
			Mean Difference	Mean Difference			
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	2.27	0.28	0.01	0.08 ถึง 0.79	88	0.12	0.990
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.28	2.27					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	2.63	0.17	0.29	0.22 ถึง 0.37	88	8.09	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.34	0.18					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.15 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง 2.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง 2.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 0.08 ถึง 0.79) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.01 คะแนน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง 2.63 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง 2.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (95% CI : 0.22 ถึง 0.37) คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.29 คะแนน

ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับความรุนแรง (ความดันโลหิตตัวบน/ความดันโลหิตตัวล่าง)	กลุ่มทดลอง (n=45)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=45)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีที่สุด <120 / <80 ปกติ	7	15.56	12	26.67	7	15.56	2	4.44
120-129 และ/หรือ 80-84 ค่อนข้างสูง	16	35.56	18	40.00	5	11.11	9	20.00
130-139 และ/หรือ 85-89 ความดันสูงระดับ 1	11	24.44	9	20.00	18	40.00	19	42.22
140-159 และ/หรือ 90-99 ความดันสูงระดับ 2	10	22.22	6	13.33	15	33.33	15	33.33
160-179 และ/หรือ 100-109	1	2.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

จากตารางที่ 4.16 ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า มีความดันโลหิตอยู่ระดับปกติ (Normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 80-84 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 16 คน ร้อยละ 35.56 ความดันโลหิตค่อนข้างสูง (High normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 85-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (Grade 1 hypertension (mild)) ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง

140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 ความดันโลหิตดีที่สุดใน (Optimal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง <120 มิลลิเมตรปรอท และ <80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 และความดันโลหิตสูงระดับ 2 (Grade 2 hypertension (moderate)) 160-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 100-109 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง (High normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 85-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ความดันโลหิตความดันโลหิตสูงระดับ 1 (Grade 1 hypertension (mild)) ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 15 คน ร้อยละ 33.33 ความดันโลหิตดีที่สุดใน (Optimal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง <120 มิลลิเมตรปรอท และ <80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 และความดันโลหิตปกติ (Normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 80-84 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า มีความดันโลหิตอยู่ระดับปกติ (Normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 80-84 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ความดันโลหิตดีที่สุดใน (Optimal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง <120 มิลลิเมตรปรอท และ <80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ความดันโลหิตค่อนข้างสูง (High normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 85-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และความดันโลหิตสูงระดับ 1 (Grade 1 hypertension (mild)) ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง (High normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 85-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 19 คน ร้อยละ 42.22 ความดันโลหิตความดันโลหิตสูงระดับ 1 (Grade 1 hypertension (mild)) ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 15 คน ร้อยละ 33.33 ความดันโลหิตปกติ (Normal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ 80 - 84 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และความดันโลหิตดีที่สุดใน (Optimal) มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง <120 มิลลิเมตรปรอท และ <80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44

ตาราง 4.17 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

การควบคุมความดันโลหิต	หลังการทดลอง				รวม		p-value
	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้		จำนวน	ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มทดลอง							
ควบคุมไม่ได้	6	13.33	5	11.11	11	24.44	0.219
ควบคุมได้	1	2.22	33	73.33	34	75.56	
รวม	7	15.56	38	84.44	45	100.00	
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ควบคุมไม่ได้	12	26.67	4	8.89	16	35.56	1.000
ควบคุมได้	3	6.67	26	57.78	29	64.44	
รวม	15	33.33	30	66.67	45	100.00	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.17 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง จำนวน 34 คน ร้อยละ 75.56 การควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง จำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 ผลการเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตสูงของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.219)

กลุ่มเปรียบเทียบ มีการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง จำนวน 29 คน ร้อยละ 64.44 การควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.67 ผลการเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตสูงของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 1.000)

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตาราง 4.18 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมความดันโลหิตสูง	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้		Z test	p-value	Proportion Diff	95% CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	34	75.56	11	24.44	1.150	0.250	0.11	-0.07 ถึง
กลุ่มเปรียบเทียบ	29	64.44	16	35.56				0.29
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	38	84.44	7	15.56	1.962	0.049	0.17	0.01 ถึง
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	66.67	15	33.33				0.35

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.18 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.44 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.56 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : -0.07 ถึง 0.29)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.049) (95% CI : 0.01 ถึง 0.35)

พูน ปณ ทิโต ชิว

ตาราง 4.19 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการควบคุมความดันโลหิตสูง

ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การควบคุมความดัน โลหิตสูง	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้		χ^2	p-value	RR	95% CI RR
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	34	75.56	11	24.44	1.32	0.250	1.17	0.89 ถึง 1.54
กลุ่มเปรียบเทียบ	29	64.44	16	35.56				
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	38	84.44	7	15.56	3.85	0.050	1.27	0.995 ถึง 1.61
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	66.67	15	33.33				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.19 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.44 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.56 ผลการเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญและไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 0.89 ถึง 1.54)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับควบคุมได้ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ควบคุมไม่ได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ผลการเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญและไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 0.89 ถึง 1.54)

พูน ปณ ทิโต ชิว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experiment Group) จะได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ไม่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองแต่จะรับบริการปกติตามรูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัดก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 90 คน เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่มกราคม – เมษายน 2561 รวม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยค่าความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

5.1.1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

5.1.1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

5.1.1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.2.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.80 มีอายุมากกว่า 59 ปี ร้อยละ 53.33 เมื่อแบ่งกลุ่มที่มีความยาวรอบเอวปกติ ร้อยละ 35.56 และความยาวรอบเอวเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 64.44 มีน้ำหนัก 60 - 79 กิโลกรัม ร้อยละ 53.33 มีส่วนสูงน้อยกว่า 160 เซนติเมตร ร้อยละ 71.11 มีดัชนีมวลกาย (BMI) 25.00 - 29.99 ร้อยละ 37.78 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.22 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.44 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 71.11 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.11 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.22 ชอบรับประทานอาหารรสจืดมากที่สุด ร้อยละ 46.67 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.11 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 77.78 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 50 เดือน ร้อยละ 46.67 ไม่พบความเจ็บป่วยร่วม ร้อยละ 95.56 ระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน) ความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) อยู่ระหว่าง 120-129 ร้อยละ 31.11 ความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) น้อยกว่า 80 ร้อยละ 64.44 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 86.67 และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.44

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 มีอายุ 50-59 ปี และมากกว่า 59 ปี ร้อยละ 35.56 เมื่อแบ่งกลุ่มที่มีความยาวรอบเอวปกติ ร้อยละ 40.00 และความยาวรอบเอวเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 60.00 มีน้ำหนัก 60 - 79 กิโลกรัม ร้อยละ 53.33 ส่วนสูง 160-169 ร้อยละ 48.89 ดัชนีมวลกาย (BMI) 18.50 - 22.99 และ 23.00 - 24.99 ร้อยละ 28.89 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.89 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.22 ประกอบอาชีพเกษตรกร มีร้อยละ 64.44 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.22 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100.00 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 ชอบรับประทานอาหารรสจืดมากที่สุด ร้อยละ 44.44 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100.00 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.56 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 50 เดือน ร้อยละ 57.78 ไม่พบความเจ็บป่วยร่วม ร้อยละ 93.34 ระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน) ความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) อยู่ระหว่าง 130-139 ร้อยละ 37.78 ความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) ความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) น้อยกว่า 80 ร้อยละ 42.22 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 84.44 และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.78

5.2.2 ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2.2.1 ความรู้โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในระยะหลังการทดลอง

5.2.2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ในระยะหลังการทดลอง

5.2.2.3 ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ในระยะหลังการทดลอง

5.2.2.4 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ในระยะหลังการทดลอง

5.2.2.5 การควบคุมความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อนการทดลอง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.050) ในระยะหลังการทดลอง

5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยโดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

5.3.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 45 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับโครงสร้างของประชากรไทยที่มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 50.86 และร้อยละ 49.14 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง มากกว่า 59 ปี สอดคล้องกับ โรคความดันโลหิตสูงมักพบในอายุ 40 ปี ขึ้นไป ส่งผลให้ชายและหญิง มีความความยืดหยุ่นของหลอดเลือดน้อยลง แข็งและเปราะได้ง่าย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) และรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุฤทธิ์, 2556) ความยาวรอบเอวส่วนใหญ่เกินค่ามาตรฐาน น้ำหนักอยู่ในช่วง 60 - 79 กิโลกรัม นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2558 ที่พบว่าประชากร

ไทยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2558) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท สหิการรักษพบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ร้อยละ 75.3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสจัด ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านประวัติการเจ็บป่วยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 50 เดือน ไม่มีความเจ็บป่วยที่พบร่วม ความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง และส่วนใหญ่ไม่มีครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

5.3.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อาจเนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง ผ่านการเรียนรู้ด้วย การบรรยาย การชมวิดีโอ การแจกแผ่นพับ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ พร้อมแจกเอกสารประกอบการบรรยาย ซึ่งสามารถทำให้จดจำได้ง่าย มีการพูดเน้นย้ำอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเตือนชักจูงด้วยคำพูดตลอดการวิจัย และผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้มาจากการระหว่างการทดลองพื้นที่ของกลุ่มเปรียบเทียบนั้นมีการจัดโครงการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการให้บริการปกติของกลุ่มเปรียบเทียบ จึงทำให้กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.07 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุภัทสรุรา พิชญพงษ์โสภณ และจุฬารัตน์ โสตะ (2559) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องมาจากในระหว่างการทดลองพื้นที่ของกลุ่มเปรียบเทียบนั้นมีการจัดโครงการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่อง

โรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูณรงค์ สุขประเสริฐ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองบัว อำเภอนากลาง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของปราณี ลอยหา (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านค้อ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัตนากร จันใดและคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการจัดกิจกรรมต่าง ได้แก่ ตามกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ฐานการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม และอ่านและเข้าใจฉลากข้อมูลโภชนาการ ฐานที่ 2 ฐาน ออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐาน สามารถจัดการกับความเครียด ได้ด้วยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติการสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT7) ผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัด การฝึกหายใจ และฐานที่ 4 สามารถรับประทานยาที่ถูกต้อง ตามขนาด ชนิด เวลาที่แพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัด การจัดกิจกรรมการเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และระบายความรู้สึกรายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติตัวเหมาะสมได้ และการได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้เกิดการกระตุ้นจากเพื่อนภายในกลุ่ม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ไพรวลัย อ่อนชาติ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองโดยบุคคลต้นแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นกว่ามาก่อนการทดลองและ

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชูณรงค์ สุขประเสริฐ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองบัวอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฐิติพร อินทร (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.4 ความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์การปฏิบัติตัวหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องด้วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยกลุ่มทดลองได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและคาดหวังว่าจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ตามกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ฐานการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม และอ่านและเข้าใจฉลากข้อมูลโภชนาการ ฐานที่ 2 ฐานออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐาน สามารถจัดการกับความเครียด ได้ด้วยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติการสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT7) ผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัด การฝึกหายใจ และ ฐานที่ 4 สามารถรับประทานยาที่ถูกต้อง ตามขนาด ชนิด เวลาที่แพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัดและกิจกรรมการเสนอตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม การชั่งด้วยคำพูดโน้มน้าวการดูแลพฤติกรรมตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวิทย์ พิมพ์ภาค (2555) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชูณรงค์ สุขประเสริฐ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองบัวอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการ

ปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเจนจิรา เขียวอ่อน (2558) ที่ศึกษาผลการประยุกต์การออกกำลังกายประกอบเพลงโคราชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขามทะเลสอจังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5.3.5 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องด้วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น กิจกรรมมีการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ การจำลองสถานการณ์การจริง สาธิต และฝึกปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน การเสนอตัวแบบเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติดูแลพฤติกรรม การให้กำลังใจโดยผู้วิจัย กลุ่มทดลองและครอบครัว มีการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง และมีการสนับสนุนการปฏิบัติตัวโดยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกับชุมชน มีการแจ้งผลระดับความดันโลหิตทุกครั้ง มีการให้คำแนะนำ คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวโดยผู้วิจัย กลุ่มทดลอง และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกศรินทร์ บุญกอแก้ว (2553) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเจนจิรา เขียวอ่อน (2558) ที่ศึกษาผลการประยุกต์การออกกำลังกายประกอบเพลงโคราชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขามทะเลสอจังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5.3.6 การควบคุมความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการวิจัยของ เจนจิรา เขียวอ่อน (2558) ได้ศึกษาผลการประยุกต์การออกกำลังกายประกอบเพลงโคราชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขามทะเลสอจังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงดีขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผลของการใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้นำแนวคิดหลักทฤษฎีการรับรู้ความารถตนเองของแบนดูรามามาประยุกต์ใช้ (Bandura, 1997 อ้างใน พนิดา อารวม, 2560) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นหรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1978 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะตนเองจัดการได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน ไม่ท้อถอยโดยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถตนเองจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่ประสิทธิภาพของการจะแสดงออกแตกต่างกันถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่ต่างกัน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตและการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม มีการสร้างแรงจูงใจ ใช้คำพูดชักจูง และสังเกตตัวแบบ โดยการให้กลุ่มทดลองได้ชมวีดิทัศน์ซึ่งเป็นเรื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีมาบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่พึงประสงค์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การกิจกรรมคลายเครียดที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้พูดคุยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง โดยการสาธิตฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูดชมเชย และให้กำลังใจจากผู้วิจัยในขณะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การให้รางวัลเกียรติบัตร แก่ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถลดความดันโลหิตได้ดี ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามพัฒนาการพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีการสอบถามถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ซึ่งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างจะพบปัญหาและอุปสรรคคือ เรื่องการรับประทานอาหารที่ส่วนมากผู้ปรุงอาหารมักจะเป็นลูกหลาน และอาหารทางภาคอีสาน จะมีส่วนประกอบของปลาร้าทำให้มีรสชาติเค็ม

ซึ่งจะหลีกเลี่ยงได้ยาก ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจว่าการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน ทำนา ทำสวน เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว จึงทำให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีน้อย และเรื่องการรับประทานยาจะรับประทานยาไม่ค่อยตรงเวลา ส่วนใหญ่จะลืมเวลาในการ รับประทานยา นึกขึ้นได้ค่อยรับประทาน ซึ่งจากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างทำให้ทราบปัญหาของ กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมในด้านการรับประทาน อาหาร คือ ชะระปรุงอาหารควรที่จะตัดอาหารแยกไว้ก่อนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่จะ ปรุงรสชาติเพิ่มเติม ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายควรฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วซึ่งสามารถทำได้สะดวกและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 – 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ต่อสัปดาห์ การฝึกปฏิบัติโดยการทำสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) เพื่อผ่อนคลาย ด้วยสมาธิบำบัด การฝึกหายใจ ก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที และด้านการรับประทานยา การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่าง สม่ำเสมอ ทั้งชนิด ขนาด และเวลาเป็นกิจวัตรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษา ด้วยยาที่จะนำมาซึ่งการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะช่วยลดปัจจัยที่ทำให้ความดัน โลหิตสูง และสามารถลดหรือควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย , 2555)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถตนเอง เป็นสิ่งที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากเพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง จากการการฝึกอบรม การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง จากกิจกรรม 4 ฐานการเรียนรู้ คือ ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร ฐานที่ 2 ฐานการออกกำลังกาย ฐานที่ 3 ฐานการจัดการ ความเครียด และฐานที่ 4 ฐานการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด การใช้อิทธิพลระหว่างบุคคล การจำลองสถานการณ์ร่วมกับการกระตุ้นโดยการเสนอตัวแบบเล่าเรื่องความสามารถในการดูแล ตนเองในชีวิตประจำวันที่ทำให้ตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้คงที่หรือลดลงได้ เพื่อเป็นตัว แบบที่ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและทำให้สมาชิกกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถนำมาปรับใช้ กับวิถีชีวิตประจำวันได้เหมาะสม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ซึ่งส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการ รับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังการปฏิบัติตัว พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงดีขึ้น

จากการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ได้เลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและรับประทานยาและมาตรวจตามนัดทุกครั้งเป็นประจำ ก็จะส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตสูงดีไปด้วย

5.4.1.2 การตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้งด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะเครื่องเดียวกันและมีการตรวจเช็คมาตรฐานของเครื่องวัดความดันโลหิต นำผลการตรวจความดันโลหิตมาลงแบบบันทึกสุขภาพแจ้งผลการตรวจสุขภาพทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับรู้ระดับความดันโลหิตของตนเองแต่ละครั้งดังนี้ ซึ่งผลการตรวจความดันโลหิตจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทให้มีการดูแลตนเองมากขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ที่ยังไม่มีรูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้คงที่หรือลดลงได้ ต่อไป

5.4.1.3 การใช้สื่อการสอน ที่มีเนื้อหาและภาพประกอบที่ดึงดูดความสนใจเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจ มีความสนใจ และกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบถาวร ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ดังนั้นควรมีการตรวจความดันโลหิตเป็นประจำของกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูง เช่น หลังการทดลอง 2, 4, 6 และ 8 สัปดาห์และควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมิน ความคงอยู่ และความยั่งยืนของพฤติกรรมดูแลตนเอง

5.4.2.2 ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือในพื้นที่อื่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอื่นต่อไป

5.4.2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดแล้วทุกสัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าประสิทธิผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้นานเท่าใด เมื่อเวลาผ่านไปเท่าใดแล้วจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่นเดิม

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมลวรรณ คัมภีร์และคณะ. (2543). *การสร้างบรรยากาศเพื่อการดูแลตนเองของพยาบาลและผู้ใช้บริการ*. วารสารพยาบาล. 49(2), 75-82.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือคลายเครียด*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การขับเคลื่อนความรู้และการสื่อสารคุณภาพ*. [ออนไลน์] ได้จาก : <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download/29/%09บ่าย/32.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2560].
- กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2560). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. เอกสารงานนิเทศ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/KPI_2561_edit3_.pdf. [สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2560].
- เกศรินทร์ บุญกอแก้ว. (2553). *ผลของการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ขวัญใจ ศุภนันท์. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมือง*. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 31(3), 237-246.
- จอมพล พรหมชาติ. (2552). *โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- จัญจุรา วาฤทธิ. (2544). *ความเชื่อด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิตรารณณ์ ฐรี. (2547). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีเดินเร็วและการเดินแอโรบิคต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินดา ม่วงแกม. (2551). ผลของการสร้างเสริมความรู้ เจตคติ และรักษาการส่งเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารณณ์ โสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจนจิรา เขียวอ่อน. (2558). ผลการประยุกต์การออกกำลังกายประกอบเพลงโคราชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ชูณรงค์ สุขประเสริฐ. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองบัว อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ฐิติพร อินศร. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐภรณ์ หาดิ. (2555). ไขมันในเลือดสูง. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.srinagarind-ph.kku.ac.th>. [สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2560].
- ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546). ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด. (2556). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทัศนะ วงศ์รัตนติก. (2560). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2543). ชีง การหายใจและการเคลื่อนไหวเพื่อบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. [ออนไลน์] ได้จาก : http://thaincd.com/document/file/download/others/diabetes_2556.pdf [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560].
- จิติสุดา สมเวทีและคณะ. (2554). ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทย ชีงต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 38(4), 81-92.
- ธีรานี โหมขุนทด. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา การแพทย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. เอกสารการสอน.
- ประจวบ สุขสัมพันธ์. (2550). ผลของระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2543). การวิเคราะห์งานสถานีนอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- ประเวช ะสี. (2535). วิธีคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประสาร เปรมะสกุล. (2550). ลดความดันเลือดด้วยตัวเอง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ประเสริฐ อุตสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนียนศรีเอชั่น.

- ปราณี ลอยหา. (2550). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านค้ออำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปริญญช แยมวงษ์. (2546). *Life Style Modification and DASH Diet ใน พิระ บุรณะกิจเจริญ (บรรณาธิการ), ความดันโลหิตสูงท้นยุค 2546*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมณฑนา เหมชะญาติ. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 22(2), 61-70.
- ปิยนุช รักพานิช. (2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด: กับการปฏิบัติตัวการ ทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. ม.ป.ป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญยวีร์ ประเสริฐไทยและคณะ. (2553). *ผลของการออกกำลังกาย ขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง*. วารสารการพยาบาล. 25(4), 80-85.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยาขอนแก่น.
- พนิดา อวารณ์. (2560). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2556). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง (2013 ESH/ESC Guidelines)*. [ออนไลน์] ได้จาก: [http://thaihypertension.org/files/250.Hypertension Guideline 2013.pdf](http://thaihypertension.org/files/250.Hypertension%20Guideline%202013.pdf). [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560].
- เพลินพิศ วิยะทัศน์. (2542). *การดูแลสุขภาพที่บ้าน*. ม.ป.ป. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรวลัย อ่อนชาติ. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองโดยบุคคลต้นแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไพโรจน์ มะกล้าดำ. (2558). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง*. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร.10(1), 20-39.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บัณลี. (2542). *อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- รัตนกร จันใดและคณะ. (2559). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 5(1), 75-89.
- รุจา ภูโพนุลย์. (2537). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์และคณะ. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิทยา ศรีตามา. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4*. พิมพ์ครั้งที่3 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัญญา คล้ายสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

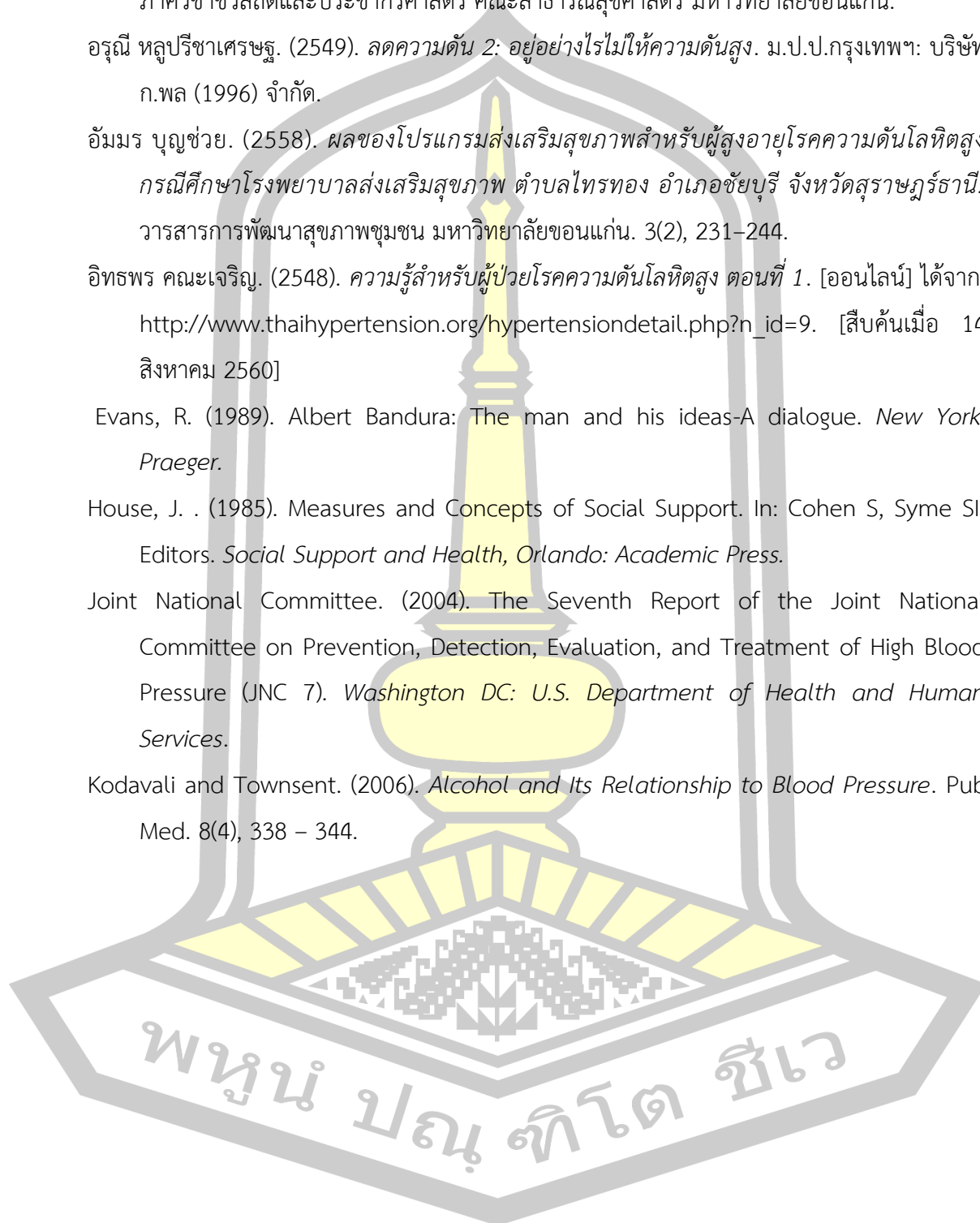
- ศิวพร คชารักษ์. (2550). *โปรแกรมอาหารลดความดันแบบ DASH. ใกล้เคียง, 31(2), 44-48.*
- ศุขญา แก้วสกุลทอง. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในสตรีวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่1. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.*
- ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ. (2560). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะทุ่ม ตำบลจันทิก อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2551). *รายงานประจำปี 2551 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ตุลาคม 2550 - กันยายน 2551). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [ออนไลน์].* ได้จาก: www.dms.moph.go.th/images/ebook/pdf/ht_ebook.pdf. [สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2560].
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. [ออนไลน์].* ได้จาก: [http:// www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/ht20121024.pdf](http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/ht20121024.pdf). [สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2560]
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (แพทย์หญิงเนติมา คูณิย, Ed.). นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.*
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.*
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.*
- สมพร กันทรดุขฎี เตรีียมชัยศรี. (2549). *การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.*

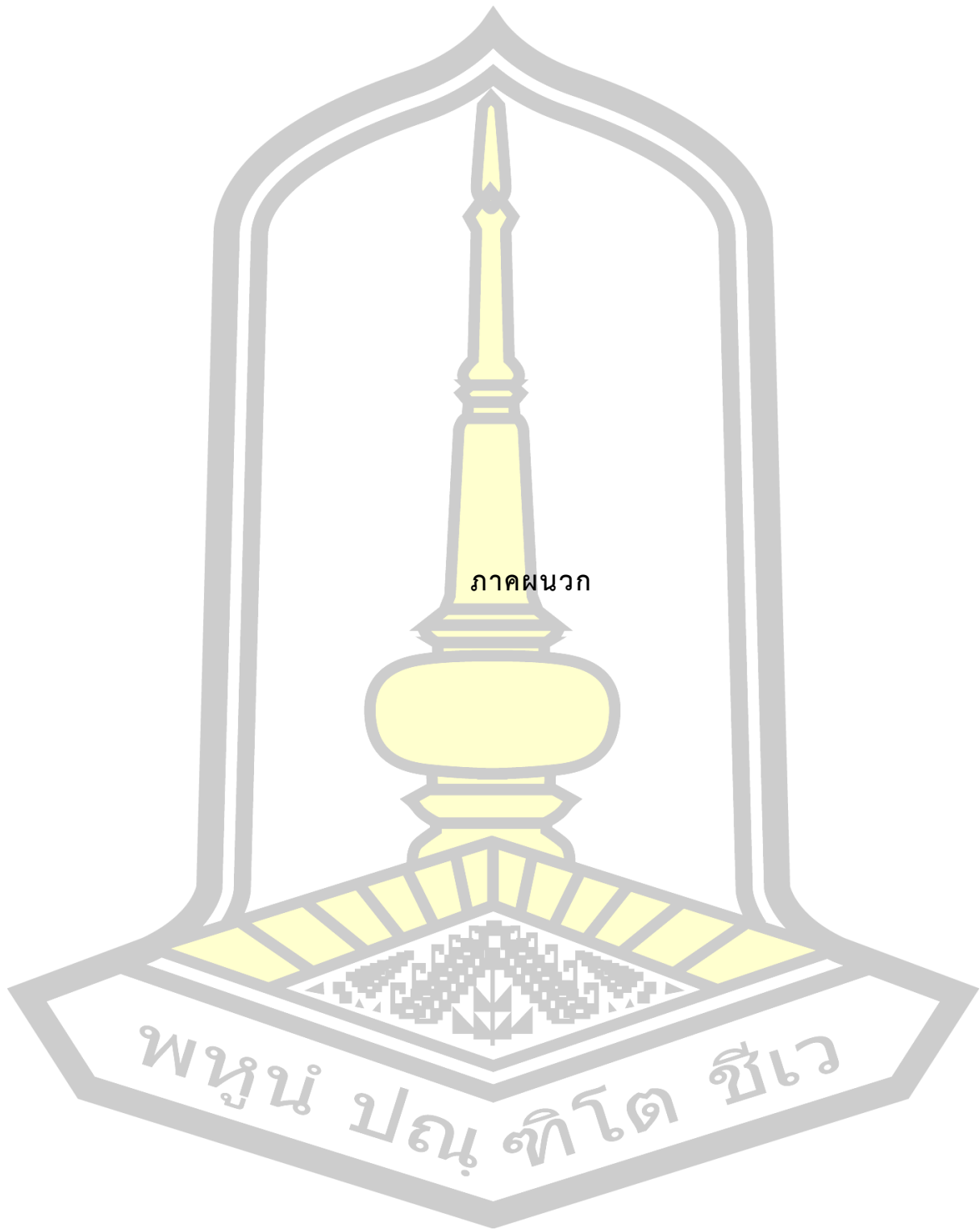
- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2552). *การปฏิบัติสมาธิ เพื่อการเยียวยาสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม Theories and Techniques in Behavior Modification*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf> [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560]
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: บริษัท ฮันน่าพรินติ้ง จำกัด.
- สัญญา สุปัญญาบุตร. (2557). *ผลของการออกกำลังกายร่วมกับสมาธิบำบัดที่มีต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2545). *คู่มือหมอครอบครัว : เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : โครงการเพิ่มพูนความรู้ใน รพ.สต. (2554). *ชุดคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักบริหารการสาธารณสุข. (2556). *แนวทางพัฒนาระบบบริการ สุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM,HT,COPD,STROKE)*. ม.ป.ป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง. (2560). *รายงานการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ปี 2557- 2559*. โปรแกรมฐานข้อมูลคลินิกมินิ [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560].
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 4*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic58.pdf. [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560].
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปีงบประมาณ 2558*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://thaincd.com/document/%09file/download/knowledge/Clinic-NCD2015.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560].
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/media.php?tid=30&gid=1-015>. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560].
- สุจินดา ริมศรีทอง. (2548). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- สุดารัตน์ วาเรศ. (2556). *ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีต่อดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาวิทยาลัย สาขาการจัดการเรียนรู้พลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2554). *ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุฒสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง : การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. ม.ป.ป.กรุงเทพฯ: ชุมชนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุพากร วังคะวียง. (2555). *ผลของการเล่าเรื่องต่อพฤติกรรมการเดินเร็ว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภัทสรุ พิชญพงษ์โสภณและจุฬารณณ์ โสตะ. (2561). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา*. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.41(1),56-69.

- สุภา อินทร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร มาลีวรรณ. (2559). *ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). *ยาที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูง*. วารสารหมอชาวบ้าน, 23 (271), 20-21.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 1 : แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา*. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: วิเจพรินติ้ง.บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิง.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุรางคณา คงเสื่อ. (2560). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุวิทย์ พิมพ์ภาค. (2555). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนประทาย ตำบลหนองแห่น อำเภอกุตุชุม จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(4), 53 – 66.
- เสาวนีย์ ศรีดิระกุล. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง*. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 29 (1), 49-58.
- อภิชาติ สุนทรธรรม. (2553). *Coronary Artery Disease : The New Frontiers*. Chaing Mai: N.P.
- อรสรวง บุตรนาคและคณะ. (2547). *คู่มือความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.

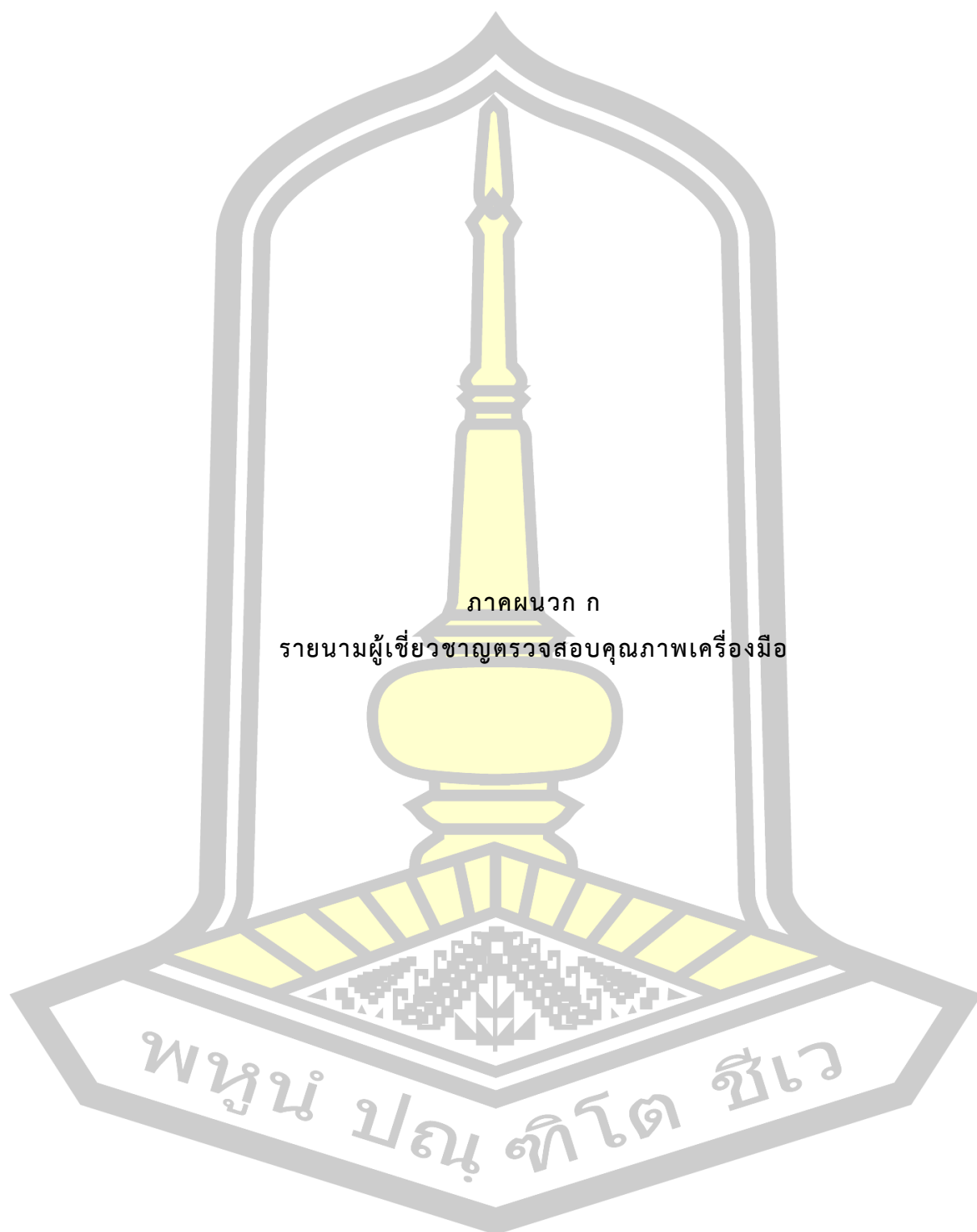
- อรุณ จีรววัฒน์กุล. (2551). *ชีวิตริตีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตริตีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณี หลูปรีชาเศรษฐ. (2549). *ลดความดัน 2: อยู่อย่างไรไม่ให้ความดันสูง*. ม.ป.ป.กรุงเทพฯ: บริษัท ก.พล (1996) จำกัด.
- อัมมร บุญช่วย. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(2), 231-244.
- อิทธิพร คณะเจริญ. (2548). *ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตอนที่ 1*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=9. [สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2560]
- Evans, R. (1989). *Albert Bandura: The man and his ideas-A dialogue*. New York: Praeger.
- House, J. . (1985). *Measures and Concepts of Social Support*. In: Cohen S, Syme SI, Editors. *Social Support and Health*, Orlando: Academic Press.
- Joint National Committee. (2004). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Kodavali and Townsent. (2006). *Alcohol and Its Relationship to Blood Pressure*. Pub Med. 8(4), 338 - 344.





ภาคผนวก

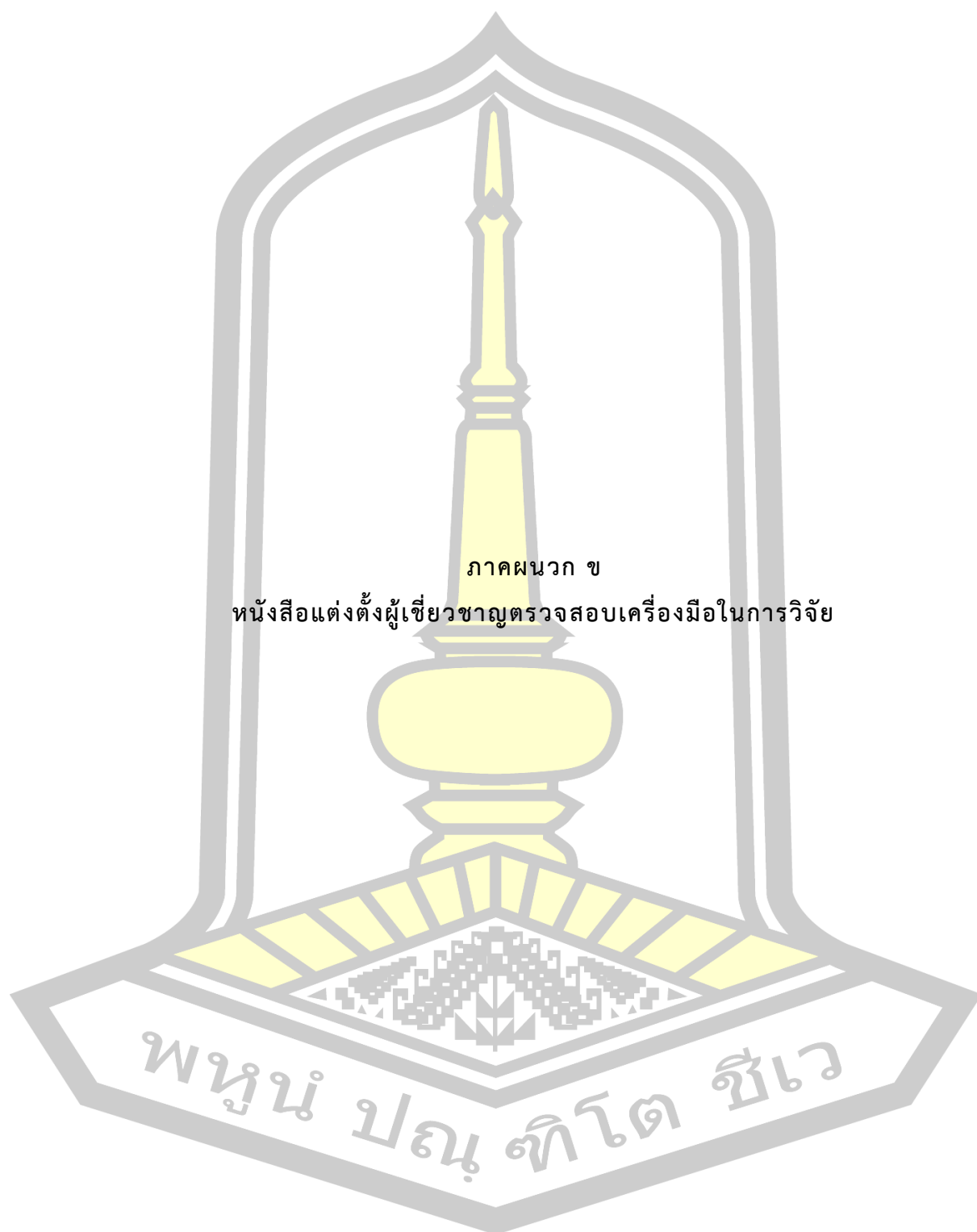
พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พูน ปรณุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

หนังสือแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว



PHI

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบคำขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสประจำตัว ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕
๒. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาธารณสุขศาสตร์
๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
(ภาษาอังกฤษ) The Effect of the Health promotion Model to improve Behavior Control of Hypertension patient with hypertension in , Noen Yang Sub-district, Kham Muang District, Kalasin Province.
๔. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นายสายัณห์ ใจทาน
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอคำม่วง
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๕. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นางนาถนรินทร์ ทริย์กุล
วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรบัณฑิต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๖. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นางนันทา วิชาศรี
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๗. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) แพทย์หญิงอริสรา ภูงามจิตร์
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ตำแหน่ง แพทย์
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๘. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นางวนิดา นังตะลา
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ลงชื่อ นิสิต
(นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์)

วันที่ ๒๒ เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

๗. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ /อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นชอบแล้ว

ลงชื่อ
(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน)

วันที่ ๑๒ เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

๘. ดำเนินการแล้ว

ลงชื่อ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรมพิชญ์ พรหมพันธ์)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บ.ช. บ.น. ต.ช. ต.ด.



บันทึกข้อความ

PH 117
12 มี.ค. 2561
16.704

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓
ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสบัณฑิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) และได้ดำเนินการขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย จำนวน ๕ ท่าน คือ ๑) นายสายัณห์ ใจทาน สาธารณสุขอำเภอคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๒) นางนภนรินทร์ ทรัพย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๓) นางนรินาท วิลาศพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔) แพทย์หญิงอริสรา ภูงามจิตร์ แพทย์ประจำโรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๕) นางวนิดา นังตะลา เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและพิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านอนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ต่อไป ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

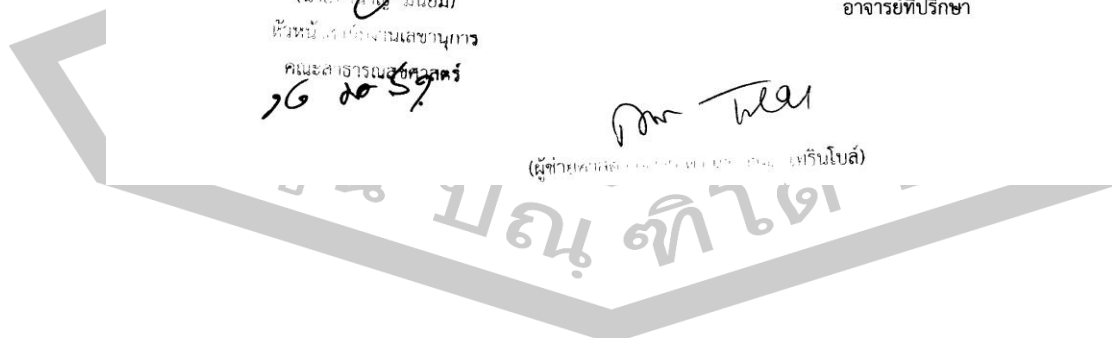
Signature
16/01/2021

ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์
(นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์)
นิสิต

Signature
(นายชัยสิทธิ์ มณีนิม)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
16 10 59

Signature
(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)
อาจารย์ที่ปรึกษา

Signature
(ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารและแผนงาน (เมรินโบลิ)





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๑ ๑๒๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายสายัณห์ ใจทาน

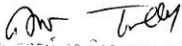
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บเครื่องมือ (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุจรตม เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

บุญ ใจทาน



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๒๗๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางนาถนรินทร์ ทรัพย์กุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครรวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บเครื่องมือ (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

บณ ๓๒๗๑

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ร ๑๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางนันทา วิชาศรี

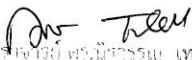
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บเครื่องมือ (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์) 
รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะที่คณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ร.๒๖๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน แพทย์หญิงอริสรา ภูงามจิตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บเครื่องมือ (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและแผนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

บุญทิชา

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๐:๙๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้ใช้ยาควบคุมตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางวนิดา นังตะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บเครื่องมือ (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขออนุญาตให้จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

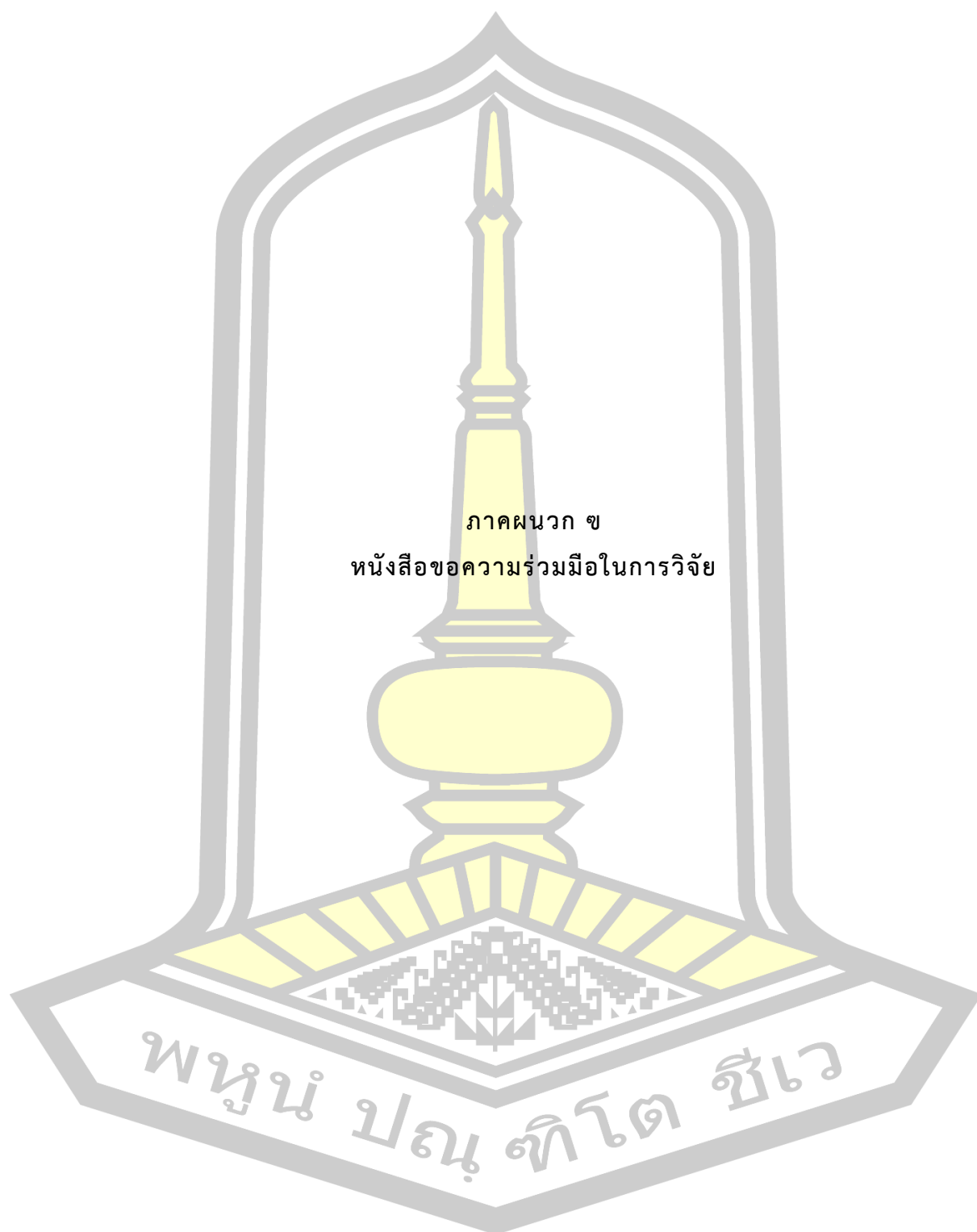
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพร เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบคำขออนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

๑. ชื่อ-สกุล นิสิต นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัส นิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕
๒. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาธารณสุขศาสตร์
๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
(ภาษาอังกฤษ) The Effect of the Health promotion Model to improve Behavior Control of Hypertension patient with hypertension in , Noen Yang Sub-district Kham Muang District, Kalasin Province.
๔. สถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพน ตำบลโพน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๕. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพน จำนวน ๓๐ ตัวอย่าง
๖. ระยะเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวันที่ มกราคม ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....*ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์*..... นิสิต
(นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์)
วันที่ ๑๖ เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

๗. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์/อาจารย์ที่ปรึกษาเห็นชอบแล้ว

ลงชื่อ.....*Dr. S. S. S.*.....
(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน)
วันที่ ๑๖ เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

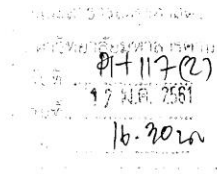
๘. ดำเนินการแล้ว

ลงชื่อ.....*Dr. Teer*.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีชัยกร กนกพรทิพย์)
(คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์)
รองคณบดีฝ่ายนิเทศศาสตร์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
คณบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์

บุญ ภิบาล



บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือสำหรับการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวชินณพัตน์ พรหมพันธ์ รหัสบัณฑิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนະบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านอนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

นางสาวชินณพัตน์ พรหมพันธ์
นิสิต

(Signature of Chinnapattana Promphan)

(Signature of Dr. Santisri Kiathehin)

อ.ดร.สันติสิทธิ์ พงษ์นิษฐ์
(นางสาวชินณพัตน์ พรหมพันธ์)
นิสิต

(Signature of Dr. Santisri Kiathehin)

(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน)
อาจารย์ที่ปรึกษา

(นางสาวชินณพัตน์ พรหมพันธ์)

ศึกษานิเทศก์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

๑๖ ๑๑ ๕๙

(Signature of Dr. Nivattana Thairibol)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัตรภณ (เตรียมโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

บันทึกข้อความ

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตยืมเครื่อมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพ

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตยืมเครื่อมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพ ตำบลโพ อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน ๓๐ คน สำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เทวีวรรณ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



บันทึกข้อความ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. ๑๙๙๗ (๖)
12 มี.ค. 2567
16.304

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓
ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๗
เรื่อง ขออนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสบัณฑิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ทำขออนุมัติลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ต่อไป ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(7๐๘) [Signature] [Signature]
[Signature] [Signature]

ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์
(นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์)
นิสิต

[Signature]
(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน)
อาจารย์ที่ปรึกษา

(นายคณบดี) [Signature]
หัวหน้างาน [Signature]
คณะสาธารณสุขศาสตร์
๑๖ มกราคม ๒๕๖๗

[Signature]
(ผู้ช่วยคณบดี) [Signature]
รองคณบดี [Signature]
คณะสาธารณสุขศาสตร์





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบคำขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

๑. ชื่อ-สกุลนิสิต นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕
๒. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาธารณสุขศาสตร์
๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
(ภาษาอังกฤษ) The Effect of the Health promotion Model to improve Behavior Control of Hypertension patient with hypertension in , Noen Yang Sub-districtKham Muang District, Kalasin Province.
๔. สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
๕. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน ๔๕ คน และในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน ตำบลนาบอน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน ๔๕ คน
๖. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....*ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์*..... นิสิต
(นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์)
วันที่.....๑๒.....เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

๗. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์/อาจารย์ที่ปรึกษาเห็นชอบแล้ว

ลงชื่อ.....*สันติสิทธิ์ เขียวเงิน*.....
(อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)
วันที่.....๑๒.....เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

๘. ดำเนินการแล้ว

ลงชื่อ.....*ดร. ปณิธิ ใจใส*.....
รองคณบดี (คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์) (นางสาวปณิธิ ใจใส)
วันที่.....๑๒.....เดือน มกราคม พ.ศ ๒๕๖๑

ปณิธิ ใจใส

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๑ ๓๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเฝ้าระวังและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอคำม่วง

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และ อ.ดร.สุทิน ชนະบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตเฝ้าระวังจากท่านให้ นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๙๐ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน จำนวน ๔๕ คน และ อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน จำนวน ๔๕ คน สำหรับการทำให้วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรินทร์ นรินทร์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๑๓๘

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อกำจัดทำวิทยานิพนธ์


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสนิสิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตเคราะห้จากท่านให้ นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๕ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิจิรวรรณ เทรินโบล์)
รองคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บุญ ภิเษก

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๑๓๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบอน

ด้วย นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ รหัสบัณฑิต ๕๙๐๑๑๔๘๐๐๑๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตจากท่านให้ นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๕ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอก้ามวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตินิติจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุฒกลาง เจริญโบล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

บ.ช. บ.ณ. ที.ไ.เต



ภาคผนวก ค
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุ ประจักษ์ ชีวะ



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 015 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้วิจัย : นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่รับรอง : 16 มกราคม 2561

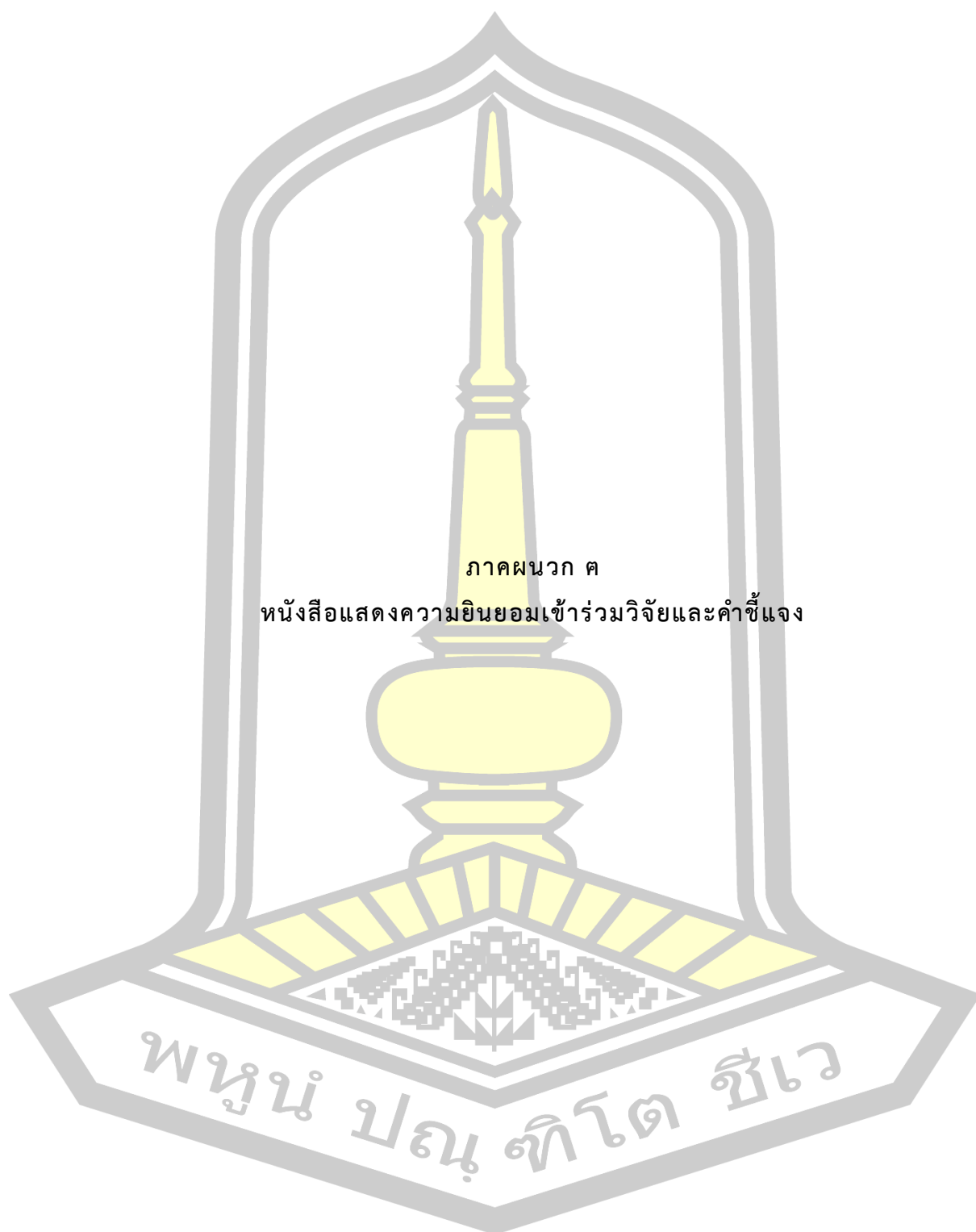
วันหมดอายุ : 15 มกราคม 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์สงครามชัย สีทองดี)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

บุญทิใจ



ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและคำชี้แจง

พหุ ประจักษ์ วิทยา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจโปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้ที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชินนพัฒน์ พรหมพันธ์ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ศูนย์การเรียนรู้จังหวัดมหาสารคาม

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
เบอร์โทรศัพท์ 089 6993645

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

1. วัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ความมุ่งหมายเฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองดังต่อไปนี้

2.1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

2.1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2.1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

2.1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง

3. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ซึ่งท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสม ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้

4. การวิจัยครั้งนี้ คือ

4.1 กลุ่มทดลองจำนวน 45 คน

4.2 กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 45 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 3 เดือน (12 สัปดาห์)

(ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม 2561 ถึง เดือน เมษายน 2561)

5. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1 การเตรียมการก่อนการวิจัย

ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับตำบล โดยการประสานทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เข้าถึงชุมชนโดยการเข้าไปทำความรู้จักกับแกนนำชุมชน และลงพื้นที่พบพูดคุยกับประชาชนในชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และการยอมรับจากชุมชน

5.2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการกำหนดกิจกรรมดำเนินการเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผ่านกิจกรรมการพูดคุยด้วยคำพูด การพูดโน้มน้าวให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติตัว การแจกคู่มือ สมุดบันทึก และแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐาน การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกฐานโดยมีการเซ็นรับทราบผ่านสมุดการเข้าฐานในแต่ละฐานให้ครบประกอบด้วย

ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ

ฐานที่ 2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว

ฐานที่3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาดิต การฝึกปฏิบัติการการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิ่ง (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่4 ฐานเรียนรู้วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ คือ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้ได้เรียนรู้จากการเรียนรู้จากตัวแบบจริง โดยเชิญผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการปฏิบัติตัวดี ควบคุมความดันได้มานาน โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการพูดคุย ถ่ายทอดประสบการณ์ของการปฏิบัติตัว จำนวน 2 คน แก่กลุ่มตัวอย่างและการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์คือการชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งกลุ่ม เพื่อเขียนระบายความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพลงในกระดาษแล้วสรุปเป็นของแต่ละกลุ่ม เพื่อนำเสนอ เป็นภาพรวมของทุกคนเพื่อที่จะหาข้อสรุปสิ่งที่ได้ และการส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิต

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านประกอบด้วยการ วัดความดันโลหิตและให้ข้อมูลย้อนกลับ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผลการบันทึกการปฏิบัติตัวในแต่ละวันด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด การมอบเกียรติบัตร รางวัลแก่ผู้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี

6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับฟังการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การฝึกการออกกำลังกาย การฝึกทำสมาธิบำบัด การเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้จะมีการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกิจกรรม

7. หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลใด ๆ กับท่าน ท่านจะได้รับบริการสาธารณสุขได้ตามปกติ

8. หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย เช่น มีข้อสงสัยจะสอบถามเกี่ยวข้องกับ การวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัย คือ นางสาวชินณพณ์ พรหมพันธ์ ได้ทันที หรือโทรติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 089 6993645

9. ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

จากการเข้าร่วมวิจัย ท่านจะได้รับอาหารกลางวัน อาหารว่าง ในการทำกิจกรรมทุกครั้งและ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ท่านจะได้รับใบประกาศนียบัตร และได้รับของที่ระลึกจากผู้วิจัยโดยไม่มี ค่าใช้จ่ายใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบังข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อ สาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็น รายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ ล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทราบ โดยติดต่อที่หมายเลข โทรศัพท์

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้วยินดีดำเนินการตามเงื่อนไข

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ: หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ ผู้ปกครอง/ผู้แทน โดยชอบธรรมเป็นผู้อ่านให้เปลี่ยนสรรพนาม “ ท่าน ” เป็น “ เด็กในปกครองของ ท่าน ” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม

คำแนะนำในการเขียนใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

1. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จัดทำเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษา/ผู้แทนโดยชอบธรรมเซ็นต์ชื่อเป็นหลักฐาน (ต้องจัดทำสำเนาให้ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1 ชุดด้วย) ซึ่งในแบบยินยอมจะประกอบด้วยสาระสำคัญดังต่อไปนี้

- 1.1 ชื่อโครงการ
- 1.2 ชื่อ-นามสกุลของผู้ยินยอม
- 1.3 สิทธิในการร้องเรียน/ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ
- 1.4 บุคคล สถานที่ และเบอร์โทรศัพท์ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา

จากการวิจัย

1.5 ลายเซ็นของผู้ยินยอมและวันเดือนปี (การกระทำใด ๆ กักร่างกายของบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องมีผู้เซ็นชื่อยินยอมด้วย) ดังนี้

กรณีที่บิดามารคายังมีชีวิตและอยู่ร่วมกันต้องเซ็นชื่อทั้ง 2 คน

กรณีที่บิดา/มารดา เสียชีวิต ให้บิดาหรือมารดาที่มีชีวิตเป็นผู้เซ็นชื่อยินยอม

กรณีที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดา/มารดาให้ผู้ปกครอง (ใช้คำว่าผู้ใช้อำนาจปกครอง) เซ็นชื่อ

กรณีที่บิดา/มารดา แยกทาง ให้มารดา/ผู้มีอำนาจปกครอง เซ็นชื่อยินยอม

2. โครงการวิจัยที่ต้องมีใบยินยอม ได้แก่

โครงการที่เป็นการรักษาหรือการตรวจในผู้ป่วยที่มีทางเลือก (Option)

การศึกษาในอาสาสมัครปกติหรือผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการที่ Invasive เช่น ส่องกล้องเจาะเลือด

โครงการที่เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการทดลองยาใหม่ (ยาที่ยังไม่ได้จดทะเบียนในประเทศ)

โครงการที่ต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ผู้เกี่ยวข้อง

ดูตัวอย่างใบยินยอมได้จากหน้าถัดไป (เขียนเพิ่มเติมได้ แต่ไม่ควรตัดสาระสำคัญของตัวอย่างที่ให้ไว้)

พญ. ปณ. ศิโรต ชีเว

แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....
 อายุ.....ปี อาศัยอยู่ชุมชนบ้านเลขที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการที่จะกระทำกับข้าพเจ้า การปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับข้าพเจ้าจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้คือ นางสาวชินนพัฒน์ พรหมพันธ์ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะขอถอนการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าโดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

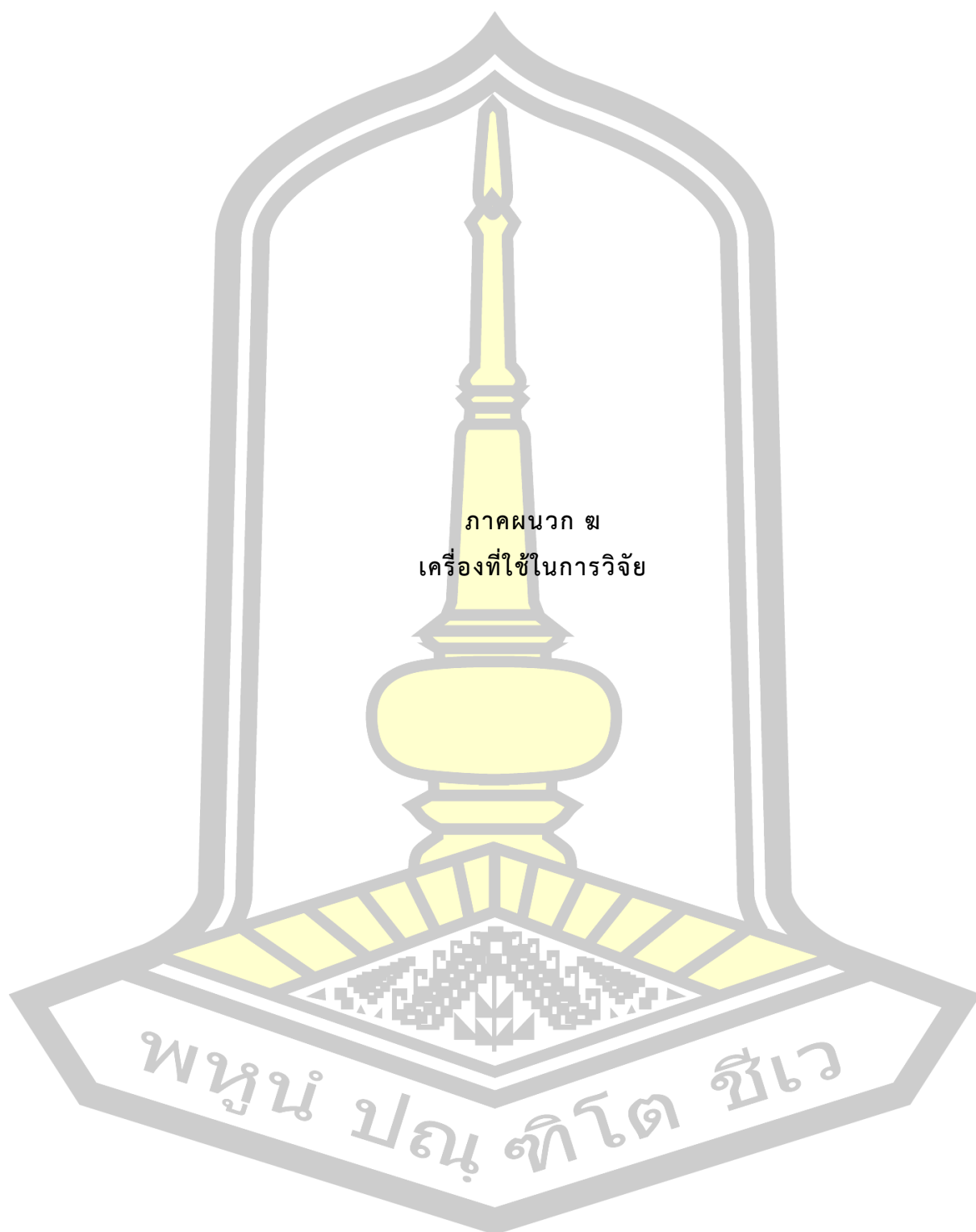
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจโดยนักวิจัยได้ให้สำเนาแบบยินยอมที่ลงนามแล้วกับข้าพเจ้าเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน จำนวน 1 ชุด

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน



ภาคผนวก ข
เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทัย

สำหรับผู้วิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

กลุ่มทดลอง ครั้งที่.....

กลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
คำชี้แจง เกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบทุกข้อเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

3. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง

ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ตอนที่ 3.1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต จำนวน 24 ข้อ

ตอนที่ 3.2 แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวน 45 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยอ่านคำถามให้ละเอียด แล้วจึงตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ศึกษาจะนำข้อมูลมาวิจัยประกอบการศึกษา และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่จะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน (ไม่ต้องลงชื่อ - สกุล)

กราบขอบคุณท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามผู้ศึกษา

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

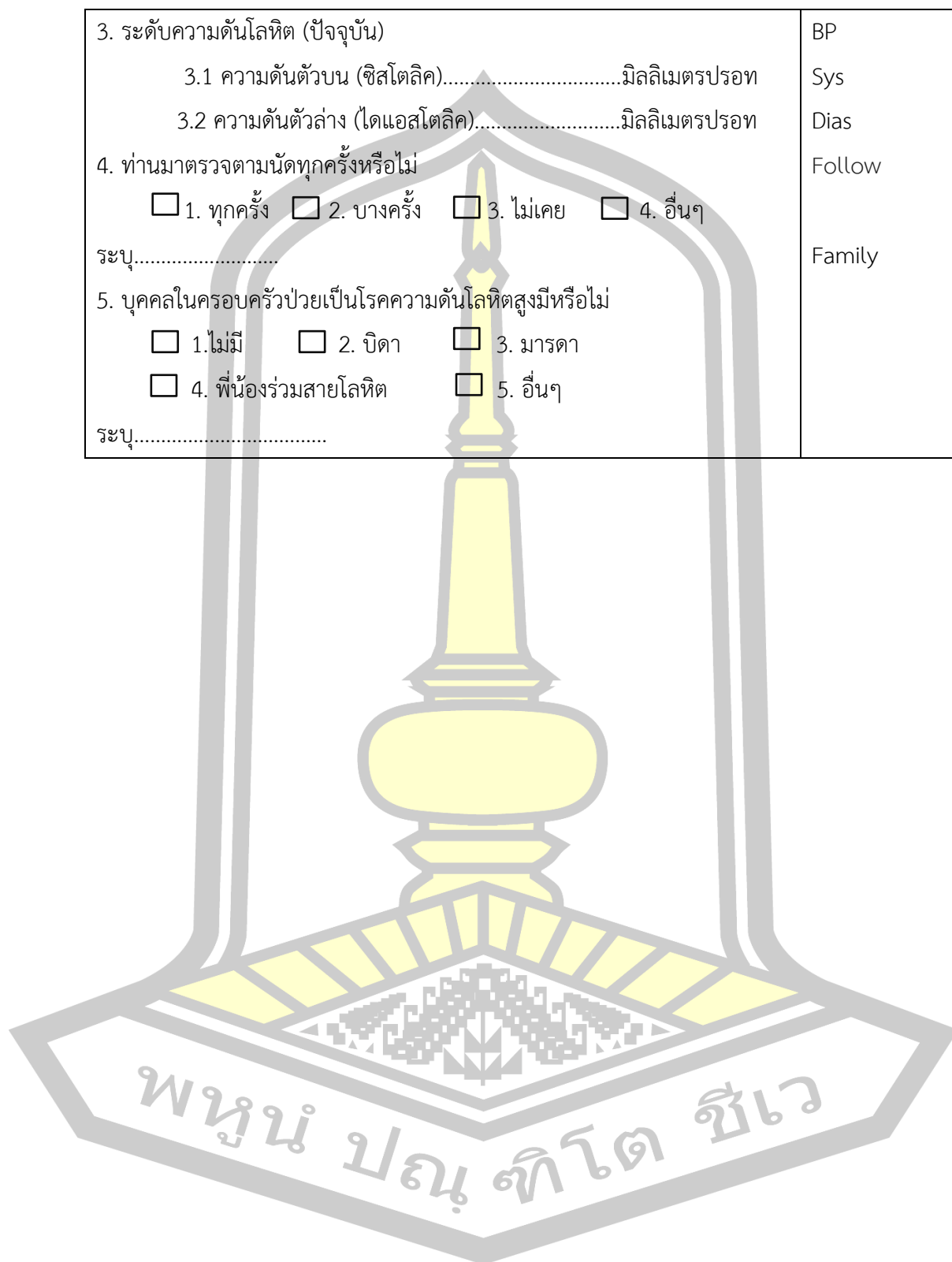
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input checked="" type="checkbox"/> 2. หญิง	Sex
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ (นับปีเต็ม)..... ปี	Age
3. รอบเอว.....เซนติเมตร	Wai
4. น้ำหนัก.....กิโลกรัม	Weight
5. ส่วนสูง.....เซนติเมตร	Hight
6. ดัชนีมวลกาย (BMI)..... กก./ม ²	BMI
7. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หย่า <input type="checkbox"/> 4. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 5. หม้าย <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Status
8. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Edu
9. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ/พนักงานวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Occ
10. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน	Inc
11. สิทธิการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> 1. จ่ายเอง <input type="checkbox"/> 2. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> 3.สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> 4. สิทธิประกันสังคม <input type="checkbox"/> 5.สวัสดิการของข้าราชการ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Rtt

	สำหรับผู้วิจัย
<p>12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 2. สูบ วันละ.....มวน</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เคยสูบ แต่เลิกแล้ว <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....</p>	Smoking
<p>13. ปัจจุบันท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่ม</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ดื่มโปรดระบุ <input type="checkbox"/> 2.1) ดื่มทุกวัน วันละ.....แก้ว</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2) ดื่บบางวัน.....แก้ว</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3) ดื่ม เมื่อมีเทศกาลสำคัญ.....แก้ว</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4) อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว</p>	Drink
<p>14. ท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใดมากที่สุด</p> <p><input type="checkbox"/> 1. หวาน <input type="checkbox"/> 2. มัน <input type="checkbox"/> 3. เค็ม <input type="checkbox"/> 4. จืด <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ...</p>	Taste
<p>15. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> 1.2 อสม.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3 เพื่อน/คนรู้จัก <input type="checkbox"/> 1.4 วิทยุ</p> <p><input type="checkbox"/> 1.5 วารสาร/นิตยสาร <input type="checkbox"/> 1.6 โทรทัศน์</p> <p><input type="checkbox"/> 1.7 หนังสือพิมพ์ <input type="checkbox"/> 1.8 งานนิทรรศการจากหน่วยงาน</p> <p>ต่างๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1.9 ญาติ/พี่น้อง <input type="checkbox"/> 1.10 อื่นๆ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 ไม่สนใจ <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่เคยได้รับข่าวสารข้อมูล</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 อื่นๆ (ระบุ).....</p>	Appli
<p>ส่วนที่ 1.2 ประวัติการเจ็บป่วย</p> <p>1. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี.....เดือน</p> <p>2. ความเจ็บป่วยที่พบร่วม</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....</p>	illness Compli

<p>3. ระดับความดันโลหิต (ปัจจุบัน)</p> <p>3.1 ความดันตัวบน (ซิสโตลิก).....มิลลิเมตรปรอท</p> <p>3.2 ความดันตัวล่าง (ไดแอสโตลิก).....มิลลิเมตรปรอท</p> <p>4. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ</p> <p>ระบุ.....</p> <p>5. บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. บิดา <input type="checkbox"/> 3. มารดา</p> <p><input type="checkbox"/> 4. พี่น้องร่วมสายโลหิต <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ</p> <p>ระบุ.....</p>	<p>BP</p> <p>Sys</p> <p>Dias</p> <p>Follow</p> <p>Family</p>
--	--

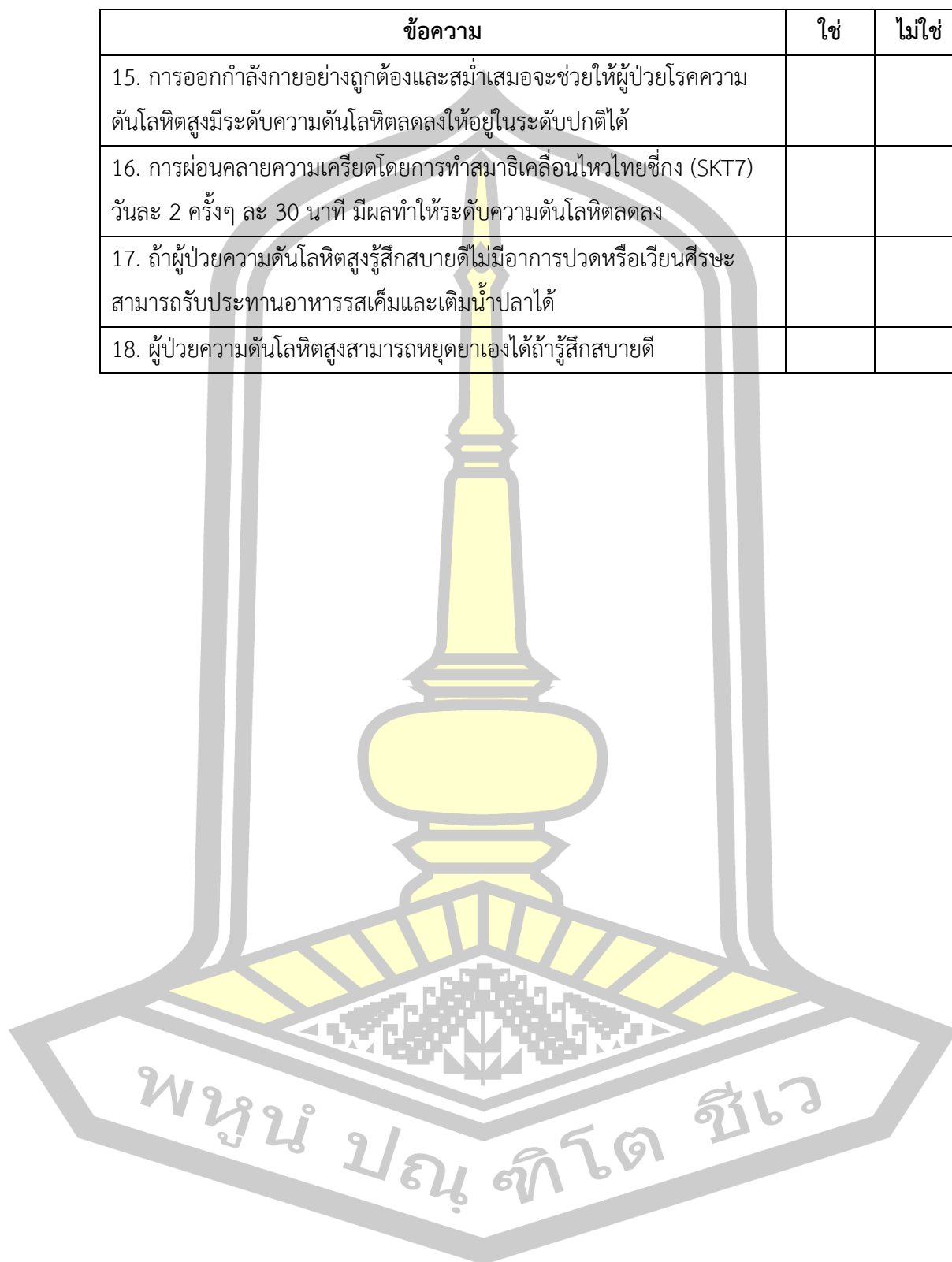


ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : กรุณาเลือกพิจารณาข้อความที่ท่านเห็นว่าจริงแล้วเลือกเติม ✓ ลงในข้อความนั้น

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท		
2. คนอ้วน เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติ		
3. อาการที่พบบ่อยแสดงถึงอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง		
4. ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปกติดีแต่หากวัดความดันโลหิตแล้วอาจมีระดับความดันโลหิตสูงได้		
5. การที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตก/ตีบ/ตัน เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้		
6. การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง ปลาจืด ผงชูรส กะปิ มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
7. การรับประทานอาหารประเภทไขมันมาก เช่น หมูสามชั้น มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ไม่มีผลทำให้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงขึ้น		
9. การสูบบุหรี่ไม่มีผลทำให้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงขึ้น		
10. อารมณ์เครียด โมโห ฉุนเฉียว กลัว ตกใจ กังวล มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น		
11. เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต ตา เส้นเลือดในสมอง		
12. โรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขเหมือนคนปกติได้		
13. ถึงแม้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยก็ต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำ		
14. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
15. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงให้อยู่ในระดับปกติได้		
16. การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT7) วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง		
17. ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรู้สึกสบายดีไม่มีอาการปวดหรือเวียนศีรษะสามารถรับประทานอาหารรสเค็มและเติมน้ำปลาได้		
18. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาเองได้ถ้ารู้สึกสบายดี		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ข้อความ	ระดับการรับรู้		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม ให้น้อยลงได้			
2. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมูและอาหารทอดต่างๆ ให้น้อยลงได้			
3. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ที่มีส่วนผสมของ ผัก ผลไม้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารทั้งหมดทุกมื้อ			
4. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีผักสด,ผลไม้ไม่หวานทุกมื้อ			
5. ท่านสามารถลดอาหารที่ทำจากมะพร้าว เช่น แกงกะทิ ขนมใส่กะทิ ให้น้อยลงได้			
6. ท่านสามารถจำกัดเกลือในการปรุงอาหารไม่เกิน วันละ 1-2 ช้อนชา			
7. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีรสจืด เช่น แกงจืด			
8. ท่านคิดว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดได้			
9. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงได้			
10. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล สูงได้			
11. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์			
12. ท่านสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที			
13. ท่านสามารถให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่ตนปฏิบัติเป็นประจำให้ผู้อื่น ทำตามได้			
14. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นทำตามได้			

ข้อความ	ระดับการรับรู้		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
15. ท่านสามารถออกกำลังกายด้วยการทำกายบริหารหรือ บริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียด กล้ามเนื้อจนเป็นกิจวัตรประจำวันได้ เป็นแบบอย่างที่ดีในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ			
16. ท่านมั่นใจว่าถ้ารับประทานอาหารจำพวกหนึ่ง ต้ม อบ จะควบคุมน้ำหนักได้			
17. ท่านมั่นใจที่จะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้หงุดหงิดหรือ อารมณ์เสียบ่อยๆได้			
18. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้			
19. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจหรือเครียด ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด โดยการทำสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที			
20. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
21. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการสูบบุหรี่			
22. ท่านสามารถ ลด ละเลิก บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้			
23. ท่านสามารถหยุดยาได้เอง เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว			
24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรหยุดยาหรือเพิ่มยาคด้วยตนเอง			

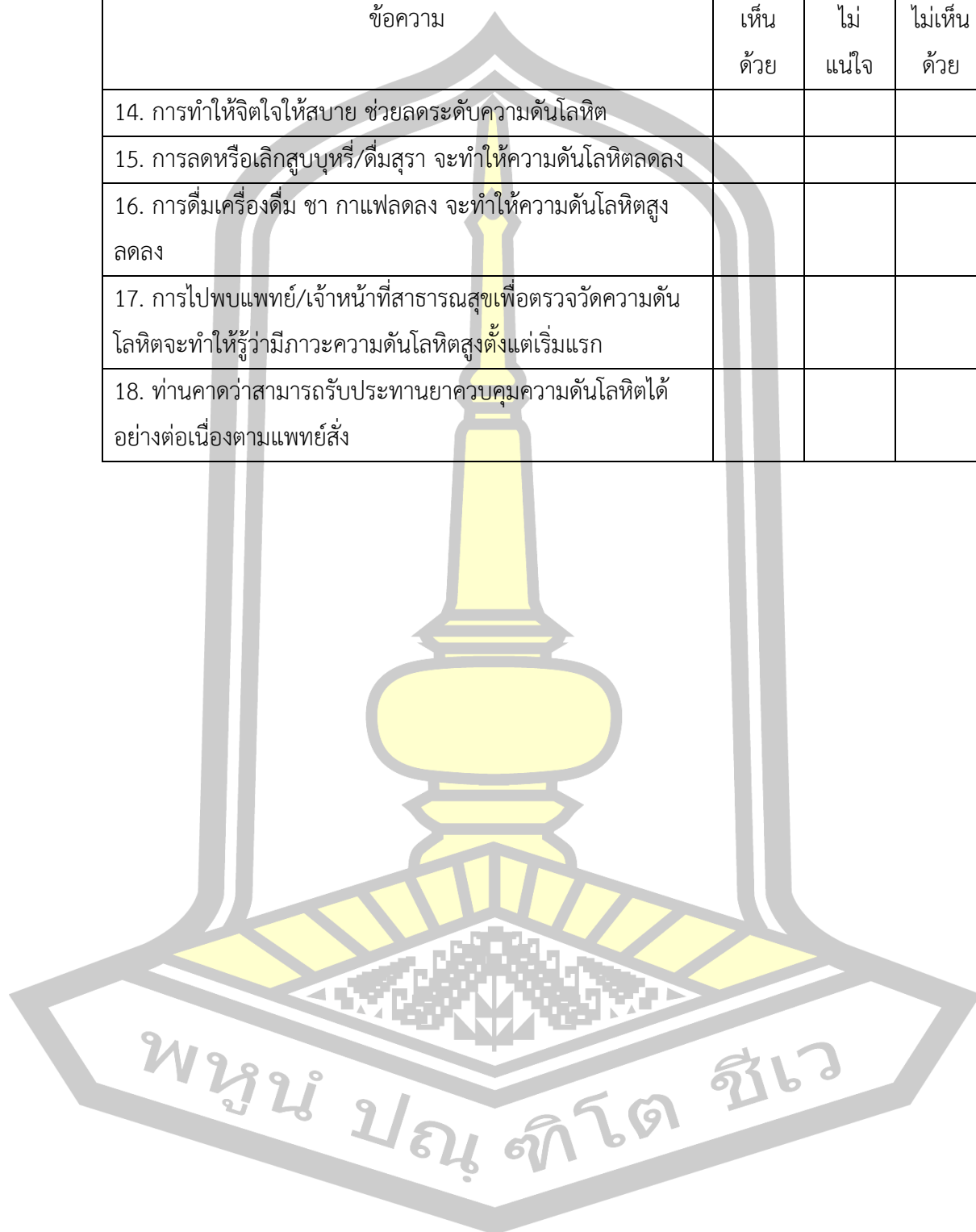
พูน ปณ ทัโต ชเว

ส่วนที่ 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ระดับการรับรู้		
	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. การรับประทานอาหารเช้าให้น้อยลงมีผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต			
2. การรับประทานอาหารเช้า ข้าวน้อยลงทำให้น้ำหนักตัวน้อยลง			
3. การรับประทานอาหารประเภทไขมัน อาหารทอด ใช้น้ำมันพืช ปริมาณน้อยจะทำให้เส้นเลือดอุดตันลดลง			
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักทุกชนิด ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด จะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้			
5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต			
6. การรับประทานอาหารที่มีรสจืด ช่วยลดระดับความดันโลหิตได้			
7. การดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมลดลง ทำให้ควบคุมน้ำหนักตัวได้			
8. การออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมอ จะมีผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต			
9. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ และไม่ต่ำกว่า 30 นาที จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ดีขึ้น ช่วยลดระดับความดันโลหิต			
10. การออกกำลังกายช่วยให้ผ่อนคลายความตึงเครียด			
11. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดี น้อยๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว			
12. ท่านคิดว่าการทำสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิง (SKT7) วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะสามารถผ่อนคลายความเครียดและลดระดับความดันโลหิตได้			
13. การพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้ร่างกายผ่อนคลายความเครียดได้			

ข้อความ	ระดับการรับรู้		
	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
14. การทำให้จิตใจให้สบาย ช่วยลดระดับความดันโลหิต			
15. การลดหรือเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา จะทำให้ความดันโลหิตลดลง			
16. การดื่มเครื่องดื่ม ชากาแฟลดลง จะทำให้ความดันโลหิตสูง ลดลง			
17. การไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจวัดความดัน โลหิตจะทำให้รู้ว่ามีความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มแรก			
18. ท่านคาดว่าจะสามารถรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตได้ อย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง			



ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของท่านใน 3 เดือนที่ผ่านมา โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าท่านได้ปฏิบัติเช่นใด การพิจารณาให้พิจารณาว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้มีการกระทำตามข้อความนั้นมากกว่า 3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้มีการกระทำตามข้อความนั้น 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำตามข้อความนั้นเลย 0 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

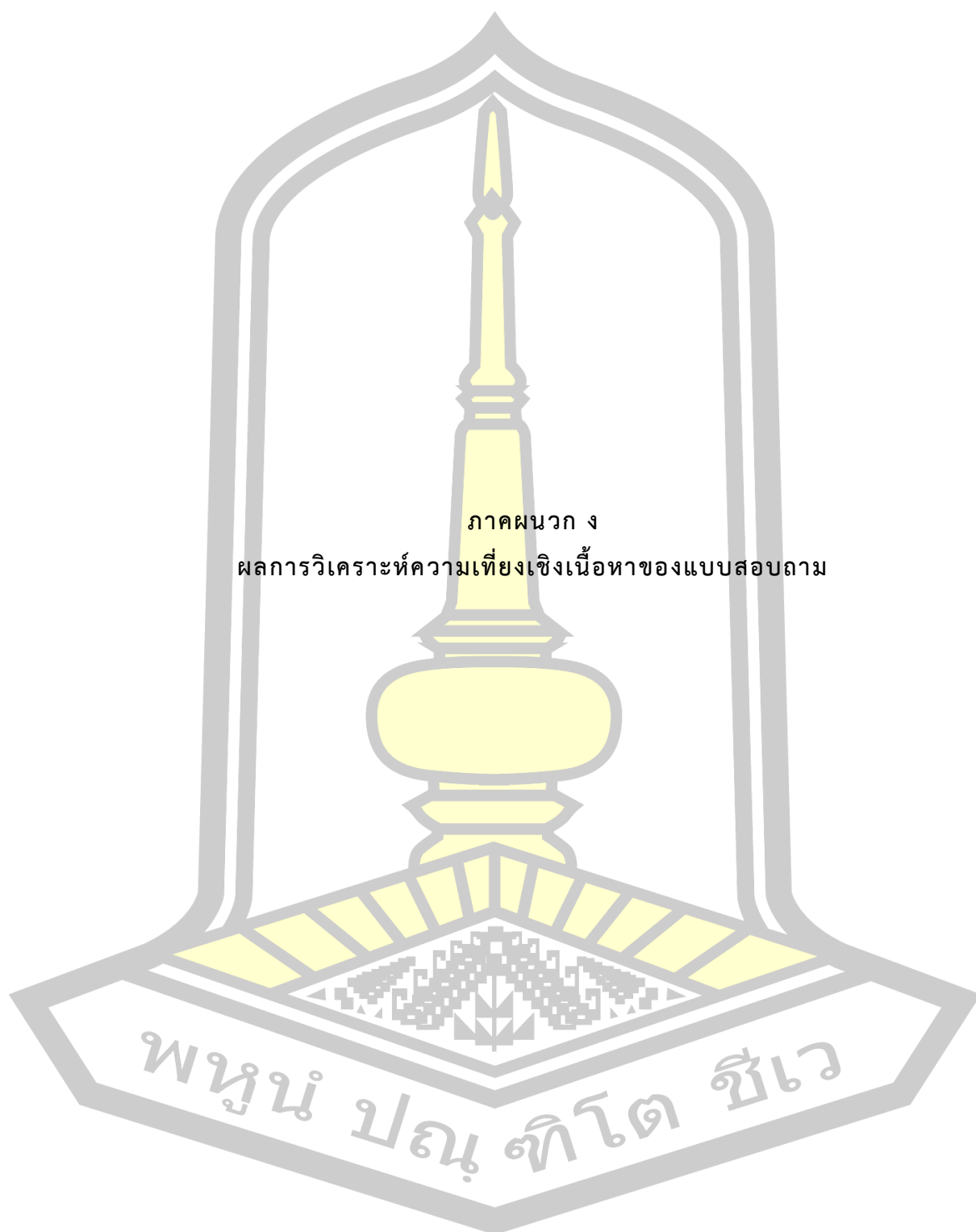
ข้อความ	ระดับการปฏิบัติตัว		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
<u>ด้านการบริโภคอาหาร</u>			
1. ท่านเคยรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่นเนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปลาร้า ปลาจ่อม น้ำพริก แจ่ว ป่น เป็นต้น			
2. ในระหว่างการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ท่านต้องเพิ่มเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซอสปรุงรส น้ำพริก เป็นต้น			
3. ท่านเคยรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมหรือเกลือวันละมากกว่า 1 ช้อนชา			
4. ท่านเคยรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มัสมั่นแกงคั่ว กล้วยบัวคั่ว บัวลอย ลอดช่อง เป็นต้น			
5. ท่านเคยรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณ 5 กำมือในอาหาร 1 วัน			
6. ท่านเคยรับประทานผักหลากหลายชนิดใน 1 วัน เช่น ผักบุ้ง กระถั่ว ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว เป็นต้น			
7. ท่านเคยรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หนังหมูทอด หนังไก่ทอด เป็นต้น			

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติตัว		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
8. ท่านเคยรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด			
9. ท่านเคยรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ลำไย ขนุน			
10. ท่านเคยรับประทานขนมต่างๆ ที่มีการเติมผงฟูเช่น ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง			
11. ท่านดื่มน้ำวันละ 8 แก้วขึ้นไป			
12. ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาโท เหล้าป่น เป็นต้น			
13. ท่านเคยดื่มกาแฟ หรือ ชา			
14. ท่านเคยดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน			
15. ท่านอ่านและเข้าใจฉลากที่ติดอยู่บนซองสินค้า เช่น อาหาร กระป๋อง นม เครื่องดื่ม ผงชูรส ผงปรุงรส เป็นต้น			
16. ท่านอ่านฉลาก เพื่อตรวจสอบปริมาณส่วนประกอบ ของเกลือ ผงชูรส เครื่องปรุงรส			
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>			
17. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์			
18. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที			
19. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงานบ้าน ติดต่อกันเป็นเวลานานจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก			
20. ท่านอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5- 10 นาที (ออกกำลังกายเบาๆ) ก่อนออกกำลังกายจริงทุกครั้ง			
21. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น การเดินไปทำนา เดินไปทำสวน เดินไปทำงานปั่นจักรยาน ในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน			
22. ท่านทำงานออกแรง เช่น ขุดดิน แบกสิ่งของ ยกของหนักจนทำให้รู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก			

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติตัว		
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
23. ท่านทำกายบริหาร หรือ บริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ			
24. ท่านออกกำลังกาย โดยการวิ่งเหยาะ เดินเร็ว เต้นแอโรบิกหรือกายบริหารจนทำให้เหงื่อออก			
25. ท่านออกแรง/ออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ อย่างน้อยวันละ 30 นาที			
26. เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะและหลังออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ท่านหยุดออกกำลังกายและไปพบแพทย์			
27. ท่านพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนอนหลับสนิทวันละ 6-8 ชั่วโมง			
28. ท่านทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา 5-10 นาที			
<u>ด้านการจัดการความเครียด</u>			
29. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีปัญหาท่านใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา			
30. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการปรึกษาคนใกล้ชิดพ่อแม่ ลูก ญาติพี่น้องหรือเพื่อน			
31. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อนวดคลายเครียด			
32. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการดูหนัง ฟังเพลง ดูรายการตลก ปลูกต้นไม้ เป็นต้น			
33. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการสวดมนต์นั่งสมาธิ			

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติตัว		
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
34. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
35. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการสูบบุหรี่			
36. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขว้างปาสิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะโวยวาย			
37. เมื่อมีสิ่งที่ทำให้ท่านไม่พอใจ / ไม่สบายใจมากกระทบท่านพยายามหลีกเลี่ยงไม่เครียด			
38. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีกง (SKT7) วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที			
ด้านการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด			
39. ท่านรับประทานยา ได้ถูกต้อง ตามขนาดที่แพทย์สั่ง			
40. ท่านรับประทานยา ได้ถูกต้องตามชนิดของยาที่แพทย์สั่ง			
41. ท่านรับประทานยาครบตามเวลาแพทย์สั่ง			
42. ท่านหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น			
43. ท่านเคยหยุดยาเอง			
44. ท่านลืมรับประทานยาความดันโลหิตสูง			
45. ท่านไปตรวจและรับยาตามแพทย์นัด			





ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

พหุ ประทีป วิทยา

แบบวิเคราะห์ตรวจสอบให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5			ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0				-1	
1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
2	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
3	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
4	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
5	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
6	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
7	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
8	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
9	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
10	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
11	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม $\sum R$	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์	
	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0				
12	+1	-1	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
13	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้
14	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้
15	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 1.2 ประวัติการเก็บปฏ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม $\sum R$	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์	
	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0				
1	+1	-1	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
2	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้
3	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้
4	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้
5	+1		+1		+1		+1		+1			5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์	
	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0				-1
1	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	2	0.4	ใช้ได้
2	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	3	0.6	ใช้ได้
3	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
4	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
5	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	3	0.6	ใช้ได้
6	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
7	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
8	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
9	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	2	0.4	ใช้ได้
10	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
11	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
12	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
13	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
14	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่5			ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0				-1	
15	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
16	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
17	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
18	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
19	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
20	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
21	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	3	0.6	ใช้ได้
22	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	2	0.4	ใช้ไม่ได้
23	+1	0	+1	+1	0	-1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	3	0.6	ใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

ข้อที่	ผู้เรียนชาญคนที่1		ผู้เรียนชาญคนที่2		ผู้เรียนชาญคนที่3		ผู้เรียนชาญคนที่4		ผู้เรียนชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	-1	+1	-1	+1	-1	+1	-1	+1	-1			
1	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	+1	0	4	0.8	ใช้ได้
2	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	4	0.8	ใช้ได้
3	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	4	0.8	ใช้ได้
4	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้
5	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้
6	+1	0	+1	0	-1	0	+1	0	+1	0	3	0.6	ใช้ได้
7	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	3	0.6	ใช้ได้
8	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้
9	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	4	1	ใช้ได้
10	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้
11	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้
12	+1	0	+1	0	0	0	+1	0	+1	0	5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความต้นโผล่ (ต่อ)

ข้อที่	ผู้เรียนชาญคนที่1		ผู้เรียนชาญคนที่2		ผู้เรียนชาญคนที่3		ผู้เรียนชาญคนที่4		ผู้เรียนชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์	
	+1	0	-1	0	+1	0	+1	0	+1	0				-1
13	+1	0	+1	0	-1	0	+1	-1	+1	0	-1	3	0.6	ใช้ได้
14	+1	0	+1	0			+1		+1			5	1	ใช้ได้
15	+1	0	+1	0	+1	0	+1	+1	+1			5	1	ใช้ได้
16	+1	0	+1	0		0	+1		+1			3	0.6	ใช้ได้
17	+1	0	+1	0	+1	0	+1		+1			5	1	ใช้ได้
18	+1	0	+1	0	+1	0	+1		+1			5	1	ใช้ได้
19	+1	0	+1	0	+1	0	+1		+1			5	1	ใช้ได้
20	+1	0	+1	0	+1	0	+1		+1			5	1	ใช้ได้
21	+1	0	+1	0		-1	+1		+1			3	0.6	ใช้ได้
22	+1	0	+1	0			+1		+1			5	1	ใช้ได้
23	+1	0	+1	0		-1	+1		+1			3	0.6	ใช้ได้
24	+1	0	+1	0			+1		+1			5	1	ใช้ได้
25	+1	0	+1	0			+1		+1			5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความต้นโกลีต (ต่อ)

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้ผู้เชี่ยวชาญคนที่5			ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	+1	0	-1			
26	+1	0	+1	0	-1	+1	0	+1	0	-1		4	0.8	ใช้ได้
27	+1	0	+1	0		+1		+1				5	1	ใช้ได้
28	+1	0	+1	0	+1	+1		+1				5	1	ใช้ได้
29	+1	0	+1	0	+1	+1		+1				5	1	ใช้ได้
30	+1	0	+1	0	+1	+1		+1				5	1	ใช้ได้
31	+1	0	+1	0	+1	+1		+1	0			4	0.8	ใช้ได้
32	+1	0	+1	0		+1		+1				4	0.8	ใช้ได้
33	+1	0	+1	0	0	+1		+1				4	0.8	ใช้ได้
34	+1	0	+1	0	+1	+1		+1				5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อความรับผิดชอบต่อสังคม

ข้อที่	ผู้เรียนชาญคนที่1		ผู้เรียนชาญคนที่2		ผู้เรียนชาญคนที่3		ผู้เรียนชาญคนที่4		ผู้เรียนชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	-1	+1	-1	+1	-1	+1	-1	+1	-1			
1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
3	+1	0	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
4	+1	+1	+1	+1	-1	+1	+1	+1	+1	+1	3	0.6	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
6	+1	+1	+1	+1	+1	+1	0	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
8	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
10	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
11	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
13	+1	0	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้

ส่วนที่ 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อความรับผิดชอบ (ต่อ)

ข้อที่	ผู้เรียนชาญคนที่ 1		ผู้เรียนชาญคนที่ 2		ผู้เรียนชาญคนที่ 3		ผู้เรียนชาญคนที่ 4		ผู้เรียนชาญคนที่ 5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	1	0	-1	0	-1	0	+1	0	-1	0			
14	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
15	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
16	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
17	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
18	+1	+1	+1	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
19	+1	+1	+1	+1	-1	+1	-1	+1	+1	+1	1	0.2	ใช้ไม่ได้
20	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมความต้นโลहितสูง
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความต้นโลहितสูง
 ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความต้นโลहितสูง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1				0	-1
1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
2	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
3	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
4	+1			+1	0		+1	0		+1	+1		4	0.8	ใช้ได้
5	+1			+1	0		+1	0		+1	+1		4	0.8	ใช้ได้
6	+1			+1	0		+1	0		+1	+1		4	0.8	ใช้ได้
7	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
8	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
9	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
10	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
11	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
12	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
13	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้

ด้านการบริหารโรคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1				0	-1
14	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
15	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้
16		0		+1			+1			+1			4	0.8	ใช้ได้
17	+1			+1			+1			+1			5	1	ใช้ได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1				0	-1
1	+1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	0	-1	5	1	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
3	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
4	+1	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
6	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
8	+1	+1	+1	+1	0	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	+1	0	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	4	0.8	ใช้ได้
10	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
11	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	+1			-1	+1	+1	+1	+1	+1	3	0.6	ใช้ได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	0			
1	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
2	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
3	+1		+1		0		+1		+1		4	0.8	ใช้ได้
4	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
5	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
6	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
7	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
8	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
9	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
10	+1		+1		+1		+1		+1		5	1	ใช้ได้
11	+1		+1		0		+1		+1		4	0.8	ใช้ได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

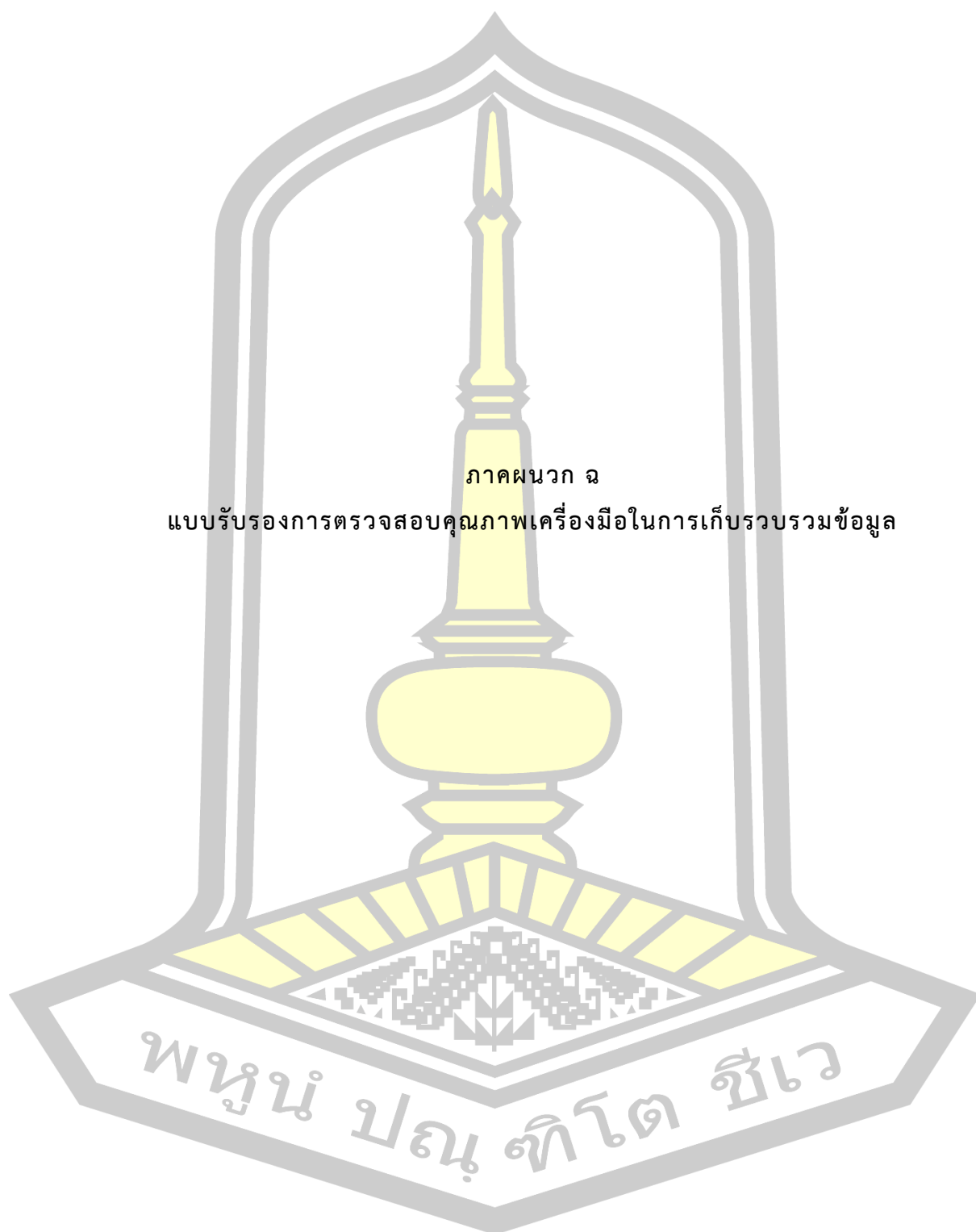
ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	+1	-1	+1	0	-1	0	+1	0	-1	0			
1	+1		+1			0					4	0.8	ใช้ได้
2	+1		+1		+1						5	1	ใช้ได้
3	+1		+1		+1						5	1	ใช้ได้
4	+1		+1			0					4	0.8	ใช้ได้
5	+1		+1			0					4	0.8	ใช้ได้
6	+1		+1			0					4	0.8	ใช้ได้
7	+1		+1				+1				5	1	ใช้ได้
8	+1		+1								3	0.6	ใช้ได้
9	+1		+1								5	1	ใช้ได้



แบบวิเคราะห์ตรวจสอบให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรม ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่1		ผู้เชี่ยวชาญคนที่2		ผู้เชี่ยวชาญคนที่3		ผู้เชี่ยวชาญคนที่4		ผู้เชี่ยวชาญคนที่5		ผลรวม $\sum R$	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์		
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1				0	-1
1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
2	0	+1	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	4	0.8	ใช้ได้
3	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
4	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
5	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้
6	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1	5	1	ใช้ได้



ภาคผนวก ฉ
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ชื่อเรื่อง: แผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานไอที โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
ชื่อผู้ศึกษา: นายสาธิต วัฒนวิวัฒน์ พนมวันชัย จ.สมุทรปราการ
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา: อ.ดร.สุวิมลศิริ วัฒนวิวัฒน์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นายสาธิต วัฒนวิวัฒน์ ตำแหน่ง อาจารย์พิเศษ (ส.ส.)
หน่วยงาน สำนักงานบริหารศูนย์ฯ สำนักฯ ก.ก. ขอรับรองว่า น.ส. พนมวันชัย วัฒนวิวัฒน์
ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่ ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๐

ผลการตรวจสอบพบว่า
ข้อที่ ๑. 1.3 แผนการดำเนินงาน มีปัญหาในบางส่วนของแผน และปรับแก้ให้
ตรงตามแผนที่ได้เสนอ ดังนี้
- แผนดำเนินงาน มีข้อผิดพลาดเล็กน้อยในส่วนเรื่องวิธีดำเนินการ
ดำเนินการศึกษา จากที่กล่าว Method of Research
- ตารางขั้นตอนวิธี (Code) สำหรับผู้ศึกษา มีข้อผิดพลาดเล็กน้อย
ที่ข้อ ๑.๓

ข้อควรปรับปรุง
1. ผู้ศึกษา ปรับแก้แผนดำเนินงาน ให้ตรงตามข้อ ๑.๓
คือ: ตารางที่แนบมา เรื่อง Audio มีข้อผิดพลาด (จัดเรียงไม่ครบ)
2. ผู้ศึกษา แก้ไขแผนดำเนินงาน ให้ตรงตาม ข้อที่ 1, 2, 3 และ
ปรับปรุงแก้ไขแบบเรียนวิจัย ให้มีความสอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะ
- แผนดำเนินงาน ข้อ ๑.๓ มีข้อผิดพลาดเล็กน้อยในส่วนเรื่องวิธีดำเนินการ
ดำเนินการศึกษา จากที่กล่าว Method of Research
- ตารางขั้นตอนวิธี (Code) สำหรับผู้ศึกษา มีข้อผิดพลาดเล็กน้อย
ที่ข้อ ๑.๓

ลงชื่อ (นายสาธิต วัฒนวิวัฒน์) ผู้ตรวจสอบ
ตำแหน่ง อาจารย์พิเศษ (ส.ส.)
วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัทธ์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นางธนรินทร์ ทวีพงษ์กุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (NCTM)
หน่วยงาน โรงพยาบาลคำม่วง ขอรับรองว่า นางสาวชินณณพัทธ์ พรหมพันธ์

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่ 1 พย 2560

ผลการตรวจสอบพบว่า

เครื่องมือเก็บข้อมูล มีความตรง สอดคล้อง กับ เนื้อหา

ข้อควรปรับปรุง

- ~~1. ข้อควรพิจารณาของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ข้อควรพิจารณา ๑-๖
- ๑. ~~ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ๑. ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเก็บข้อมูล
- ๒. ~~10.5+4 - 3.4~~ ๒. นำข้อมูลไปสัมพันธ์กับเครื่องมือเก็บข้อมูล
- ๓. ~~การจดจำคำศัพท์ของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ๓. นำข้อมูลไปสัมพันธ์กับเครื่องมือเก็บข้อมูล
- ๔. ~~การจดจำคำศัพท์ของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ๔. นำข้อมูลไปสัมพันธ์กับเครื่องมือเก็บข้อมูล
- ๕. ~~การจดจำคำศัพท์ของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ๕. นำข้อมูลไปสัมพันธ์กับเครื่องมือเก็บข้อมูล
- ๖. ~~การจดจำคำศัพท์ของเครื่องมือเก็บข้อมูล~~ ๖. นำข้อมูลไปสัมพันธ์กับเครื่องมือเก็บข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

- ศึกษาส่วนที่ ๒ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมารดา
- ไม่พบรายการข้อควรพิจารณา พบรายการเพิ่มเติม ส่วนที่ ๒ ข้อควรพิจารณา
- ติดต่อทางของ ไม่ป่วย มีเนื้องอก ส่วนที่ ๒ ข้อควรพิจารณา
- คำศัพท์เพิ่มเติม ส่วนที่ ๒ ข้อควรพิจารณา
- ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง มารดา ไม่พบรายการข้อควรพิจารณา

ลงชื่อ นางธนรินทร์ ทวีพงษ์กุล ผู้ตรวจสอบ
(นางธนรินทร์ ทวีพงษ์กุล)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ 3 พย 2560



แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) สันติสิทธิ์ อิลลาณี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
หน่วยงาน รพ. ต.บ้านสูง ขอรับรองว่า นาง ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่ 2. พย. ๕๖.๐

ผลการตรวจสอบพบว่า

ส่วนที่เป็นเนื้อหา สอดคล้อง 3 ด้าน การวัด สอดคล้อง แนวสัณฐานตามแนวคิด
ของทฤษฎีที่นำมาใช้

ข้อควรปรับปรุง

- คำชี้แจง
- แนวคำถาม จำนวน ๑ ที่ชี้แจง
- ลดขนาดตัวอักษร
- ลดขนาดของตัวหนังสือ

ข้อเสนอแนะ

- พิจารณาว่าควรใช้คำถาม เช่น 1. สัปดาห์ ๕ สัปดาห์, 3 เดือน
- หลีกเลี่ยงคำถามที่ซ้ำซ้อน เช่น คำถาม มีประวัติโรคหัวใจ ความดัน
ท่ามกลาง, ท่านเคย, ท่านมี, ท่านรู้สึก, ท่านนอนหลับ, ท่านมีอาการ
จะทำให้คำถาม อ่านซ้ำซ้อน (ในกรณีการสุ่มเลือกแบบเจาะจง)
- ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยตามสภาพปัญหาได้เหมาะสมตามจุดประสงค์ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ตามคาดหวัง
หลายๆที่ถาม (ยกเว้นเฉพาะ)

ลงชื่อ สันติสิทธิ์ อิลลาณี ผู้ตรวจสอบ
(นางสันติสิทธิ์ อิลลาณี)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
วันที่ 2 พย ๖๐



แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัทธ์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อภิธรรมา อู่อามงศ์ศรี..... ตำแหน่ง..... กองแพทย์ปฏิบัติกร
หน่วยงาน..... รพ.คำม่วง..... ขอรับรองว่า นางสาวชินณณพัทธ์ พรหมพันธ์

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจสอบพบว่า

ข้อดีที่ปรากฏในข้อนี้คือเครื่องมือการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้ ใช้งานได้ทันที
ได้ทันที คิดเป็นร้อยละ 100% ส่วนข้อด้อยที่ตรวจพบได้ 1 ข้อคือ ความยาก
และจุดประสงค์การวัดผลของโปรแกรมปฏิบัติกรได้ แต่มีคำถามในบางข้อใช้คำถามปลายเปิด /
ประเด็นที่ได้อธิบายไว้ เช่น แบบสอบถาม ๑ ข้อ ข้อที่ 4,5 / 8,9 เป็นต้น

ข้อควรปรับปรุง

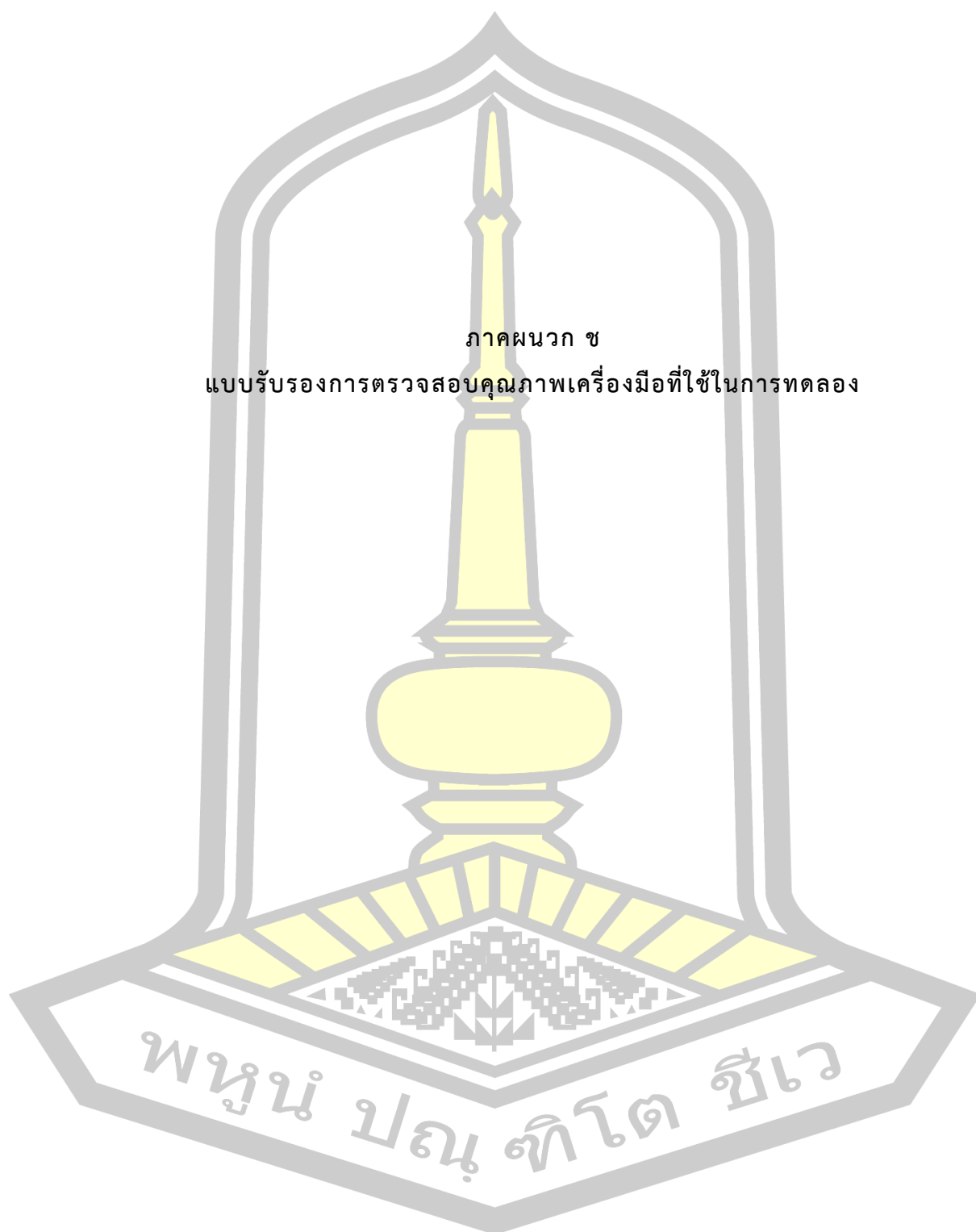
.....
.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

- อาจปรับปรุงประเด็นคำถามที่ใช้ถาม หรือ ตัดออกเลย เพื่อปรับปรุงงานในการทำแบบ
สอบถาม หรือ อาจทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้นอีก เพิ่มจمله
- คำถามในแบบสอบถามได้มี..... คิดเป็นร้อยละ 100% ทำให้ไม่มีปัญหาในคำถาม
แต่มีประเด็นว่า ข้อที่ ๒๐ ข้อที่ ๒๑ ข้อที่ ๒๒ ข้อที่ ๒๓ ข้อที่ ๒๔ ข้อที่ ๒๕ ข้อที่ ๒๖ ข้อที่ ๒๗ ข้อที่ ๒๘
คำถามที่ดีควรตั้งไว้ ๑๑ ข้อ เป็นแบบสอบถามเป็นหัวข้ออื่น อาจที่ห้หรืออาจถามทำไม่ได้พอ

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....





ภาคผนวก ข

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
 ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์
 ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน

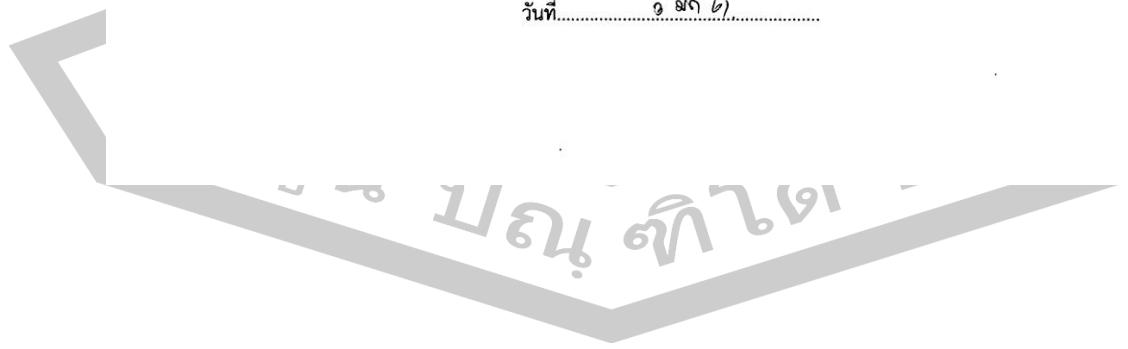
ข้าพเจ้า (ชาย/นาง/นางสาว).....นางณริณภัทร์ ทวีพงษ์กุล.....ตำแหน่ง.....พจนานุกรม อธิราชพิมพ์อินทร์
 หน่วยงาน.....โรงพยาบาลคำม่วง.....ขอรับรองว่า.....น.ส. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์
 ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่.....๑ มกราคม ๒๕๖๑

ผลการตรวจสอบพบว่า.....
 สอดคล้อง ส่วนใหญ่ ใช้ได้ มีข้อผิดพลาด ๓ ข้อ

ข้อควรปรับปรุง
 ข้อที่ ๑ - การให้ตัวแปรตัวแปรต้นของพฤติกรรมซึ่งได้จากการควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ผู้สังเกตการณ์
 สามารถสังเกตได้ในกรณีศึกษา ควรจะเขียนออกมาเป็นข้อ
 - การให้ตัวแปรตัวแปรต้น การประเมินกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง
 ข้อที่ ๑ - ตัวแปรต้นและตัวแปรตามควรใช้ชื่อตัวแปรที่ ๑ และ ๒

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ.....พชรินทร์ ทวีพงษ์กุล.....ผู้ตรวจสอบ
 (นางณริณภัทร์ ทวีพงษ์กุล.....)
 ตำแหน่ง.....พจนานุกรม อธิราชพิมพ์อินทร์.....
 วันที่.....๑ มกราคม ๒๕๖๑.....



แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัทธ์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) สันติสิทธิ์ เขียวเงิน ตำแหน่ง ภค.ผศ.วิจิตรวิทย์ นันทน
หน่วยงาน ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ๓ รพ.คำม่วง ขอรับรองว่า นางสาว ชินณพัทธ์ พรหมพันธ์

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน ๒๕๖1

ผลการตรวจสอบพบว่า

มีความสอดคล้องตามเนื้อหาของเครื่องมือสุขภาพ มีข้อให้ข้อมูลเพิ่มเติม
กรณี กรณีศึกษา กรณีศึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

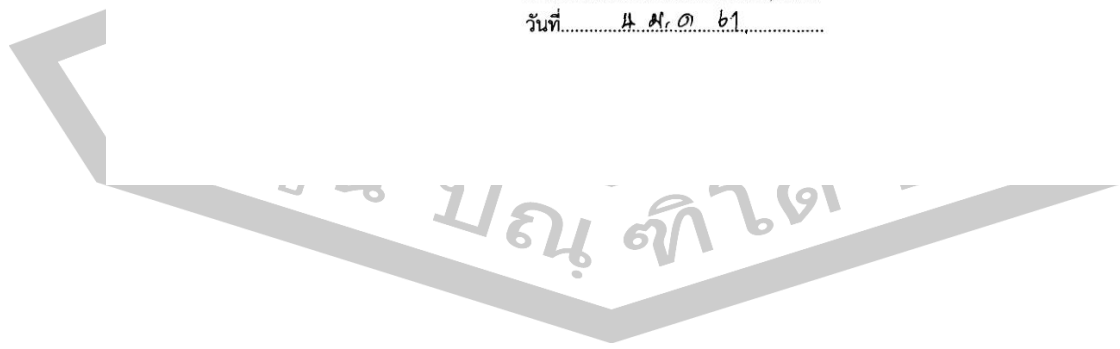
ข้อควรปรับปรุง

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

ข้อเสนอแนะ

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

ลงชื่อ สันติสิทธิ์ เขียวเงิน ผู้ตรวจสอบ
(ผศ.วิจิตรวิทย์ นันทน)
ตำแหน่ง ภค.ผศ.วิจิตรวิทย์ นันทน
วันที่ 4 มิ.ย. ๖1



แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อริสรา สุอมงศ์..... ตำแหน่ง..... คณะแพทยศาสตร์
หน่วยงาน..... มอ. คำม่วง..... ขอรับรองว่า..... น.ส. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจสอบพบว่า

มีคุณภาพตรงตามมาตรฐาน.....

ชื่อควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

บัณฑิตวิทยาลัย

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และ อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ร.นิดา..... นี้อะลา..... ตำแหน่ง..... เกษตรกรปฎิบัติการ.....

หน่วยงาน..... วิทยาลัยการศึกษามหาสารคาม..... ขอรับรองว่า.....

ได้นำเครื่องมือการเก็บข้อมูลมาให้ข้าพเจ้าตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจสอบพบว่า

..... มีเนื้อหา มีความสอดคล้องกับสิ่งที่วัดและเครื่องมือที่ใช้.....

.....

.....

.....

.....

ข้อควรปรับปรุง

..... คำอธิบายเพิ่มเติม, เว้นวรรค.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

..... เพิ่มในคำถามกร. รับประทานผักและผลไม้.....

..... เช่น - ตั้งเป้าหมายประจำสัปดาห์, วัน, หรือ เดือน (เพื่อลดความซ้ำซ้อนของ)

..... - มีการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ, รับประทานหรือไม่

..... - ขาดการสังเกตในช่วงเวลา, มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (อาจไม่ได้สังเกตจาก)

..... เช่น ใจ, วิถีชีวิต, หรืออื่นๆ.....

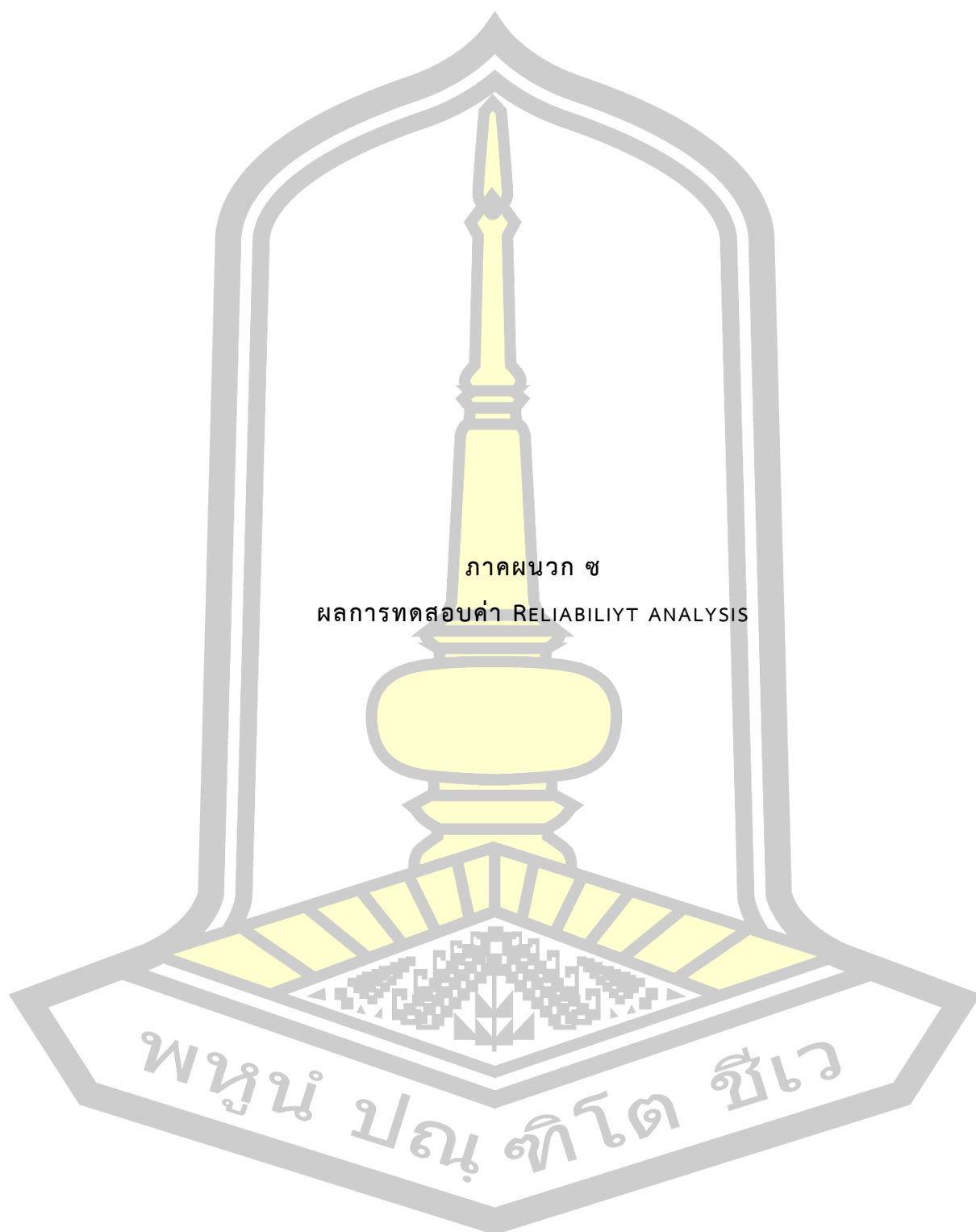
ลงชื่อ..... *Om*..... ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวนิดา นี้อะลา.....)

ตำแหน่ง..... เกษตรกรปฎิบัติการ.....

วันที่..... 19 มกราคม 2561.....





ภาคผนวก ซ

ผลการทดสอบค่า RELIABILITY ANALYSIS

พหุ ประจัน ชิต ชัยเว

ผลการทดสอบค่า Reliability analysis

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
0.735	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
rrek1	8.3667	8.792	.404	.686
rrek4	8.3000	9.183	.286	.700
rrek5	8.3667	8.792	.404	.686
rrrk6	8.5000	8.397	.527	.670
rrek7	8.2667	8.961	.388	.689
rrek8	8.2667	9.582	.152	.714
rrek9	8.4667	9.085	.283	.701
rrek10	8.6667	9.471	.171	.713
rrek11	8.6000	9.421	.176	.713
rrek12	8.2000	9.131	.370	.692
rrek13	8.2333	9.495	.199	.709
rrek14	8.5667	8.944	.335	.695
rrek15	8.3333	8.989	.344	.694
rrek16	8.5000	8.534	.476	.677
rrek17	8.3667	9.344	.208	.709
K18	9.8333	11.661	.391	.716
rrek19	9.7000	11.803	.377	.718
rrek20	10.2000	13.338	-.075	.750

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

Reliability Statistics

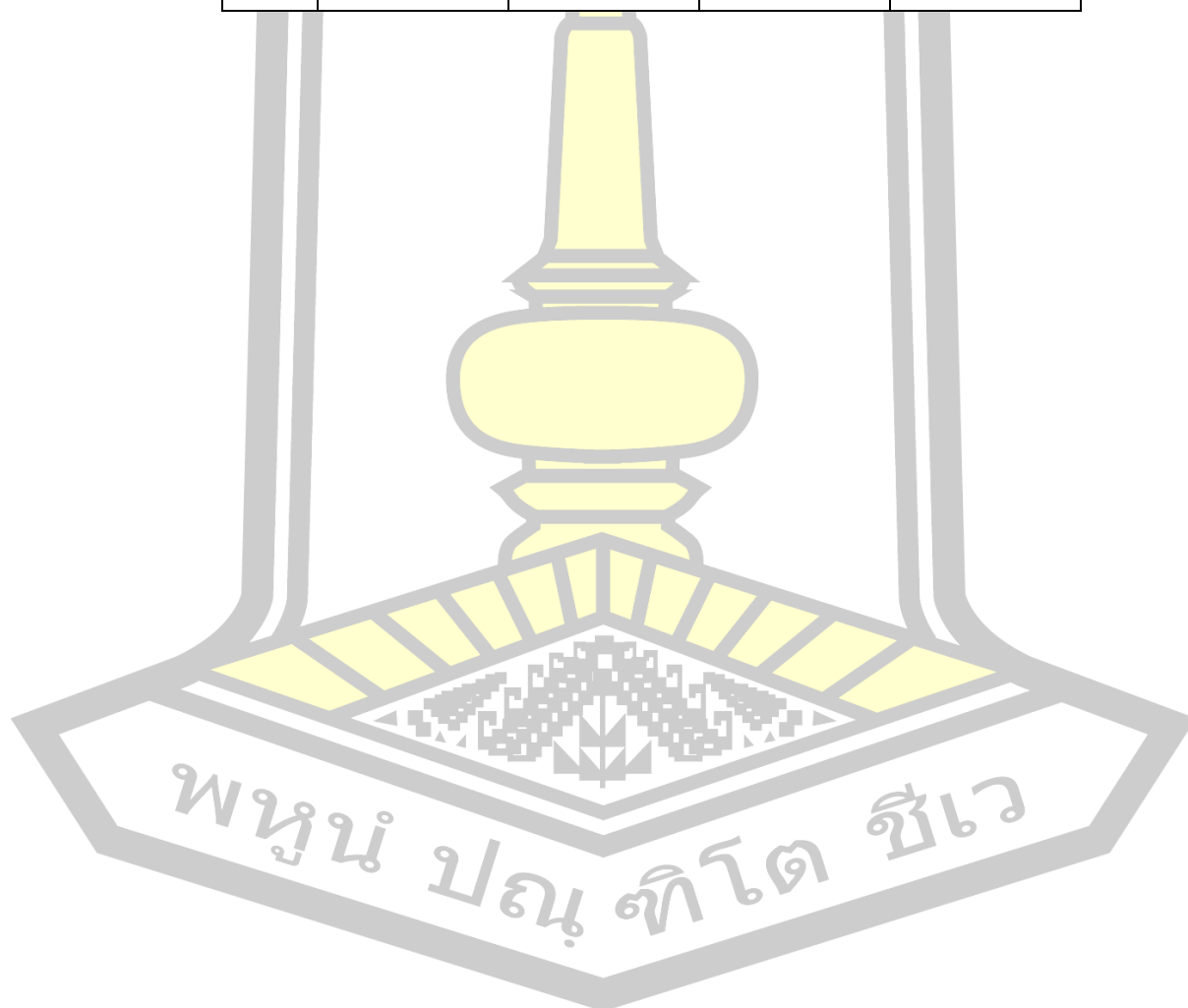
Cronbach's Alpha	N of Items
0.724	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	53.23	33.633	.308	.713
S2	53.17	34.833	.160	.721
S3	53.53	32.395	.334	.709
S4	53.33	32.713	.388	.707
S5	53.10	35.128	.123	.723
S6	53.40	34.869	.126	.724
S7	53.17	34.006	.320	.714
S8	54.00	35.241	.016	.734
S9	54.23	33.495	.255	.716
S10	54.07	32.478	.308	.712
S11	53.63	32.171	.378	.706
S12	53.63	31.137	.553	.692
S14	53.47	34.120	.188	.721
S15	53.57	33.013	.290	.713
S16	53.47	32.326	.401	.705
S17	53.43	34.668	.133	.724
S18	53.40	32.386	.487	.701
S19	53.57	32.254	.537	.699

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S20	53.53	32.671	.329	.710
S21	53.97	31.689	.311	.712
S22	54.37	33.137	.203	.722
S25	53.33	36.506	-.137	.740
S26	53.80	33.131	.179	.725
S27	53.30	32.493	.294	.713



ส่วนที่ 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.759	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E1	45.53	15.913	.517	.739
E2	45.70	14.907	.572	.728
E3	45.57	15.495	.612	.732
E4	45.73	15.720	.361	.746
E5	46.13	17.430	-.056	.791
E6	45.57	16.392	.253	.754
E7	45.73	15.444	.372	.745
E8	45.63	15.413	.473	.737
E9	45.67	14.920	.509	.733
E10	45.53	15.361	.566	.732
E11	45.63	14.861	.619	.725
E12	45.90	15.886	.365	.746
E13	45.67	16.299	.293	.752
E14	45.47	15.637	.572	.735
E15	45.67	15.885	.340	.748
E16	45.90	17.610	-.080	.790
E17	45.53	16.189	.422	.745
E18	45.67	17.540	-.046	.778

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

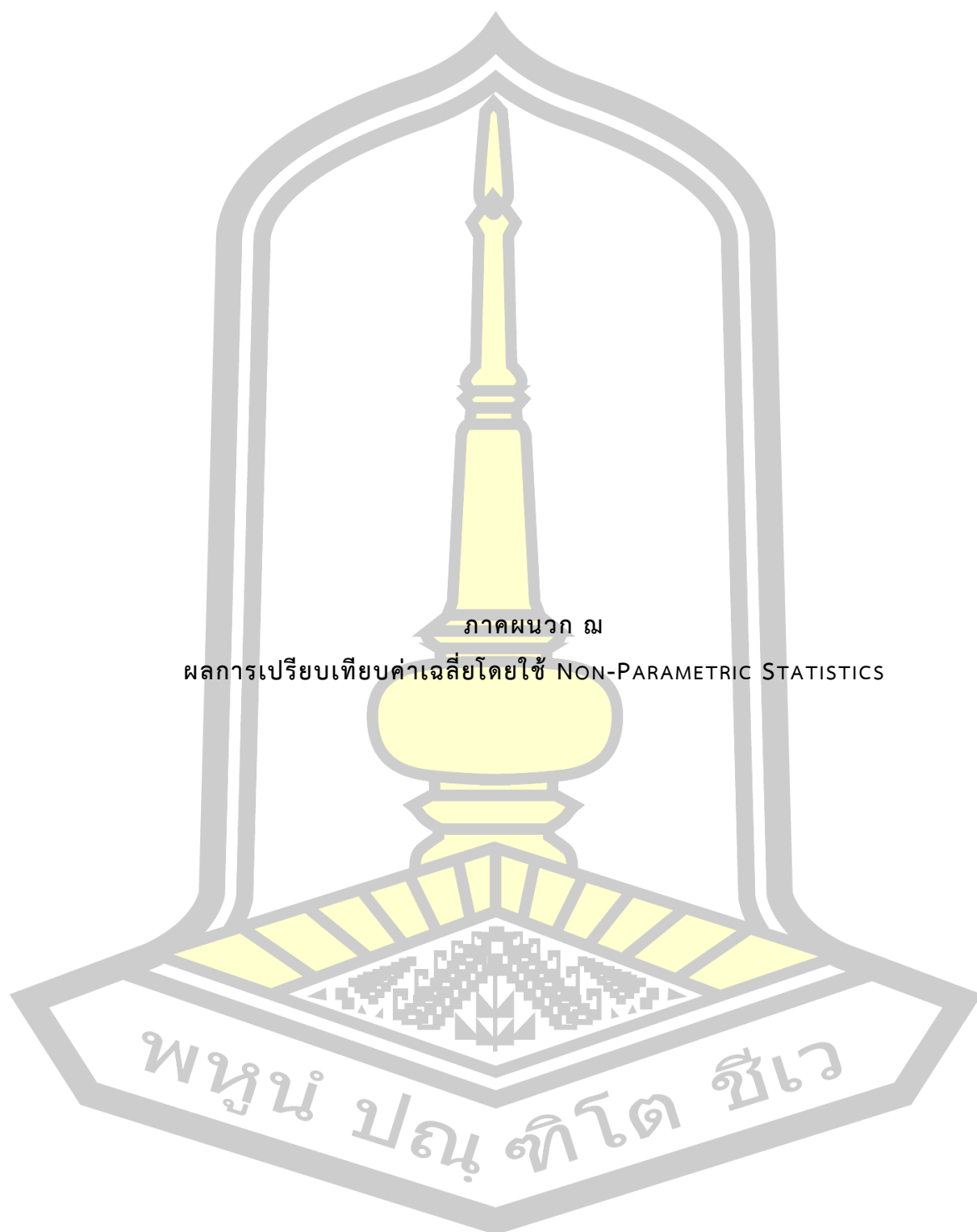
Cronbach's	
Alpha	N of Items
.779	45

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	93.03	62.792	.058	.781
F2	92.80	61.683	.145	.779
F3	93.27	57.168	.610	.760
F4	93.13	59.775	.529	.767
F5	93.00	63.241	-.007	.784
F6	92.60	62.731	.073	.780
F7	93.33	59.264	.496	.767
F8	93.17	59.316	.536	.766
F9	93.33	59.954	.482	.768
F10	93.30	60.424	.322	.772
F11	92.80	60.648	.252	.775
F12	93.57	60.185	.321	.772
F13	93.37	65.895	-.279	.794
F14	93.50	60.879	.229	.775
F15	92.93	59.582	.342	.771
F16	93.23	60.737	.250	.775
X1	93.47	57.499	.553	.762
X2	93.37	57.895	.514	.763
X3	92.60	63.007	.036	.781

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
X4	93.37	59.482	.321	.772
X5	92.97	62.102	.083	.782
X6	92.90	58.162	.481	.765
X7	93.23	59.220	.414	.768
X8	93.20	59.407	.419	.768
X9	92.77	61.633	.150	.779
X10	92.73	61.375	.177	.778
X11	92.40	63.834	-.080	.783
X12	93.23	59.495	.384	.769
M1	92.97	65.413	-.281	.790
M2	93.00	61.241	.166	.778
M3	93.17	58.075	.454	.766
M4	92.83	64.764	-.163	.790
M5	93.47	60.189	.312	.772
M6	93.97	62.033	.120	.779
M7	94.00	60.483	.404	.771
M9	92.80	61.752	.160	.778
M10	93.33	59.264	.354	.770
P1	92.37	62.792	.130	.778
P2	92.43	59.564	.525	.767
P3	92.47	59.913	.449	.769
P4	93.37	61.757	.062	.787
P5	93.83	63.040	.017	.783
P6	93.57	61.564	.170	.778
P8	92.30	63.459	.007	.780



ภาคผนวก ฅ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้ NON-PARAMETRIC STATISTICS

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง (n=45)

ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	n	\bar{x}	SD	Median	IOR	Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	P-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	45	11.73	2.94	12.00	4.00	-5.589	<0.001*
หลังการทดลอง	45	16.22	2.02	17.00	2.00		
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	45	11.73	2.23	12.00	4.00	-5.599	<0.001*
หลังการทดลอง	45	15.16	2.22	16.00	3.50		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	n	Median	IOR	Mean Rank	Mann-Whitney U (Z)	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	12.00	4.00	44.90	-0.51	0.608
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	17.00	2.00	44.10		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	12.00	4.00	52.50	-2.59	0.010
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	16.00	3.50	38.50		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง (n=45)

การรับรู้						Wilcoxon Signed	
ความสามารถของ ตนเอง	n	\bar{x}	SD	Median	IOR	Rank Test (Z)	P value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	45	2.49	0.19	2.50	0.27	-5.640	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.75	0.15	2.79	0.17		
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	45	2.51	0.27	2.50	0.38	-3.359	0.001
หลังการทดลอง	45	2.57	0.28	2.58	0.40		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

การรับรู้					Mann-Whitney	P value
ความสามารถของ ตนเอง	n	Median	IOR	Mean Rank	U (Z)	
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.50	0.27	44.16	-0.49	0.625
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.50	0.38	46.84		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.79	0.17	49.00	-2.45	0.014
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.58	0.40	42.00		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง (n=45)

ความคาดหวังถึง ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว	n	\bar{x}	SD	Median	IOR	Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	P-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	45	2.66	0.22	2.72	0.28	-5.064	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.88	0.10	2.88	0.11		
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	45	2.72	0.27	2.83	0.25	-3.711	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.78	0.21	2.24	0.30		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

ความคาดหวังถึง ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว	n	Median	IOR	Mean Rank	Mann-Whitney U (Z)	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.72	0.28	40.99	-1.65	0.100
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.83	0.28	50.01		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.89	0.11	50.71	-1.92	0.055
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.83	0.25	40.29		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ภายในในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง (n=45)

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง	n	\bar{x}	SD	Median	IOR	Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	P-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	45	2.28	0.17	2.31	0.30	-5.762	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.63	0.17	2.62	0.23		
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	45	2.28	0.21	2.24	0.30	-3.821	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.34	0.18	2.33	0.26		

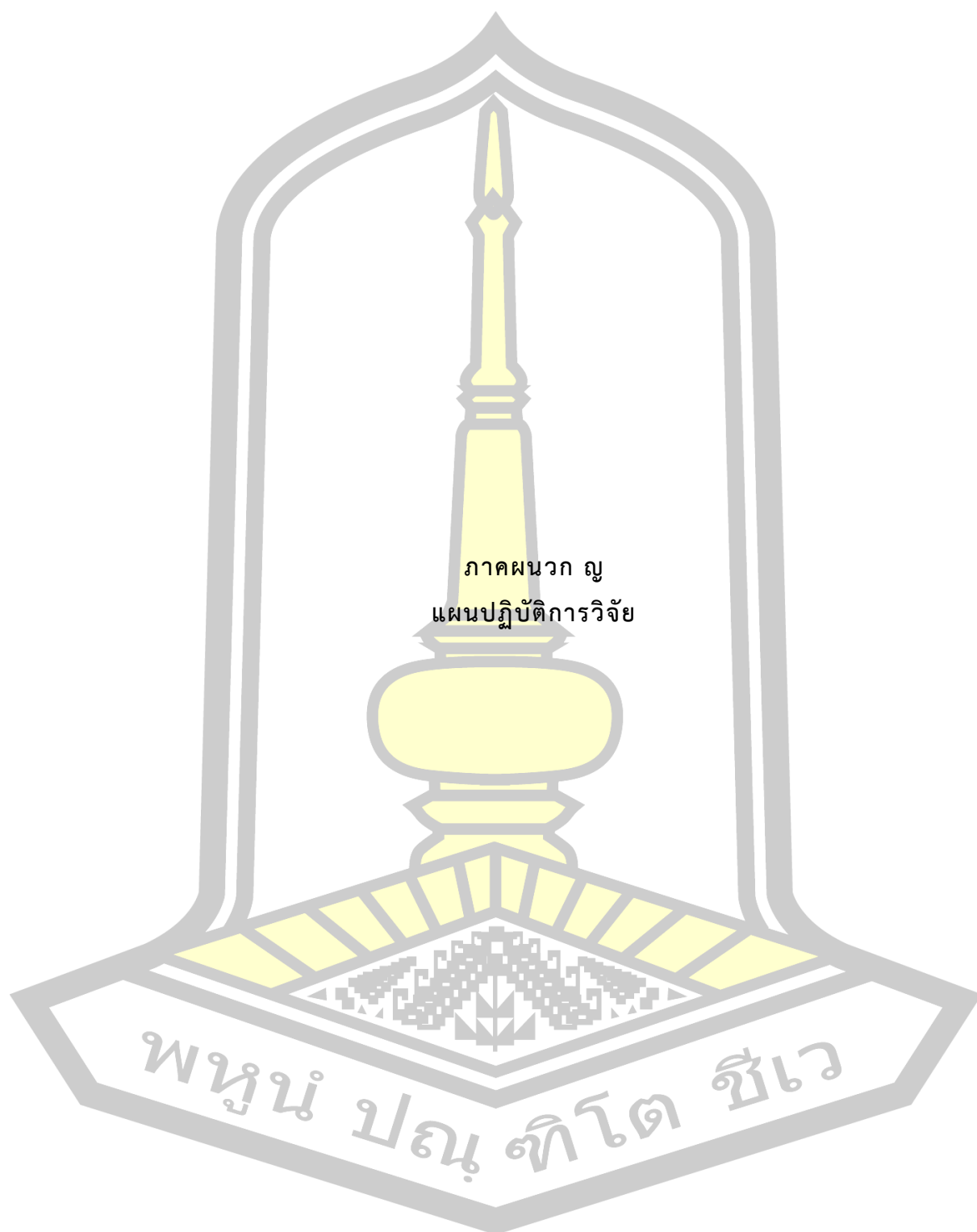
* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4.15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง	n	Median	IOR	Mean Rank	Mann-Whitney U (Z)	P value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.31	0.30	46.54	-0.380	0.704
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.24	0.30	44.46		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	2.64	0.23	62.59	-6.211	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.33	0.26	28.41		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว



แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรู้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

สัปดาห์ที่ 1

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบ เข้าใจวัตถุประสงค์ และแนวคิดในการวิจัย 2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ตระหนักรู้วิจัย กลุ่มทดลอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย 3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง	กิจกรรม/ขั้นตอน กิจกรรมสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล แนวทางการดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมสร้างความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยร่วมกันอย่างถูกต้อง (10 นาที) 2. แบบทดสอบ Pre-test - ประเมินสุขภาพ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง, BMI, วัดความดันโลหิต, รอบเอว (10 นาที)	ความสำเร็จ -สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี -สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	2 ชั่วโมง 30 นาที	ประเมินผล - มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและมีความเข้าใจในการดำเนินการ กิจกรรมไม่ในแนวทางเดียวกัน - เกิดความร่วมมือที่ดี	ผลที่คาดว่าจะได้รับ - มีความเข้าใจแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวทางเดียวกัน - เกิดความร่วมมือที่ดี	น.ส. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ และ ผู้ช่วยวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
4. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	<p>ทำแบบทดสอบข้อมูลทั่วไป ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง (40 นาที)</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 1</p> <p>กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1. การบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุการเกิดโรค อากาภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรค เช่น</p> <p>- ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น มีบุคคลในครอบครัวเดียวกัน มีความผูกพันทางด้านสายเลือดและมีระดับความดันโลหิตได้ในระดับเดียวกัน</p>	<p>ความสำเร็จ</p> <p>- บรรยาย</p> <p>สาธิต ฉายวีดิทัศน์ให้</p> <p>ความรู้ฝึกทักษะ พร้อม</p> <p>แจกเอกสารประกอบ</p> <p>บรรยาย</p>		<p>ประเมินผล</p> <p>การสังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น</p> <p>- การตอบปัญหา</p> <p>การซักถาม</p>	<p>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p>- มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่</p> <p>ถูกต้อง</p>	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>นางนภา นรินทร์</p> <p>ทรัพย์กุล</p>

สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการ ประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>กิจกรรม/ขั้นตอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น รับประทานอาหารเสริม ภาวะอ้วนภาวะเครียด การสูบบุหรี่ เป็นต้น - การผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ - วิธีดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ (30 นาที) 2. การชั่งน้ำหนักด้วยค้ำพุดโน้มน้าวการดูแลพฤติกรรมตนเอง และบรรยายให้ความรู้ สาธิต และมีกปฏิบัติ ในการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาในการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง (40 นาที) 3. ผู้วิจัยแจกคู่มือ แผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และอธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฏและ กติกาในการตรวจสอบ (10 นาที) 	<ul style="list-style-type: none"> - สนทนา ซักถามปัญหา - การใช้คำพูด ซักจูง (Verbal Persuasion) - อธิบาย คำแนะนำใน การบันทึก กฏ และ กติกาใน การตรวจสอบ 		<ul style="list-style-type: none"> - มีความเข้าใจใน การแบบบันทึก - เกิดความ เชื่อมั่น ในการรู้เท่าทัน โรคความดัน โลหิตสูง 	ได้รับ	

สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคที่เหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความผ่อนคลาย</p> <p>4. เพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามสิทธิและเสรีภาพ</p>	<p>กิจกรรม ฐานการเรียนรู้สร้างความสามารถ</p> <p>กิจกรรมฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐานการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง คือ</p> <p>ฐานที่ 1 ฐาน การจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ (30 นาที)</p>	<p>- นำสู่บทเรียน</p> <p>- สร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>- การลงมือฝึก</p> <p>- ปฏิบัติด้วยตนเอง</p> <p>- ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)</p> <p>- ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน</p>	2 ชั่วโมง	<p>- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ</p> <p>- ผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- มีการรับรู้</p> <p>- ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตมากขึ้น</p> <p>- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น</p>	นางนันทนา วิลาศรี

สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
4. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับประทานยาที่ถูกต้อง	<p>ฐานที่ 2 ฐาน การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสาธิต การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กายบริหาร การอบอุ่นร่างกาย (30 นาที)</p> <p>ฐานที่ 3 ฐาน การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาธิต การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วยการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีกง (SKT7) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (30 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายคำแนะนำในการบันทึก กฏ และ กติกาในการตรวจสอบ - บรรยายและให้ความรู้โดยสไลด์ Power point สื่อวีดิทัศน์ 		<ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - พฤติกรรมการจัดการ ความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 	<ul style="list-style-type: none"> น.ส.กาญญารัตน์ บุญทอง นางสาวอัญทิพร พิมพ์ลา

สัปดาห์ที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ฐานที่ 4 ฐาน นำเสนอยาโรคความดันโลหิตสูง เรียนรู้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา (30 นาที)</p> <p>สรุปสิ่งที่ได้จากกรเข้าฐานกิจกรรมทั้ง 4 ฐาน โดยแบ่งกลุ่มอภิปราย</p>	<p>ความสำเ็จ</p> <p>- สาธิต ฝึกปฏิบัติ การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร</p> <p>- ฝึกปฏิบัติการ ออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด</p> <p>- อภิปราย ชักถามปัญหา แสดงความคิดเห็น</p>		<p>ประเมินผล</p> <p>- พฤติกรรมความร่วมมือเมื่อในการรักษาด้วยยา การรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง และการมาตรวจตามนัด</p> <p>- สังเกตการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็น และสามารถตอบคำถามผู้วิจัยได้ถูกต้อง</p>	<p>ได้รับ</p>	<p>นางวนิดา นิ่งตะลา</p> <p>นางบุญรับ มงคลกุลและ น.ส. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์</p>

สัปดาห์ที่ 2

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีก (SKTT) ที่เหมาะสมและถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่2 กิจกรรมทบทวนฐานการเรียนรู้ ทบทวนกิจกรรมครั้งที่1 ในสัปดาห์ที่1</p> <p>1. การทบทวนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (10 นาที)</p> <p>2. ทบทวนความรู้โดยในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชีวิตประจำวัน เช่น การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร (30 นาที)</p>	<p>- นำสู่ทเรียนสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>- การลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเองประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ</p> <p>ด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)</p> <p>- ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน</p>	2 ชั่วโมง	<p>- พฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- มีการรับรู้ ความสามารถ ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น</p> <p>- พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น</p>	<p>นางนาถ นรินทร์ ทวีพัญกุล</p> <p>นางนันทนาท วิลาศรี</p>

สัปดาห์ที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับประทานยาที่ถูกต้อง	3. ทบทวนความรู้โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภาย บริหาร กวาร์บอว์นร่างกาย (30 นาที) 4. ทบทวนการจัดการความเครียด โดยการฝึกผ่อนคลายด้วยการ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) (30 นาที) 5. ทบทวนการรับประทานยาโดย การสอบถามวิธี ช่วงเวลาการ รับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียง ที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงให้มาตรวจตาม นัดทุกครั้ง (30 นาที)	อธิบายคำแนะนำในการ บันทึก กฎและ กติกาในการ ตรวจสอบ 3. บรรยายและให้ความรู้ โดยสไลด์ Power point สื่อ วีดิทัศน์ 4. สาธิต ฝึกปฏิบัติ การจัด เมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร 5. ฝึกปฏิบัติการออกกำลัง กาย การจัดการความเครียด 6. อภิปราย ชักถามปัญหา แสดงความคิดเห็น		- พฤติกรรมการ จัดการ ความเครียด ของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง - พฤติกรรม ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยา การรับประทาน ยาโรคความ ดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง และการ มาตรวจตามนัด		น.ส.กาญญา รัตน์ ญบุญทอง นางสาวอติพร พิมพ์ลา นางวนิดา นุ่งตะลา

สัปดาห์ที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
	6. ให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการปฏิบัติตัวในดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง (30 นาที)			-สังเกตการณ์มีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็น และสามารถตอบคำถามผู้วิจัยได้		นางบุญอุไร มงคลกุล น.ส. นริศรา ศรีแก้วน้ำใสย์ และ น.ส. ชินณิพัทธ์ พรหมพันธ์
	7. ทบทวนและ สรุปทบทวนการแก้ไข ปัญหาอุปสรรคในเรื่องในแต่ละพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง 4 ด้าน (30 นาที)					

สัปดาห์ที่ 3

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
1. เพื่อแลกเปลี่ยน บอกเล่าข้อมูล ข่าวสารในการ ปฏิบัติ พฤติกรรม ตนเองที่ควบคุม ระดับความดัน โลหิตได้สำเร็จ ด้วยตนเอง	กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมสร้างเสริมตัวแบบ การส่งเสริมการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยการเรียนรู้จาก ตัวแบบจริงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีจนประสบความสำเร็จในการ ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ - พุดคุยถ่ายทอด ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3 คน คนละ 15 นาที การเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ การ ชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตที่ สูง (45 นาที) - กล่าวยกย่องชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ สามารถควบคุมความดันโลหิตให้คงที่หรือลดลงได้ทุกครั้ง ทุกวัน (10 นาที) - ทบทวนและสาธิตวิธีเลือกบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาที่ถูกต้อง (40 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> - การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) 	55 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - มีความเชื่อมั่นในตนว่าสามารถมีพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตได้ - การสังเกตความสนใจ การมีส่วนร่วม - การซักถามในประสบการณ์ที่เคยสำเร็จ - การแสดงความคิดเห็น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นในตนว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ 	นางบุญรับ มงคลกุล น.ส. นริศรา ศรีแก้วน้ำใสย์ น.ส. ญัตติพร พิมพ์ลา และ น.ส. ชินณพัฒน์ พรมพันธ์

สัปดาห์ที่ 4

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
1. เพื่อกระตุ้น อารมณ์ ส่งเสริมกายจิต และ ประสบการณ์ในการ ปฏิบัติตนเพื่อสู่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตนเองโดยเน้นความ มั่นใจในความสามารถ ของตนเอง	กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรม ระบายใจใส่ ความรู้สึก - การกระตุ้นทางสภาวะร่างกายและ อารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 9 คน เพื่อเขียนบรรยาย ความรู้สึกของแต่ละคนเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพลงในกระดาษแล้วสรุป เป็นของแต่ละกลุ่ม เพื่อมานำเสนอ เป็น ภาพรวมของทุกคนเพื่อที่จะหาข้อสรุปสิ่ง ที่ได้และการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล สุขภาพที่ดีอยู่แล้วและการหาแนวทาง แก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการ ควบคุมความดันโลหิต (1.30 ชั่วโมง)	การกระตุ้นทางสภาวะ ด้านร่างกายและ อารมณ์ (Physiological and Affective States) - ผู้วิจัยพูดกระตุ้นทาง อารมณ์ ความรู้สึก ของแต่ละคนเพื่อเขียน ข้อความแสดงใน ประเด็น วิธีการดูแล สุขภาพ ปัญหา อุปสรรค และแนวทาง แก้ไข	1.30 ชั่วโมง	- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร่วมแสดงความคิดเห็น คลายความรู้สึก - การสังเกต ความสนใจ การร่วม แสดงความคิดเห็น - การผ่อนคลาย ความรู้สึก - การอภิปราย กลุ่ม	1. กลุ่ม พดลองแสดง ความรู้สึก เกี่ยวกับ พฤติกรรม สุขภาพ มี กำลังใจในการ ควบคุมความดันโลหิตสูง	นางบุญรับ มงคลกุล น.ส.นริศรา ศรีแก้วน้ำไสย น.ส.อัญญาพร พิมพิลา และ น.ส. ชินณพัชนี พรหมพันธ์

สัปดาห์ที่ 5-7

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของวอร์ปฏิบัติการเรื่องการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>2.เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเรื่องการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 5-7 การติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผล หลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผล การปฏิบัติตัวในแต่ละด้าน โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด</p> <p>-ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น</p> <p>-ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือน สนับสนุนให้กำลังใจ ให้สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที</p>	<p>การรับฟังให้กำลังใจกระตุ้นเตือนร่วมกัน แก้ปัญหา</p>	<p>ไม่เกิน 1 ชั่วโมง</p>	<p>- การมีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตได้</p> <p>- การสังเกตการมีส่วนร่วม การสนใจ การแสดงความคิดเห็น</p> <p>. การซักถาม</p> <p>- แบบบันทึก</p>	<p>มีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตได้</p>	<p>นางบุญรับ มงคลกุล</p> <p>น.ส.นริศรา ศรีแก้วน้ำใสย์</p> <p>น.ส.ญัตติพร พิมพิลา</p> <p>และ</p> <p>น.ส. ชินณพัชนี พรมพันธ์</p>

สัปดาห์ที่ 8

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติการออกกำลัง ภายด้วย ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีก (SKTT) ที่เหมาะสมและถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่2 กิจกรรมทบทวนฐานการเรียนรู้ ทบทวนกิจกรรมครั้งที่1 ในสัปดาห์ที่1</p> <p>1. การทบทวนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (10 นาที)</p> <p>2. ทบทวนความรู้โดยในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชีวิตประจำวัน เช่น การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร (30 นาที)</p>	<p>- นำสู่ทเรียนสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>- การลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเองประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ</p> <p>ด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)</p> <p>- ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเข้าฐานในแต่ละฐาน</p>	2 ชั่วโมง	<p>- พฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- มีการรับรู้ ความสามารถ ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น</p> <p>- พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น</p>	<p>นางนาถ นรินทร์ ทวีพัญกุล</p> <p>นางนันทนาท วิลาศรี</p>

สัปดาห์ที่ 8 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับประทานยาที่ถูกต้อง	3. ทบทวนความรู้โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภาย บริหาร กวาร์บ่อนร่างกาย (30 นาที) 4. ทบทวนการจัดการความเครียด โดยการฝึกผ่อนคลายด้วยการ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก (SKT7) (30 นาที) 5. ทบทวนการรับประทานยาโดย การสอบถามวิธี ช่วงเวลาการ รับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียง ที่เกิดจากยา การฝึกอ่านฉลากยา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงให้มาตรวจตาม นัดทุกครั้ง (30 นาที)	อธิบายคำแนะนำในการ บันทึก กฎและ กติกาในการ ตรวจสอบ 3. บรรยายและให้ความรู้ โดยสไลด์ Power point สื่อ วีดิทัศน์ 4. สาธิต ฝึกปฏิบัติ การจัด เมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร 5. ฝึกปฏิบัติการออกกำลัง กาย การจัดการความเครียด 6. อภิปราย ชักถามปัญหา แสดงความความคิดเห็น		- พฤติกรรมการ จัดการ ความเครียด ของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง - พฤติกรรม ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยา การรับประทาน ยาโรคความ ดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง และการ มาตรวจตามนัด		น.ส.กาญญา รัตน์ ญบุญทอง นางสาวอติพร พิมพ์ิลา นางวนิดา นุ่งตะลา

สัปดาห์ที่ 8 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
	6. ให้นักกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการปฏิบัติตัวในดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง (30 นาที)			- สังเกตการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็น และสามารถตอบคำถามผู้วิจัยได้		นางบุญอุรัมย์มงคลกุล น.ส. นริศราศรีแก้วน้ำใสย์ และ น.ส. ชินฉิมพัตณ์พรหมพันธ์
	7. ทบทวนและ สรุปทบทวนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในเรื่องในแต่ละพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง 4 ด้าน (30 นาที)					

สัปดาห์ที่ 9-11

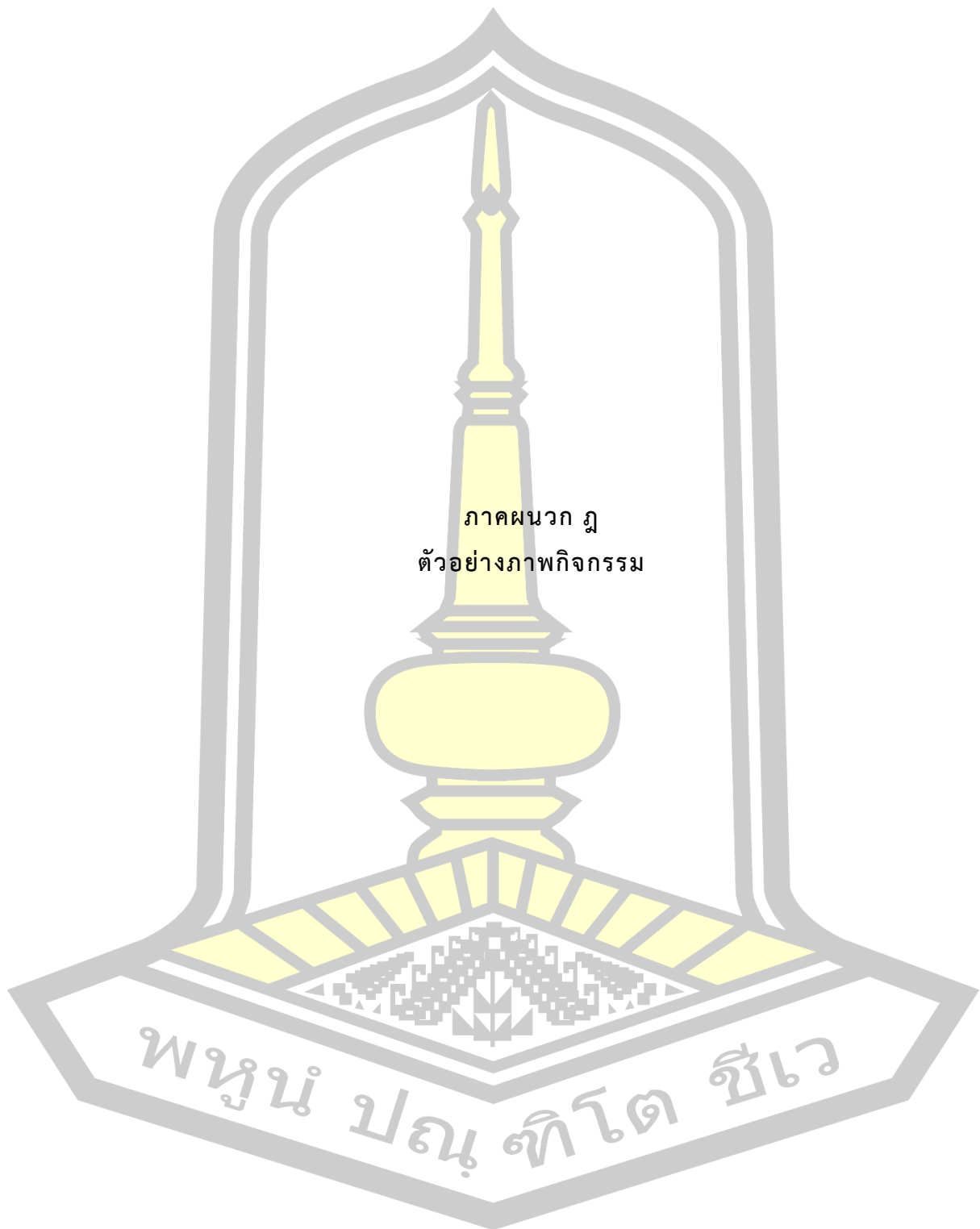
วัตถุประสงค์	เนื้อหาที่สอน	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของกระบวนการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>2.เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเรื่อง การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการรับประทาน</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 9-11 การติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามผล การปฏิบัติตัวในแต่ละด้าน โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตราจรรวมกัน</p> <p>- ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น</p> <p>- ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือน สนับสนุนให้กำลังใจ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที</p>	<p>การรับฟังให้กำลังใจ</p> <p>กระตุ้นเตือนร่วมกัน</p> <p>แก้ปัญหา</p>	<p>ไม่เกิน 1 ชั่วโมง</p>	<p>- การมีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตได้</p> <p>- การสังเกตการมีส่วนร่วม การสนใจ การแสดงความคิดเห็น</p> <p>. การซักถาม</p> <p>- แบบบันทึก</p>	<p>มีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตได้</p>	<p>นางบุญรับ มงคลกุล</p> <p>น.ส.นริศรา ศรีแก้วน้ำใสย์</p> <p>น.ส.ญัตติพร พิมพิลา</p> <p>และ</p> <p>น.ส.ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์</p>

สัปดาห์ที่ 12

วัตถุประสงค์	เนื้อหาที่สอน	วิธีการผู้ ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการ ประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อประเมินผล การดำเนินงาน ทั้งหมดที่ได้ จากการดำเนินงาน วิจัย	เนื้อหาที่สอน กิจกรรมครั้งที่ 12 การสรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรมทั้งหมด - ผู้วิจัย สรุปเตรียมให้คำแนะนํา แก้ไขปัญหา ในเรื่องการปรับพฤติกรรมด้านบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียด และการ รับประทานยา ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (10 นาที) - แจ้งผลการควบคุมระดับความดันโลหิตว่าอยู่ใน เกณฑ์ปกติหรือไม่ (10 นาที) - มอบใบประกาศนียบัตรรางวัลผู้ผ่านการอบรม และมีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ บรรลุผลสำเร็จ มีระดับความดันโลหิตลดลง (10 นาที)	ความสำเร็จ สร้าง สัมพันธภาพที่ดี - จัดเวทีการ มอบเกียรติบัตร และรางวัลแก่ ผู้พัฒนา พฤติกรรม สุขภาพที่ดี	1 ชั่วโมง 10 นาที	การมีพฤติกรรม การควบคุม ความดันโลหิต ได้	การมีพฤติกรรม การควบคุม ความดันโลหิต ได้	นางบุญรับ มงคลกุล น.ส. นริศรา ศรีแก้วน้ำใส น.ส. ญุติพร พิมพ์ลา และ น.ส. จินนพัทธ์ พรหมพันธ์

สัปดาห์ที่ 12

วัตถุประสงค์	เนื้อหาที่สอน	วิธีการผู้ ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด/วิธีการ ประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์	<p>เนื้อหาที่สอน</p> <p>ทำแบบทดสอบ Post-test</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ,BMI, วัดความดันโลหิต ,รอบเอว (10 นาที) - ทำแบบทดสอบข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยความสามารถในการดูแลตนเอง ความความหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (30 นาที) 	<p>ความสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> -สร้างสัมพันธภาพที่ดีและการตอบแบบสอบถาม 		ประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ



กิจกรรม การชักจูงด้วยคำพูดโน้มน้าว (Verbal Persuasion)



กิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Development Behavior)
ฐานการจัดเมนูอาหาร





พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

ฐานการออกกำลังกาย



ฐานการจัดการความเครียด



ฐานการรับประธานยาและมาตรวจตามนัด

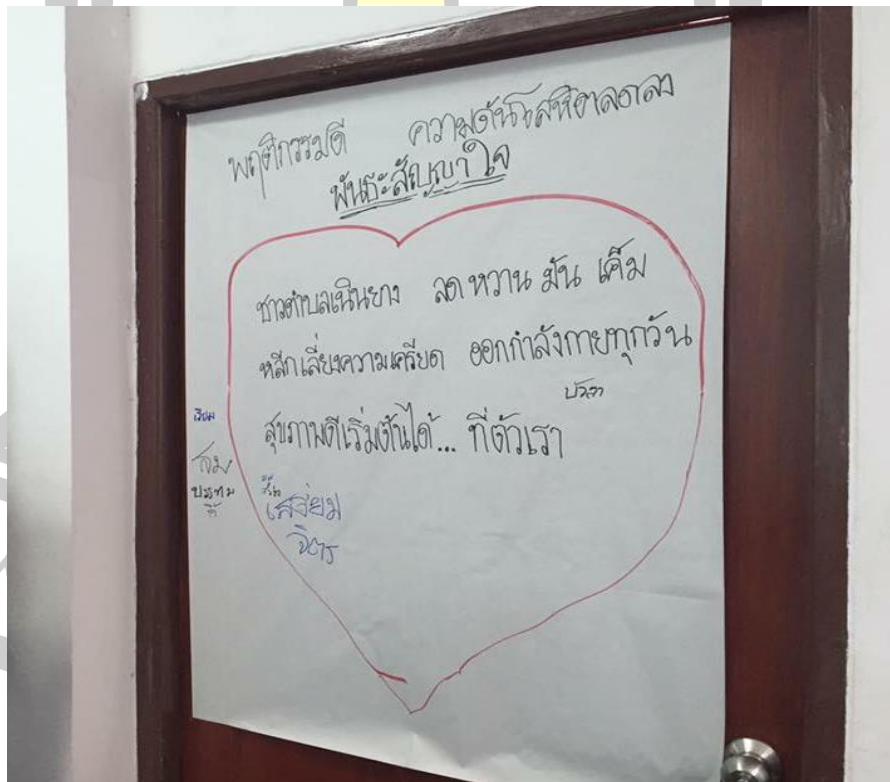


การสร้างเสริมต้นแบบ (Role Model)



กิจกรรมระบายใจใส่ความรู้สึก (Emotional Arousal)





กิจกรรมติดตามการเยี่ยมบ้าน



พ

พันธกิจ

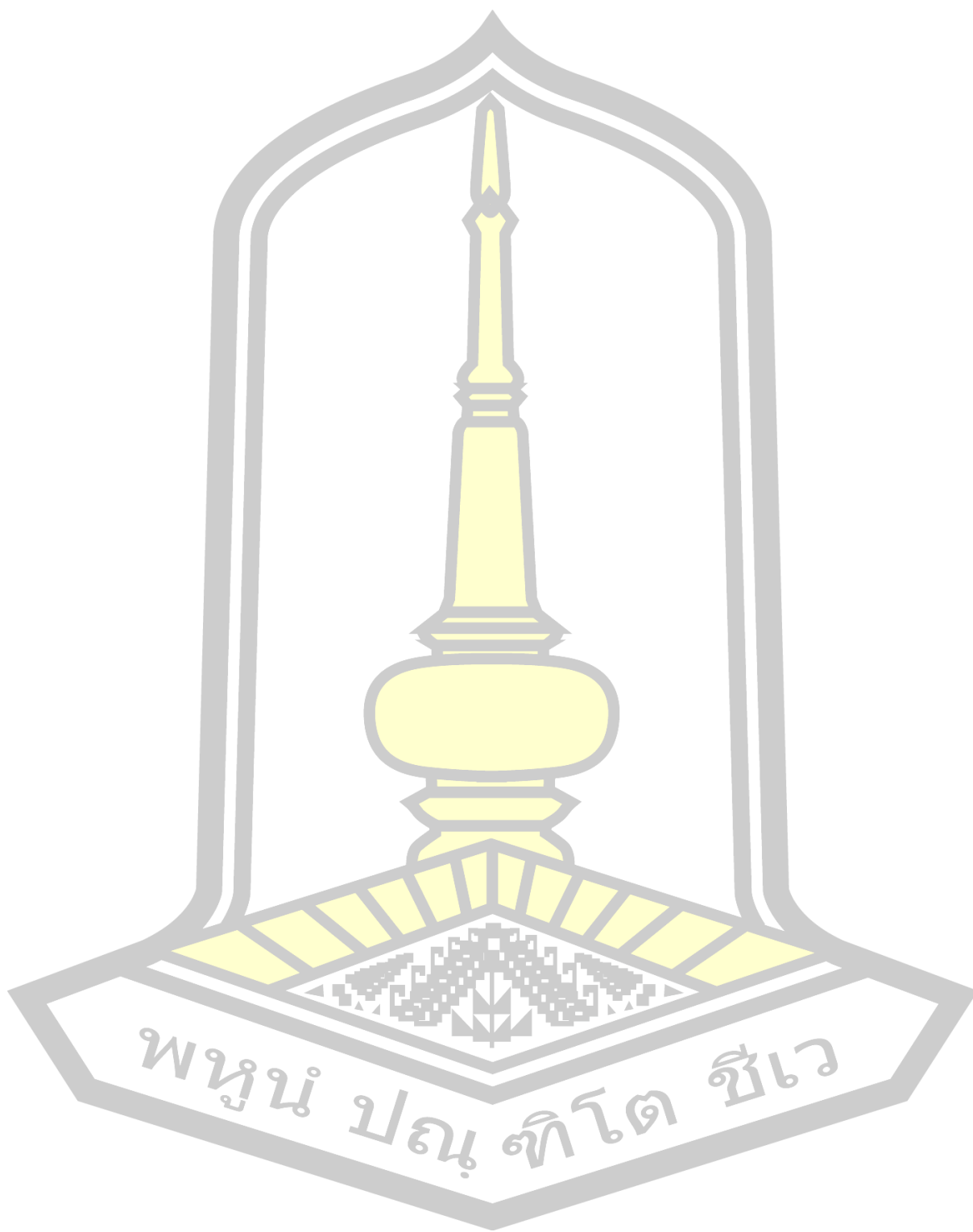


พุ่มนุ่ ปณุ ทิโต ช้เ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวชินณพัฒน์ พรหมพันธ์
วันเกิด	วันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2537
สถานที่เกิด	อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 2 บ้านศรีสุข ตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง หมู่ที่ 4 ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46180
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศรีกระนวนวิทยาคม ตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ์ ปณุ์ ทิโต ชีเว



พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว