



ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ใน
ตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์



เบญจวรรณ วงษ์รอด

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ใน
ตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ใน
ตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์"

ของ เบญจวรรณ วงษ์รอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.วิภาพร สิริธิศาสตร์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กীরติสิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัจวนสินธุ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัช กนกเทศ)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์
ผู้วิจัย	เบญจวรรณ วงษ์รอด
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กীরติสิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	การดูแลตนเอง, การส่งเสริมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 ถึง เดือน กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA และ Analysis of Covariance (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย และควรมีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป



Title	THE EFFECTS OF PROGRAM APPLYING HEALTH PROMOTING MODEL ON SELF-CARE BEHAVIOR AMONG PERSONS WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION IN PHAKKWANG SUB-DISTRICT, THONGSEANKHAN DISTRICT, UTTARADIT PROVINCE
Author	Benjawan Wongrod
Advisor	Assistant Professor Orawan Keeratisiroj, Ph.D.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022
Keywords	Self-care, Health promotion, Hypertension

ABSTRACT

The purposes of this Quasi-experimental research were to study the effect of the program by applying health promoting model on self-care behaviors of patients with uncontrolled hypertension. By applying Pender's Health-promoting Model and Protection Motivation Theory. The sample consisted of 60 patients with uncontrolled hypertension, divided into experimental group and control group, 30 people each. The experimental group received health promoting program for 8 weeks and follow-up period at the 10th week, and the controlled group received normal service. The data were collected by interview forms. Between May 2019 to July 2019. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics using Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA and Analysis of Covariance (ANCOVA). The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the experimental group had mean perceived scores including perceived benefit of practice, perceived barriers to practice, perceived self-efficacy, perceived severity of disease, and perceived risk exposure disease, and the mean behavioral scores were statistically significantly higher

than before the trial (p -value < 0.05). In addition, the mean systolic blood pressure of the experimental group After the trial and follow-up period, there was a statistically significant decrease from before the trial (p -value < 0.05). And after the experiment, the experimental group had a mean perceived score, mean behavior score and mean blood pressure significantly better than the control group (p -value < 0.05). Therefore, health promoting programs affect to patients behavior practicing. And the progress of the behavior practicing should be monitored continuously leads to sustainable practice.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อรุวรรณ กীরตสิโรจน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า และขอกราบขอบพระคุณ ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ธนัช กนกเทศ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิดและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ธนัช กนกเทศ นายแพทย์เบญจวุฒิ คุรุฑเมือง และคุณจิรนุช ไสทัน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ทุกท่าน ที่ให้ความความกรุณาในการเก็บข้อมูลการวิจัยและเป็นวิทยากรในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการทำการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้สนใจทุกท่าน

เบญจวรรณ วงษ์รอด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของงานวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
โรคความดันโลหิตสูง.....	6
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	15
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40

รูปแบบการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เกณฑ์คัดเข้า.....	41
เกณฑ์คัดออก.....	41
เกณฑ์การถอดถอน.....	41
การกำหนดขนาดตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	52
ส่วนที่ 2 การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	54
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต การรับรู้ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม.....	67
บทที่ 5 บทสรุป.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	81
ประวัติผู้วิจัย.....	107

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
ตาราง 2	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในภาพรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	54
ตาราง 3	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อ	55
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อ	58
ตาราง 5	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	60
ตาราง 6	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ	61
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ	64
ตาราง 8	แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)	67
ตาราง 9	แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ ของการทดลอง (n = 30)	67
ตาราง 10	แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พฤติกรรม และการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม	68
ตาราง 11	แสดงเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ของกลุ่มทดลอง	69

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1	
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)	25
ภาพ 2	
แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	39
ภาพ 3	
แสดงรูปแบบการวิจัย	40
ภาพ 4	
แผนผังแสดงโปรแกรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดทุพพลภาพในผู้ป่วย โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค, 2562) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.58 พันล้านคน

ในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 ในปี 2562-2563 ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจ เมื่อ พ.ศ.2557 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2564) ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เพิ่มขึ้นจาก 115.3 มิลลิเมตรปรอท ในปี 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 121.8 มิลลิเมตรปรอทในปี 2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มิลลิเมตรปรอทเป็น 124.4 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มิลลิเมตรปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มิลลิเมตรปรอทเป็น 120.8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มิลลิเมตรปรอท เป็น 122.6 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นเพิ่มจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ในปี 2564 พบว่าจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตพื้นที่ และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปี ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยร้อยละ 48.5, 29.0, 14.8 และ 1.8 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตายในปี 2559-2564 ร้อยละ 0.18, 0.28, 0.31 และ 0.24 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2560-2564 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 33.4 35.0 34.8 35.8 และ 35.3 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราป่วยตาย เป็นร้อยละ 1.6 0.02 1.8 0.5 และ 0.2 ตามลำดับ โดยในปี 2564 ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 27.0 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขวง, 2564)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของนักสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคลและชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของ รักชนก จันทรพิชญ์ (2564) พบว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จากแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีพื้นฐานจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยแบบรายบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เกิดปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ รวมถึงทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ได้กำหนดตัวแปรที่ ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนองของความรุนแรงของโรค ซึ่งจากผลการศึกษาของ พนิตนันท์ พรหมดำ (2565) พบว่าการประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การกระตุ้นให้เกิดความกลัว เป็นทางอ้อมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ในพื้นที่ตำบลฝักขวง ยังได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบการให้สุขศึกษา ซึ่งไม่ได้เป็นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างการรับรู้ และจัดการอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมแบบรายบุคคล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทการใช้ชีวิตที่เป็นอยู่ได้ ทำให้ไม่สามารถ

ควบคุมระดับความโลหิตได้ และก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ มาจัดกระบวนการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่ม ทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วม โปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกัน
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีของ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่อาศัยอยู่ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือน กรกฎาคม 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีระดับความดันโลหิต Systolic (Systolic) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือระดับความดัน Diastolic (Diastolic) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อย่างน้อย 1 ครั้ง ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

โปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ โดยประกอบด้วยความรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอิทธิระหว่างบุคคลและสถานการณ์

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจะส่งผลทางบวกต่อตนเองและเป็นแรงเสริมทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อสิ่งกีดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อผลอันตรายและผลเสียของการเกิดโรคทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและโรคแทรกซ้อน มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคล และสถานการณ์ต่างๆ ที่มาสนับสนุน ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการรับประทานยา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้ มี 2 ระดับคือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด หรือแรงดัน Systolic (Systolic Blood Pressure) ตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง แรงดันโลหิตต่ำสุดหรือแรงดันโลหิต Diastolic (Diastolic Blood Pressure) ตรงกับระยะที่หัวใจหยุดพักการบีบตัว

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิต Systolic \geq 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic \geq 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

1.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential Hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปี และไม่ค่อยพบในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกาพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทาน

อาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุ และมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยรักษาและควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบน้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่อาจเกิดพยาธิสภาพที่ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคกรรมพันธุ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ และสารเคมี เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุ ระดับความดันโลหิตจะลดลง เป็นปกติและสามารถรักษาให้หายได้

2 เกณฑ์ที่ใช้วัดค่าความดันโลหิตสูง

เกณฑ์ที่ใช้วัดค่าความดันโลหิตสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ดังนี้ (สมาคม ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

2.1 เกณฑ์การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

ประเภท	SBP (มม.ปรอท)		DBP(มม.ปรอท)
ความดันโลหิตดีที่สุด	<120		< 80
ความดันโลหิตปกติ	120-129		80-84
ความดันโลหิตสูงปกติ	130-139		85-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179		100-109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	≥180		≥110
Isolated Systolic Hypertension (ISH)	≥140		< 90

2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีต่าง ๆ

วิธีการวัดความดันโลหิต	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล	≥ 140	และ/หรือ	≥ 90
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ			
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางวัน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางคืน	≥ 120	และ/หรือ	≥ 70
ความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งวัน	≥ 130	และ/หรือ	≥ 80

3. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมักมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและปัจจัยต่างๆ ทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่เปลี่ยนแปลงได้และเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (ตวงพร พิกุลทอง, 2564)

1. พันธุกรรม โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและปัจจัย หลายอย่าง ผู้ที่มีประวัติและบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า โดยเชื่อว่าพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงคือ ระดับโซเดียมสูง การลดลงของสัดส่วนระหว่างระดับโพแทสเซียมและโซเดียม ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคตั้งแต่อายุยังน้อย

2. อายุ เป็นสาเหตุสำคัญของการมีความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบในในช่วงอายุ 30-35 ปี อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ ร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีหลักฐานว่าการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยไม่ค่อยดีนัก ความดันโลหิตสูงเฉพาะ Systolic พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และเกือบร้อยละ 24 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี

3. เพศ โดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง

4. เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวผิวขาวและเริ่มเป็นในตอนอายุน้อยกว่าและมีความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่า

โดยสาเหตุที่พบความชุกในชาวผิวดำมากกว่ายังไม่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการมีระดับเรนิน (Renin) ที่ต่ำลง การเพิ่มความไวต่อวาโสเพรสซิน (Vasopressin) การบริโภคเกลือมาก และการมีความเครียดสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้

1. ความเครียด ความดันโลหิตเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก ความเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และอารมณ์ ความเครียดทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic System) เมื่อมีความเครียดอยู่นาน ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจ และบุคลิกภาพด้วย

2. โรคอ้วน พบว่าผู้ที่อ้วนส่วนบนของร่างกายหรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว และท้องเป็นจำนวนมากจะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วนส่วนล่างของร่างกาย แม้จะมีน้ำหนักมากเกินมักไม่ค่อยเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีการเพิ่มเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที (Cardiac Output) มากเกิน และมีความสามารถในการยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง นอกจากนี้ผู้ที่ เป็น โรคอ้วน มักจะมีระดับอินซูลิน (Insulin) ในเลือดสูง (Hyperinsulinemia) อินซูลินมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง จึงทำให้ความดันโลหิตสูง

3. อาหาร การบริโภคโซเดียมในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแนนที ยูเรติก (Natriuretic Hormone) ซึ่งจะมีผลเพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง มีการศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการขาดโพแทสเซียมอาจเพิ่มความดันโลหิตและกระตุ้นทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะง่าย การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ทำให้มีการสะสมของไขมันในเลือดในรูปคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติ ทำให้ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดตามส่วนต่างๆ ทำให้หลอดเลือดแดงหนาแข็งและเปราะมากขึ้นและขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น

4. การสูบบุหรี่ โดยมีความเชื่อว่านิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นให้มีการปล่อยนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) จากเส้นประสาทอะดรีเนอร์จิก (Adrenergic Nerve) ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงเพิ่มความดันโลหิต

5. การดื่มแอลกอฮอล์ อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 ออนซ์ต่อวัน จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ 2 ออนซ์ต่อวันเป็นประจำจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจนอาจเกิดจากการเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกตอนที่เพิ่มปริมาณคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ และหลอดเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง

6. การดื่มกาแฟ ยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าผลของคาเฟอีนที่อยู่ในกาแฟทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แม้ว่าคาเฟอีนจะกระตุ้นอัตราการเต้นของหัวใจ แต่พบว่าคาเฟอีนเพิ่มความดันโลหิตภายหลังจากบริโภคเท่านั้นไม่มีผลในระยะยาว

7. ขาดการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตได้

4. อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการจำเพาะเจาะจงอย่างไรก็ตามอาการแสดงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย ได้แก่

4.1 ปวดศีรษะ (Headache) มักพบในผู้ใหญ่ที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง ลักษณะอาการปวดมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอยเกิดขึ้นในตอนเช้าและอาจจะดีขึ้นหรือค่อยๆหายไปเองภายในไม่กี่ชั่วโมงต่อมาอาจจะมึนศีรษะได้ อาเจียนหรือมักตามัวร่วมด้วยซึ่งกลไกนี้เชื่อว่าเกิดจากมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะหลังตื่นนอน

4.2 เลือดกำเดาไหล (Epistaxis) เป็นอาการที่พบได้แต่ไม่บ่อยนักแต่ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

4.3 เวียนศีรษะ (Dizziness) มึนงงอาจจะเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

4.4 อาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายหรือทำงานหนักหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ซึ่งบ่งถึงภาวะห้องหัวใจเวนติเคิลซ้ายล้มเหลว

4.5 ในผู้ที่มีความเครียด อาจพบผิวน้ำแดงฝาดและมีอาการอื่น

4.6 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหรือกล้ามเนื้อหัวใจหนาแน่นมาก

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่ายซึ่งมีผลต่ออวัยวะต่างๆ (สุพัตรา สิทธิวิง, 2560) เช่น

5.1 ผลต่อหัวใจ จะเกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้หัวใจวายได้ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติเกิดเลือดคั่งในปอดรุนแรงในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลงถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากขึ้นไปเกิดอาการบวมทั้งตัวและหัวใจห้องล่างขวายาย

5.2 ผลต่อไต นอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้วยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เช่น เรนิน (Renin) และพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงไตมีผนังหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบซุซระทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการบวมเหนื่อยง่ายถ่ายปัสสาวะน้อยลง และในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการไตวายได้

5.3 ผลต่อสมอง ความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดสมองติดต่อกันเป็นเวลานานแล้ว ผนังหลอดเลือดเกิดโป่งพองทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแตกง่ายทำให้เลือดออกในสมองและบางส่วนของเนื้อสมองตาย

5.4 ผลต่อตา โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเยื่อแก้วตาซึ่งทำให้หลอดเลือดแดงฝอยบีบตัวมากขึ้น มีผลให้เลือดออกในตาและประสาทตาเสื่อม ผู้ที่มีอาการของประสาทตาเสื่อมตาจะมัวลงเรื่อย ๆ และตาบอดได้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อตา แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับคือ

ระดับ 1 หลอดเลือดแดงที่จอตาจะตีบและแข็งตัวลงเล็กน้อย

ระดับ 2 หลอดเลือดแดงที่จอตาจะแข็งตัวมากขึ้นและมีการหดของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไปหรือเป็นเฉพาะแห่งการไหลเวียนของเลือดไม่ดีก่อให้เกิดหลอดเลือดอุดตันและเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้

ระดับ 3 มีอาการบวมของจอตาเกิดหย่อมเลือดออกหรือมีของเหลวขุ่นๆ ออกมา (Exudate) ทำให้หลอดเลือดแดงในม่านตาหดเกร็งการเกิดในระดับนี้ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากและสูงเป็นเวลานาน

ระดับ 4 มีลักษณะเช่นเดียวกับระดับ 3 แต่มีการบวมที่จุดรวมของเส้นเลือดและประสาทหรือ Papilledema ซึ่งเกิดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

5.5 หลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดส่วนปลายเสียความยืดหยุ่น มีการเกิดโป่งพองแตกหรืออุดตัน ทำให้คลำชีพจรของหลอดเลือดบริเวณแขนหรือขาไม่ได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยมีประวัติปวดแขนหรือปวดขาหลังจากใช้งานนานๆ (Intermittent Claudication) นอกจากนี้หลอดเลือด Aorta อาจเกิดการโป่งพอง เนื่องจากความดันเลือดสูงทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น

6. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

มีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่

6.1 การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (นิรันดร์ สุวรรณ, 2558)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ดังนั้น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแก่ผู้ป่วยทุกราย

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5-22.9 และเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทยคือผู้ชาย น้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

2. การออกกำลังกายแนะนำให้มีการออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาทีวันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว สำหรับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกัน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุหรือยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-talk Test) รวมเป็นระยะเวลา

สัปดาห์ละ 150 นาทีรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ฝืด ตัดหญ้า เดินแอโรบิคเบาๆ

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลา รวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน รูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายต่อเนื่องในโรงยิม ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบฝืด ปั่นจักรยานแข่งขัน

การออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ฉี่งัก ไทเก๊ก หรือโยคะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแนะนำผู้ป่วย พบว่าอาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric Exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้นกรณีที่สามารถควบคุมโลหิตได้ดีเป็นปกติแล้ว การออกกำลังกายร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ

3. การจำกัดโซเดียมในอาหารการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มิลลิกรัมและผงชูรส 1 ช้อนชามีโซเดียม 429 มิลลิกรัม

4. การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวันซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหาร โดยไม่แนะนำให้รับประทานโพแทสเซียมและ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อหวังผลในการช่วยลดความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตหรือได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียม การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกรณีไม่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ไม่แนะนำให้ดื่ม ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดปริมาณดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวันและ

ผู้ชายไม่เกิน 2 ต้มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ต้มมาตรฐานของเครื่องต้มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

5.1 เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มิลลิลิตร

5.2 เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มิลลิลิตร

5.3 น้ำขาวอุกระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป็ก/ตอง/กึ่ง หรือ 150 มิลลิลิตร

5.4 สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4 เป็ก/ตอง/กึ่ง หรือ 200

มิลลิลิตร

5.5 เบียร์ 5% ปริมาณ 240 มิลลิลิตร

5.6 เบียร์ 6.4% ปริมาณครึ่งกระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่

5.7 ไวน์ 12% ปริมาณ 100 มิลลิลิตร

6. การหยุดบุหรี่หรือการเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาเพียง 3-5 นาทีเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่สามารถช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ควรพิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิก

7. การลดอาหารที่ไขมันโคเลสเตอรอล การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

8. การจัดการความเครียด โดยความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีการหลั่งของฮอริโมนอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอริอิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด หัวใจต้องทำงานโดยการบีบตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนระยะยาว โดยสิ่งสำคัญในกระบวนการดังกล่าวคือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

6.2 การรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิตก่อนการรักษา โดยการให้ยาลดความดันโลหิตควรประเมินความเสี่ยงโดยรวมของผู้ป่วยต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าก่อนและวางแผนการรักษาผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง จะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้กลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยรวมต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงและสูงมาก ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ $>140/90$ มิลลิเมตรปรอทหลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือปานกลางถึงสูงควรเริ่มให้ยา ถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ $>140/90$ มิลลิเมตรปรอทหลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์

6.3 การตรวจตามแพทย์นัด โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ การตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษา และค้นหาความผิดปกติของระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย สิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัด คือการมารับยา ซึ่งแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนยาตามสภาวะของโรคได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

7. ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension)

การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า $140/90$ มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน หรือ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า $130/85$ มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง (สุพัตราสิทธิวิง, 2560)

แนวทางในการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือการที่ต้องมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า $140/90$ มิลลิเมตรปรอทและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถือเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แนะนำให้ใช้ยาในการรักษามากกว่า 2 ชนิด ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น

ทำให้ตนเอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนมีสุขภาพะดี ไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559)

1. รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกได้เป็น 3 ประเภท (ตวงพร พิกุลทอง, 2564) ได้แก่

1.1 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลเมื่อรู้สึกมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก เป็นการรับรู้ ถ้ามีความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนองกับความผิดปกตินั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน

1.2 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น

1.3 พฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ คือสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายดี ระบบต่างๆ ดี จิตดี ทุกองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นการกระทำในภาวะปกติของคนเมื่อยังไม่ได้เจ็บป่วย

2. ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ลักษณะ พฤติกรรม ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical Utilization) เป็นพฤติกรรมการไปรับการรักษาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนปกติหรือแผนโบราณ การซื้อยากินเองและการรับข้อมูลจากร้านขายยา

2.2 พฤติกรรมทำแผนการรักษา (Compliance Behavior) เป็นพฤติกรรมระหว่างการรักษาหรือในการดูแลของแพทย์ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทยกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่แพทย์ต้องการให้ปฏิบัติในระหว่างที่รับการรักษาช่วงที่เกิดอาการ

2.3 พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical Information Seeking Behavior) เป็นการเสาะหาข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วยและการรักษาและการดูแลตนเอง รวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยการรักษาและการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงหัวข้อชนิดหรือประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจอยากทราบหรือทราบมาแล้ว

2.4 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping Behavior) เป็นวิธีคิดวิธีการขอความช่วยเหลือวิธีการขอข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจและสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษาหรือเมื่อกลับไปสู่ครอบครัวและสังคมแล้ว โดยดูว่ามีภาวะการซึมเศร้าวิตก

กังวลและวิธีแก้ไขด้วยตนเองหรือมีการขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลด้านเศรษฐกิจด้านการประเมินสถานการณ์จากผู้ใดอย่างไร

2.5 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคลครอบครัวกลุ่มเพื่อนบ้านกลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพการผดุงรักษาภาวะสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย จะเป็นระบบบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ

3. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก สามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจนเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้น จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ่ง, 2561) มีดังนี้

3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและตามแนวทาง ในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัด ด้านการรับประทานยาผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยาดังนี้

3.1.1 รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสมไม่ควรหยุดเพิ่มลดหรือลืมรับประทานยา

3.1.2 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากรับประทานยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ไม่หยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง

3.1.3 เมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้

3.1.4 ในผู้ป่วยที่อาจเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเฉียบพลันโดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืนเมื่อมีอาการหน้ามืดเป็นลมควรยกขาให้สูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือท่านยืนควรเคลื่อนไหวช้าๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนานโดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา

3.1.5 ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรใน 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา อาจมีอาการง่วงซึมได้

3.1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มสุราเบียร์ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิตอาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้และเมื่อเจ็บป่วย

3.2 ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) การออกกำลังกายควร ออกกำลังกาย ชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะและการว่ายน้ำ เป็นต้น โดยก่อนการออกกำลังกายแบบเต็มทีควรมีการ Warm up เพื่อลดโอกาสบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และเป็นการเตรียมพร้อมของระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนเริ่มออกกำลังกาย ประมาณ 10 นาที จากนั้น จะเป็นช่วง Conditioning คือช่วงการออกกำลังกายที่ต้องการ Training Effects ควรใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สำหรับการ Cool down จะเริ่มจากการค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงและตามด้วยการ Stretching ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้โลหิตตามส่วนต่างๆ ของกล้ามเนื้อไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ลดโอกาสเกิด Post Exercise Hypotension และหัวใจเต้นผิดปกติรวมทั้งการปวดกล้ามเนื้อจากกรดแลคติกคั่ง ควรออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ได้ Training Effects โดยการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิต Systolic ได้ 4 ถึง 9 มิลลิเมตรปรอท

3.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) มีความสำคัญและเกี่ยวข้องเป็นอย่างมากต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ โดยแนะนำว่ากลุ่มอาหารที่มีผลต่อการลดต่อระดับความดันโลหิต คืออาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ ประกอบกับการรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อช่วยรักษาโพแทสเซียมไว้ลดปริมาณเนื้อสัตว์ เช่นหมูและวัว รับประทานอาหารไขมันต่ำระวังเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลมีหลักการควบคุมอาหาร ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วย อาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผักผลไม้ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ลดอาหารเค็มจำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหารโดยปฏิบัติดังนี้

3.3.1 จำกัดปริมาณโซเดียมโดยองค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคที่เหมาะสมไว้คือ วันละ 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมปริมาณ 350-500 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม

3.3.2 หลีกเลี้ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอส ชนิดต่างๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋องสารปรุงรสต่างๆ เช่น ผงชูรส ผงฟูเนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล และยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

3.3.3 ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลี้ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน สมองสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

3.3.4 หลีกเลี้ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันทอดหรือเจียว ควรใช้น้ำมันพืชแทน น้ำมันสัตว์ เปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี้ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี้ยง

3.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมและเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เนื่องจากการมีเงื่อนไขการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกผูกพันและเกิดความใกล้ชิดกันอย่างไม่เป็นทางการ และยังช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น คำแนะนำคำปรึกษา คำตักเตือนกำลังใจหรือทางด้านการเงิน ทำให้ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ และลดความเครียดลงสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีความต้องการที่จะติดต่อทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวเพื่อนบ้านหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ตลอดจนมีการปรึกษาขอคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปฏิบัติมากขึ้นมีความรู้และความเข้าใจตลอดจนคลายความวิตกกังวลจากการได้พูดคุยและปรึกษาหารือกับบุคคลที่ไว้วางใจ

3.5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานของพัฒนาการความเป็นมนุษย์ที่มีความสำคัญกับสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ซึ่งบุคคลต้องมีอยู่ตลอดเวลาทุกสถานการณ์ ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิตความรักความหวังการให้อภัย ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิตเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจการตระหนักและยอมรับในคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตตลอดจนมีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังมีผลต่อร่างกายของตัวผู้ป่วยเองทำ

ให้ร่างกายอ่อนแอความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาครอบครัวทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสูญเสียรายได้ไปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเกิดความขัดแย้งด้านจิตใจจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นได้ ทำให้คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจความมีคุณค่าในตนเองลดลง

3.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุในการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นการจัดการกับความเครียดจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างเป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติดังนี้

3.6.1 ควรวางแผนจัดการความเร่งด่วนของงานมีสติไม่เร่งร้อนในการทำงานแบ่งเวลาให้เหมาะสม

3.6.2 คิดในทางบวกมองโลกในแง่ดีรู้จักให้อภัย

3.6.3 ชีวิตีแก้ไขและขจัดความเครียด ได้แก่ การระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่นรับฟัง การนอนหลับ การพักผ่อน เช่น การฟังเพลงดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ และการไปเที่ยวการออกกำลังกาย การระงับความโกรธ การใช้เวลา ในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ผู้อื่น

3.6.4 การหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิและการฝึกการหายใจ

3.6.5 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และการรักษาปรับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง โดยพยายามปรับกิจกรรมในการดูแลตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถทำงานและมีการเข้าสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่ละเลยในการที่จะพยายามปรับตัวในการดูแลตนเอง มีการวางแผนในการปฏิบัติและปฏิบัติดูแลตนเองตามแผนที่วางไว้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม มีหลายปัจจัย ประกอบด้วย

4.1 อายุมีผลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะพบมากในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

4.2 ระดับการศึกษา มีผลต่อความสามารถในการเข้าใจและจัดการกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ (Health Literacy) (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) ซึ่งประกอบด้วย ทักษะพื้นฐานในการอ่านหรือการเขียนหนังสือ การนับเลข ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการจัดการยาที่รับประทาน เพื่อวางแผนไปรับยาอย่างต่อเนื่อง

4.3 รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งในการอำนวยความสะดวกในการจัดการของบุคคล รายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (จรรยา วังนิยม, 2563) ตลอดจนจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดี

4.4 ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเอง (ชนิษฐา รักษาเคน, 2560) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น

4.5 การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสถาบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในสังคม ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือโดยให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการกระทำต่างๆ ได้ (ดวงเนตร ธรรมกุล, 2563)

4.6 ระบบสุขภาพ ปัจจุบันมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในชุมชนมากขึ้น โดยมีระบบส่งต่อที่ดี เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน นอกจากนี้ยังมีระบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health care) โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (กมลทิพย์ ชลังธรรมนิยม, 2559) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการสนับสนุนให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคได้

5. พฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับความดัน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม

การขอรับประทานอาหารที่มีรสหวาน พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ความสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำหรับดำรงชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต

Pender (1987) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต (Well Being) และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำเข้ามา และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไม่นับเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือ การมีสุขภาพที่ดีและการมีชีวิตที่ปกติสุข

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแบบจำลองที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจะเข้าใจแบบจำลองใดสิ่งทีควรเรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้นคือการรู้จักผู้พัฒนาแบบจำลองเพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดหลักของแบบจำลอง

แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากแบบจำลองนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Pender, 1996)

ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพแบบจำลองนี้มีฐานความคิดจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของอัลเบิร์ตแบนดูรา ซึ่งสนใจในกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยน พฤติกรรมและจากทฤษฎีของมาร์ตินพิชไบน์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บอกการกระทำอย่างมีเหตุผลและ บรรทัดฐานสังคม ทฤษฎีนี้มีส่วนคล้ายกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ไม่มีข้อจำกัดใน การอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมที่นำมาซึ่งสุขภาพดีจากที่ท่านมีพื้นฐานความรู้ เกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ การทดลองด้านจิตวิทยาจึงทำให้มีการนำจิตวิทยาสังคม และทฤษฎี การเรียนรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

ผู้พัฒนาแบบจำลองนี้ คือ ดร.โนลา เจ เพนเดอร์ (Pender, N. J.) ในปี ค.ศ. 1975 ได้ พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจแล ะการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพน เดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ ได้เห็นความ จำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่ จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้ มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2011 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011)

เพนเดอร์ ได้พัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายและทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence - or Approach – Oriented Model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิด จากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2011 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง ดังนี้

1.1 ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

11.1. บุคคลแสวงหาภาวะการณืของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดง ความสามารถด้าน

1.1.2 บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้ง ความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

1.1.3 บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะ บรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง

1.1.4 บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

1.1.5 บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

1.1.6 บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ บุคคลตลอดช่วงชีวิต

1.1.7 การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major Concepts and Definition)

1.2.1 การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of Health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพ คือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

1.2.2 รับรู้ว่าคุณภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived Control of Health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่า สามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

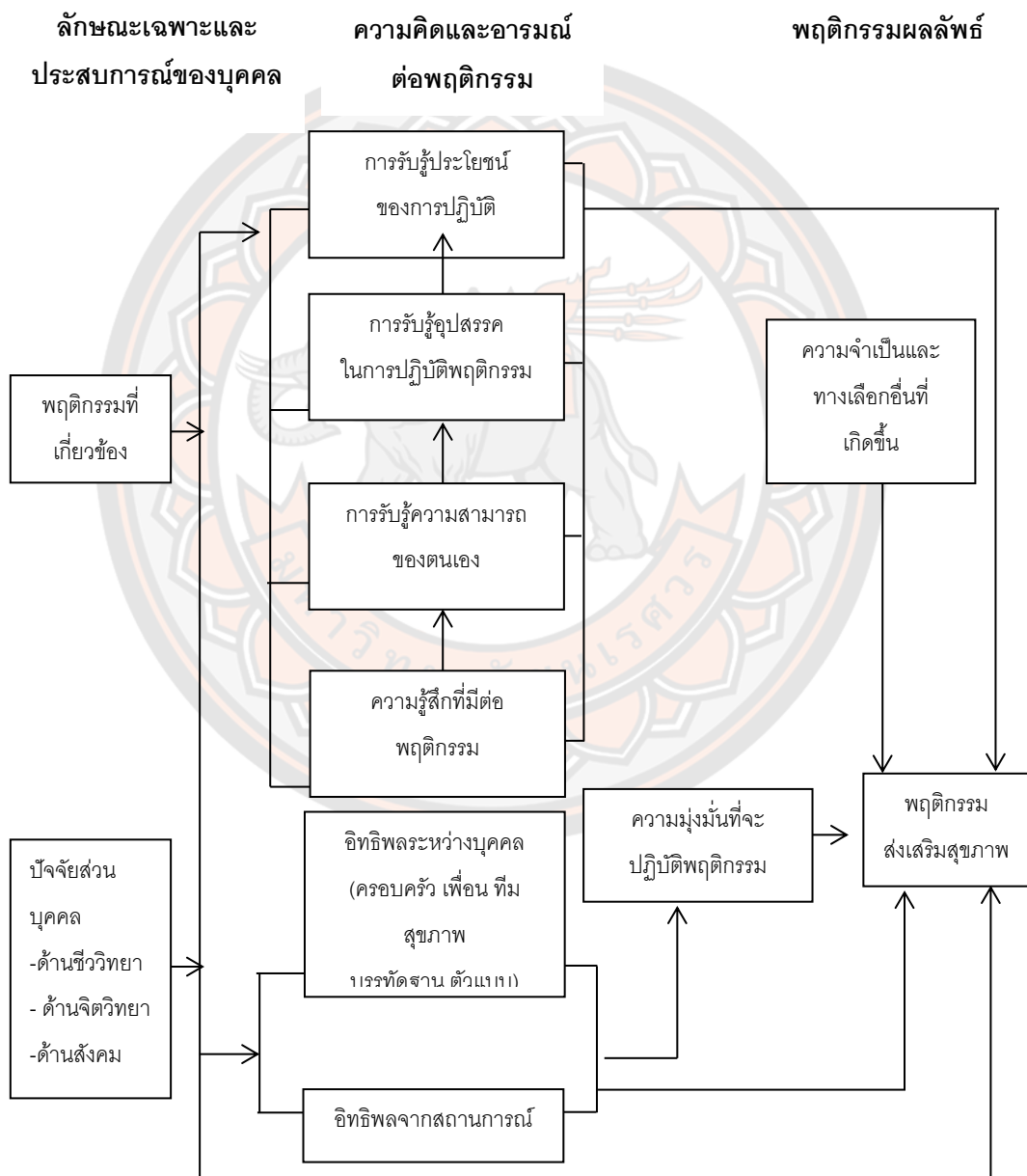
1.2.3 รับรู้ความสามารถของตน (Perceive Self – Efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่า พฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

1.2.4 คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.2.5 การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถ แยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived Benefits of Behaviors) บุคคลจะมีความ โน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

1.2.74 การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม



ภาพ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา: Pender et al. 2011

1.3 มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011)

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในมโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

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

1.2 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติชาติพันธุ์วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์และกิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่าการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อลำ ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญ แต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่

จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-Related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-Related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-Related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะไม่นานมานี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคน อื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้

การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากนักน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

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

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรม และการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-Regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่

เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) เป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดย Ronald W. Roger ต่อมาได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพร่วมกับบุคคลซึ่งการรับรู้นี้เป็นการเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสารการประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อสารกลางการรับรู้ Roger ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ด้านคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Plotnikoff & Higginbotham, 2002)

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการชี้แจงว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพลักษณะข้อความที่ปรากฏเช่นมีอันตรายถึงชีวิตหรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรงเช่นระคายเคืองปอดเล็กน้อยโดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความ

กลัว เพียงเล็กน้อยอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้กระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูอาจส่งผลให้ลักษณะข้อมูลนั้นโดดเด่นขึ้นกระบวนการการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงเช่นศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์กได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดจากชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้กวดตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้กับความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

2.3 ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy) การกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพโดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องจากผลการวิจัยพบว่าการที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมา Maddux และ Roger ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวคือความคาดหวังในความสามารถของตน (Self Efficacy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมี่ฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวัง

ในความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง โดยสรุปบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเนื้อหาของข่าวสารควรมีผลช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารคุกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังของความสามารถของตนเองที่จะนำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรมโชคราะห์ดีหรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกัน ดังนั้นผู้ที่มีอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองสูงในการตรวจสอบองค์ประกอบในความคาดหวังในความสามารถในตน Roger and Maddux ได้ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงหรือกระทำได้ยากมากคือความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่าความคาดหวังในความสามารถในตนเองเป็นการทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังของความสามารถตนเองความสามารถในการปฏิบัติตามจึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่อในตนเองทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิภาพของการแพร่ข้อมูลข่าวสารจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้นหากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วยตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูงโดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบ ดังนั้นถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันหากความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อยกว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยจะลดน้อยลงไปด้วยเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

เพิ่มขึ้น และกรณีที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำแต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง จากวิวัฒนาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Roger ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปร ทั้ง 4 ตัวคือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวัง ในประสิทธิภาพของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถตนเองมาสรุปเป็น กระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ การประเมินตนเองต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมิน การเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของ แหล่งข้อมูลข่าวสารคือสิ่งแวดล้อมการพูดชักชวนการเรียนจากการสังเกตและลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มี โอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ ฟังประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอและมีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือ พฤติกรรมแบบที่ไม่ฟังประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวังความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อในศาสนา ความคิดฝันลมๆ แล้งๆ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ฟังประสงค์ก็คือความพอใจในตัวเอง (Intrinsic Rewards) และ ความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะคือความ คาดหวังผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้และเป็นปัจจัยที่ สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ไม่ฟังประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังใน ผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวกค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความ ยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน ความไม่สอดคล้องในการดำรงชีวิต ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้างความตั้งใจซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือ ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงแต่การรับรู้ความ

คาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำจะลดความตั้งใจลงบุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำก็จะเพิ่มการรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนสูงจะเพิ่มความตั้งใจเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูงและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัทธา สิทธิวัง (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัฐฉิณี เสือโต, แอนนิจิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์วิวิธกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แรงจูงใจ และการรับรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปรัชพร กลีบประทุม, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปุณิกา สุ่มทอง, และวาสิณี อาจภักดี (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลอง และในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลองในช่วงเวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าทั้ง 3 ช่วงเวลาที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และพบว่าช่วงเวลาระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic สูงกว่าหลังการทดลองทันที แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าหลังการทดลองทันที

ชลดา งามอนสำโรง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่าบลดัยเหนือ อำเภอบึงกุ่มชัย จังหวัด นครราชสีมา โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมก่าหนดเนื้อหาในการกระตุ้นศักยภาพ พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความ รุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน มีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปรับตัว ตามหลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความดันโลหิตลดลง

พิกุลแก้ว ทองบุญ, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, และสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2562) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ต่าบลด เฮล้าหลวง อำเภอกษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองตาม แนวคิดของเพนเดอร์ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีการรับรู้ อุปสรรค ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และจันทร์จิรา อินจัน (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม สนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการฝึกสร้างเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการฝึกสร้างเสริม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมตัวอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยค่าความดัน Systolic และ Diastolic น้อยกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม

การรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร พบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรพจน์ บุญญสิทธิ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นและพฤติกรรม การออกกำลังกาย โภชนาการ ด้านปฏิสัมพันธ์ด้านจิตวิญญาณ ด้านความเครียด ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รักชนก จันทรเพ็ญ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี จากแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยความดัน Systolic และค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชินวงศ์ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา

ศิริรัตน์ ณะประวัตติ, ชูภาศิริ อภินันท์เดชา, และศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบ่งตามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญดี (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม ความคาดหวังความสามารถของตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

Mohsenipoua et al. (2016) ได้ศึกษาโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองของเพนเดอร์ พบว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพัฒนาทางด้านจิตใจและการออกกำลังกายส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด

Khodaveisi, Omidi, Farokhi, & Soltanian (2017) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้มีน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและรับรู้ความสามารถในตนเอง ทำให้พฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงอ้วนดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Mehrabbeik, Mahmoodabad, Khosravi, & Fallahzadeh (2017) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตนเองอิทธิพลของสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมการ

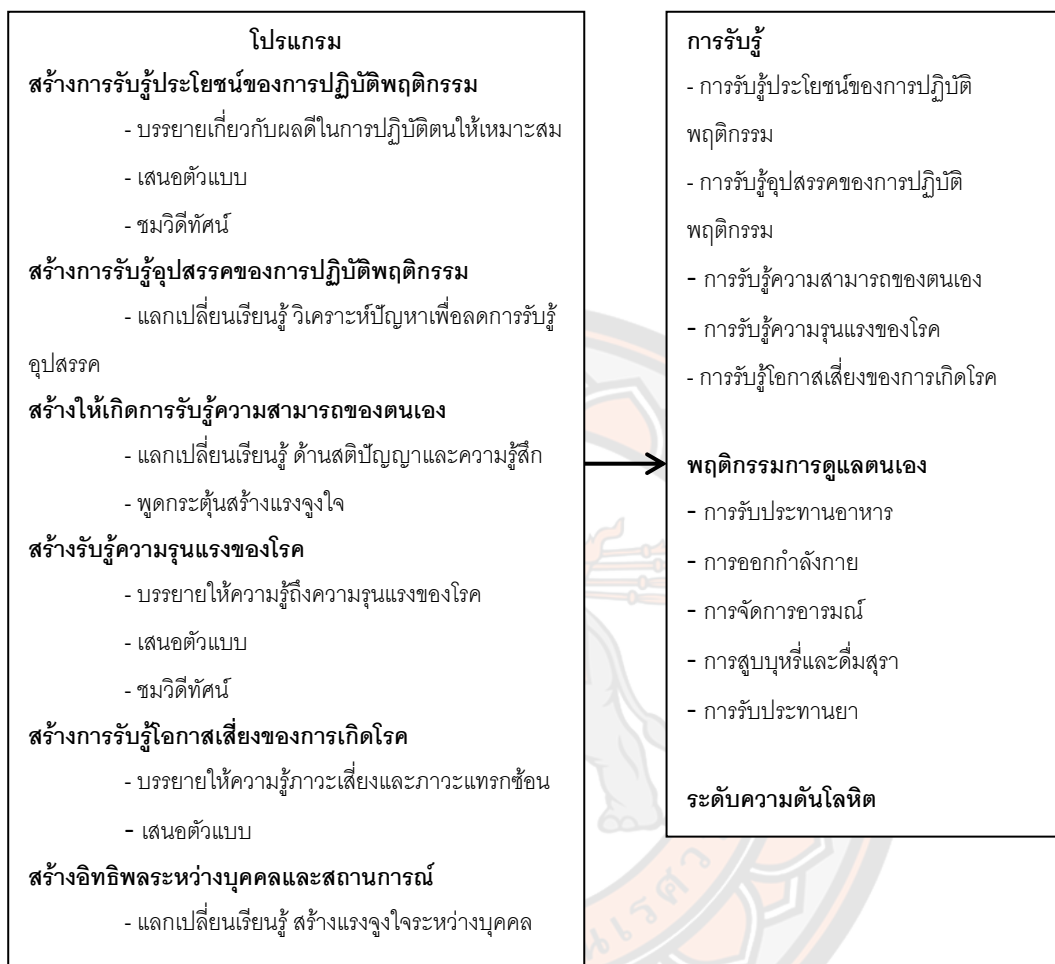
รับประทานอาหารเช้าของนักเรียน พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีสำหรับการรับประทานอาหารเช้าของนักเรียน

Brooks & Bubela (2020) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อการลงทะเบียนการทดลองทางคลินิกสำหรับเด็กที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่าผู้ปกครองที่มีเด็กมีปัญหาความบกพร่องสูง และการรับมือกับภาวะเรื้อรังได้น้อย ผู้ปกครองก็มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมและสนใจการทดลองสูง ซึ่งคือทฤษฎีสามารถจูงใจผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญในการป้องกันโรค

Khani Jeihooni, Bashti, Erfanian, Ostovarfar, & Afzali Hasirini (2022) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งผิวหนังของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในชนบท ในประเทศอิหร่าน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง ความกลัว แรงจูงใจในการป้องกัน ประสิทธิภาพการตอบสนอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการตอบสนอง และพฤติกรรมป้องกันมะเร็งผิวหนังก่อนการรักษาดีกว่าก่อนการทดลอง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยนำการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ มาใช้ในโปรแกรม และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ได้นำเอาการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมานำ ซึ่งการสร้างการรับรู้ของทั้ง 2 ทฤษฎีนี้ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



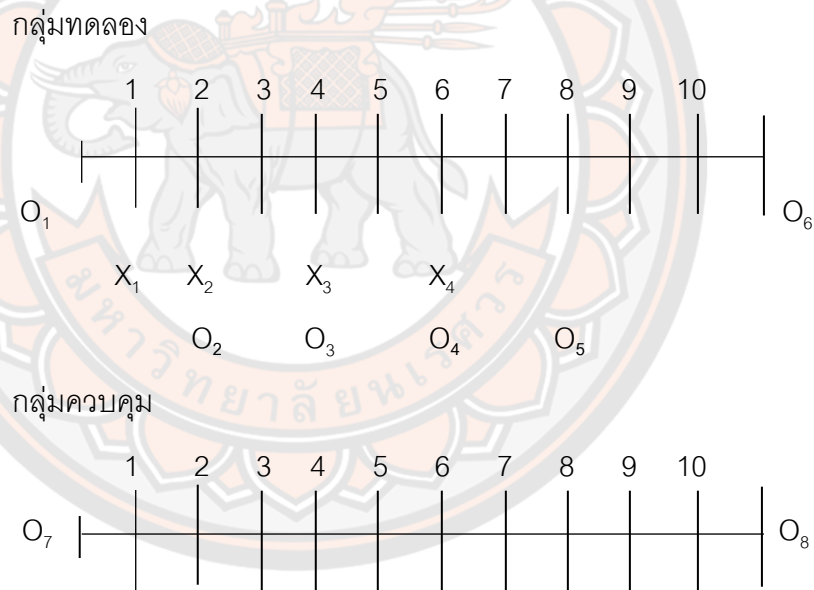
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัดก่อนและหลัง การทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ ตำบลฝักขวง อำเภอ ทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

รูปแบบการวิจัย



ภาพ 3 แสดงรูปแบบการวิจัย

X = โปรแกรมครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4

O₁, O₇ = การประเมินการรับรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

O₅, O₈ = การประเมินการรับรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตหลังการทดลองใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 ตามลำดับ

O_2, O_3, O_4 = การประเมินระดับความดันโลหิตระหว่างการทดลองในกลุ่มทดลอง
สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ

O_6 = การวัดระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 98 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำหมีใหญ่ อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. ผู้ป่วยมีความดันโลหิต Systolic (Systolic) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือระดับความดัน Diastolic (Diastolic) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อย่างน้อย 1 ครั้ง ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
3. มีอายุระหว่าง 35-65 ปี
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านออก เขียนได้
5. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานหรือหัวใจร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย

เกณฑ์การถอดถอน

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม เช่น มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบโปรแกรม

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มหรือการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดขนาดความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ 0.8 ค่า Index of Effect Size เป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมานอกจากการคำนวณหาค่า Effect Size ดังกล่าวแล้วผู้วิจัยกำหนดค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I Error, α) เท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error, β) เท่ากับ 0.80 แล้วนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม (สถิติพรุ่ง สุนทร, 2562) โดยเลือกตัวแปรค่าเฉลี่ยความดันโลหิตจากงานวิจัยของ สไปทิพย์ เชื้อเอี่ยม (2554) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มาแทนค่าในสูตร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้ ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 60 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเฉพาะเจาะจงตามพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มทดลอง: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง ตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน

กลุ่มควบคุม: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำหมี่ใหญ่ ตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมเพื่อสร้างการรับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. เครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งผ่านการสอบเทียบได้มาตรฐานที่โรงพยาบาลทองแสนขัน อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อวันที่ เดือน เมษายน 2562

2. คู่มือการดูแลตนเอง

3. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่วนสูง

3.2 แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็น การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ลักษณะคำถามนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ผู้ตอบ

เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก ข้อความที่มีความหมายทางบวก ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ใช่	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่ใช่	1	3

การแปลผลคะแนนพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากนั้นนำมาจัดอันดับโดยการจัดเกณฑ์ซึ่งใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (สุรียนต์ โคตรชมพู, อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, และทองหล่อ เดชไทย, 2554) คือ ช่วงเฉลี่ย = (คะแนนมาก - คะแนนน้อย) / จำนวนชั้น = 20 และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 56- 75 หมายถึง มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 36 -55 หมายถึง มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15- 35 หมายถึง มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับต่ำ

3.3 แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบและประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนจะเป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก ข้อความที่มีความหมายทางบวก ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	4

การแปลผลคะแนนพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากนั้นนำมาจัดอันดับโดยการจัดเกณฑ์ซึ่งใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (จิราภา พิจารณ์จันทร์, 2555) ช่วงเฉลี่ย = (คะแนนมาก - คะแนนน้อย) / จำนวนชั้น = 36 และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 109-144 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ระดับคะแนนเฉลี่ย 73-108 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 36-72 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1.1 ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลที่ได้มาตั้งเป็นหัวข้อต่างๆ ในเครื่องมือ

1.2 สร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ยกร่างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อสอบถามความคิดเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาสอบถามความถูกต้องตามเนื้อหาและโครงสร้าง (Content Validity) โดยพิจารณาค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

1.4 ปรับปรุงเครื่องมือ ตามความคิดเห็นที่ได้จากข้อ 1.3

1.5 นำเครื่องมือไปทดสอบ (Try Out) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในตำบลป่าคาย อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

1.6 นำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมากกว่า 0.7 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์หลังจากการทดลองใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	มีค่าเท่ากับ 0.782
การรับรู้อุปสรรค	มีค่าเท่ากับ 0.724
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	มีค่าเท่ากับ 0.957
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	มีค่าเท่ากับ 0.961
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	มีค่าเท่ากับ 0.925

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.734

จึงถือว่าแบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

1.7 ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง

1.8 นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

2. โปรแกรมฯ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จากแบบจำลองการส่งเสริม

สุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคขอโรเจอร์ จากนั้นไปสอบถามความคิดเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครบถ้วน ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้กำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบในการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร

3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างขออนุญาตเก็บข้อมูลและเข้าร่วมการทดลอง

ขั้นดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดโปรแกรมและใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (ระยะเวลา 8 สัปดาห์)

1.1 ระยะเวลาก่อนการทดลอง

เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-Test) โดยการซักประวัติข้อมูลทั่วไป วัดระดับความดันโลหิต ประเมินการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.2 ระยะเวลาทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1.2.1 แจกคู่มือการดูแลตนเองก่อนเข้าโปรแกรม

1.2.2 กิจกรรมสร้างเสริมและกระตุ้นการรับรู้

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

1.1) บรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง โดยวิทยากร นักวิชาการสาธารณสุข

1.2) ชมวีดิทัศน์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1.3) ยกตัวอย่างตัวแบบที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน

1.4) วิทยากรสรุปพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย และระหว่าง

ตัวผู้ป่วยเอง

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

2.1) บรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้เรื่องภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยวิทยากร นักวิชาการสาธารณสุข

2.2) กิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยวิเคราะห์อาการ ภาวะเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นและกำลังเกิดขึ้นกับตนเอง

2.3) วิทยากรสรุปพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย และระหว่าง

ตัวผู้ป่วยเอง

3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

3.1) บรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยวิทยากร พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ

3.2) ชมวีดิทัศน์ให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3.3) ยกตัวอย่างตัวแบบที่มีสุขภาพดีจากการปฏิบัติตัวที่ดี

3.4) สาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติ

3.5) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งกลุ่มวิเคราะห์สุขภาพตนเอง ทั้งแง่บวกและลบและระหว่างตัวผู้ป่วยเอง

3.6) วิทยากรสรุปพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย และระหว่างตัวผู้ป่วยเอง

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

4.1) บรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก โดยวิทยากร พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ

4.2) ชมวีดิทัศน์การพิชิตอุปสรรค

4.3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมเฉพาะโรค

4.4) วิทยากรสรุปพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย และระหว่างตัวผู้ป่วยเอง

5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

5.1) บรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้ในการสร้างกำลังใจได้ด้วยตนเอง และความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมเฉพาะโรคได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายโดยวิทยากร พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ

5.2) ผู้ป่วยแต่ละรายวิเคราะห์จุดดีของตนเองพร้อมนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตัวผู้ป่วยเอง

5.3) วิทยากรสรุปพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย

6) การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์

โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และสร้างแรงจูงใจระหว่างกันในห้องทั้งหมดที่เรียนรู้มา

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

1. ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้วิจัย

2. พุดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

โดยผู้วิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผักขวง โดยผู้วิจัย มีกิจกรรม ดังนี้

1. วัดระดับความดันโลหิต
2. ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถาม

ปัญหาอุปสรรค

3. ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล
4. พุดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6)

1. ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้วิจัย
2. พุดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

โดยผู้วิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8)

ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดัน

โลหิตโดยผู้วิจัย

- 1.3 ระยะเวลาติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10)
วัดระดับความดันโลหิตโดยผู้วิจัย

2. กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1. พบผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป
2. ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิตโดย

ผู้วิจัย

3. จัดผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบปกติ คือ พบแพทย์และรับยาตามนัด
- สัปดาห์ที่ 8

1. ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิตโดย

ผู้วิจัย

2. แจกคู่มือการดูแลตนเองโดยผู้วิจัย

อธิบายได้ดังภาพที่ 2 แผนผังแสดงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
จำนวน 60 ราย

กลุ่มควบคุม (30 คน)	กลุ่มทดลอง (30 คน)
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลทั่วไป - ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต - จัดผู้ป่วยเข้ารับการบริการแบบปกติ <p>สัปดาห์ที่ 8</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และวัดระดับความดันโลหิต 	<p>โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลทั่วไป - ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต - การบรรยาย ชมวีดีทัศน์ และจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการสร้างอิทธิพล แรงจูงใจระหว่างบุคคลและสถานการณ์ <p>โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดระดับความดันโลหิต - พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง <p>โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดระดับความดันโลหิต - ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค - ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล - พูดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม <p>โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดระดับความดันโลหิต - พูดเสริมกำลังใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง <p>โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต <p>ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดระดับความดันโลหิต

ภาพ 4 แผนผังแสดงโปรแกรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบมาลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) ข้อมูลทั่วไปเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ภายในในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-test และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ภายในในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล ภายในในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Way Repeated ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ LSD

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent T-test และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney test

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ด้วยสถิติ Independent T-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) เพื่อปรับอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired T-test และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมารวบรวมการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย แบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต การรับรู้ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.273
ชาย	8	26.7	12	40.0	
หญิง	22	73.3	18	60.0	
อายุ (ปี)					0.372
35 – 45	3	10.0	1	3.3	
46 – 50	6	20.0	2	6.7	
51 – 55	7	23.3	8	26.7	
56 – 60	5	16.7	9	30.0	
61 – 65	9	30.0	10	33.3	
$\bar{x} \pm SD$	54.5±6.88		57.4±5.40		
Median (Min, Max)	55 (41, 64)		57.5 (45, 65)		
สถานภาพ					0.159
โสด	2	6.7	0	0	
สมรส	25	83.3	23	76.7	
หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0	7	23.3	
ระดับการศึกษา					0.737
ประถมศึกษา	25	83.3	27	90.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.0	2	6.7	
มัธยมศึกษา	2	6.7	1	3.3	
ตอนปลาย					
อาชีพ					0.393
เกษตรกร	24	80.0	18	60.0	
ค้าขาย	1	3.3	2	6.7	
รับจ้าง	2	6.7	3	10.0	
ไม่ได้ทำงาน	3	10.0	7	23.3	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ต่อปี (บาทต่อปี)					0.005
น้อยกว่า 20,000	4	13.3	6	20.0	
20,001 – 40,000	2	6.7	14	46.7	
40,001 – 60,000	13	43.3	4	13.3	
60,001 – 80,000	4	13.3	3	10.0	
80,001 - 1000,000	5	16.7	3	10.0	
มากกว่า100,000	2	6.7	0	0	
$\bar{x} \pm SD$	62,373.33±33,980.59		41,726.67±26,903.27		
Median (Min, Max)	55,000 (4,800, 150,000)		36,500 (7,200, 100,000)		
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)					0.409
0 – 5 ปี	14	46.7	16	53.3	
6 – 10 ปี	14	46.7	9	30.0	
11 – 15 ปี	2	6.7	4	13.3	
16 – 20 ปี	0	0	1	3.3	
$\bar{x} \pm SD$	6.87±3.47		6.80±4.25		
Median (Min, Max)	7.5 (2, 15)		5 (2, 20)		
ดัชนีมวลกาย(kg/m²)					0.382
≤18.5	0	0	1	3.3	
18.6 - 22.9	10	33.3	12	40.0	
23.0 – 24.9	6	20.0	6	20.0	
25.0 – 29.9	11	36.7	11	36.7	
≥30.0	3	10.0	0	0	
$\bar{x} \pm SD$	25.42±4.22		23.97±2.92		
Median (Min, Max)	24.86 (18.7, 37.1)		24.17 (18.2, 29.3)		

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และเป็นเพศชายร้อยละ 26.7 โดยพบอายุระหว่าง 61-65 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาคืออายุ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 ด้านอาชีพประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,001 - 60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0 - 29.9 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 และเป็นเพศชายร้อยละ 40.0 โดยพบอายุระหว่าง 61-65 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออายุ 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.7 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 ด้านอาชีพประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001 - 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.3 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.6 - 22.9 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการทดสอบพบว่าด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค และดัชนีมวลกาย ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่รายได้ต่อปีมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนที่ 2 การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 แสดงเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในภาพรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลาทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	71.27	3.07	ดี	72.93	1.99	ดี
หลังการทดลอง	74.20	2.07	ดี	72.83	2.23	ดี

จากตาราง 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง คือ 71.27 (SD=3.07) และ 74.20 (SD=2.07) ตามลำดับ มีการรับรู้อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง คือ 72.93 (SD=1.99) และ 72.83 (SD=2.23) ตามลำดับ มีการรับรู้อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลองเช่นกัน

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อ

การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูง หัวใจจะทำงานหนัก	3.00	0.00	2.93	0.25
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นการดูแลตนเองที่ดีที่สุด	3.00	0.00	3.00	0.00
3. ถ้าความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติก็ต้องมาตรวจตามนัด	2.13	1.01	2.33	0.96
4. การลดรับประทานไขมัน สามารถป้องกัน การเกิดเส้นเลือดตีตันได้	2.97	0.18	2.97	0.18
5. การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันและลดภาวะแทรกซ้อนได้	3.00	0.00	3.00	0.00
6. การที่ต้องรับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลาไม่ใช่การถูกบังคับ	2.27	0.98	2.67	0.76
7. การควบคุมความดันโลหิตไม่ถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร	2.00	1.02	2.40	0.93
8. สามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์โดยไม่ว่าจะเป็นภาระ	2.70	0.65	3.00	0.00
9. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้จะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายก็ตาม	2.93	0.37	3.00	0.00

ตาราง 3 (ต่อ)

การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
10.ระยะเวลาและการรอในการพบแพทย์ไม่ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย	2.33	0.96	2.67	0.76
11.สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ได้เป็นอย่างดี	2.93	0.37	2.97	0.18
12.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนิน ชีวิตที่เหมาะสมช่วยควบคุมความดันโลหิต ได้	3.00	0.00	3.00	0.00
13.การแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติ ตนเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.00	0.00	3.00	0.00
14.การรับประทานยาถูกต้องอย่างเคร่งครัด สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้	3.00	0.00	3.00	0.00
15.การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดจาก การปฏิบัติของตนเอง	3.00	0.00	3.00	0.00
16.โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายแก่ชีวิต	3.00	0.00	3.00	0.00
17.โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มี ภาวะแทรกซ้อนง่าย	3.00	0.00	3.00	0.00
18.โรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจ และเบาหวานตามมา	3.00	0.00	3.00	0.00
19.โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายทำให้ หลอดเลือดตีบตัน	3.00	0.00	3.00	0.00
20.โรคความดันโลหิตสูงสามารถทำให้พิการ เป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาตได้	3.00	0.00	3.00	0.00
21.การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็ม จัดมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00

ตาราง 3 (ต่อ)

การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
22.การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย	3.00	0.00	3.00	0.00
23.การมีอารมณ์แปรปรวนเป็นเหตุก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00
24.คนที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับโรค ความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคไต และเบาหวาน	3.00	0.00	3.00	0.00
25.การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00

จากตาราง 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 1-5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 และ 5 และรองลงมาคือ ข้อ 1, 3 และ 4

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 6-10 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 9 รองลงมาคือข้อ 8, 10, 6 และ 7 ตามลำดับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 11-15 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 12, 13, 14 และ 15 และรองลงมาคือข้อ 11

การรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 16-20 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงเท่ากันทุกข้อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 21-30 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงเท่ากันทุกข้อ

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อ

การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูง หัวใจจะทำงานหนัก	3.00	0.00	3.00	0.00
2.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นการดูแลตนเองที่ดี	3.00	0.00	3.00	0.00
3.ถ้าความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติก็ต้องมาตรวจตามนัด	2.80	0.61	2.53	0.86
4.การลดรับประทานไขมัน สามารถป้องกัน การเกิดเส้นเลือดตีตันได้	3.00	0.00	3.00	0.00
5.การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันและลดภาวะแทรกซ้อนได้	3.00	0.00	3.00	0.00
6.การที่ต้องรับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลา ไม่ใช่การถูกบังคับ	2.73	0.69	2.53	0.86
7.การควบคุมความดันโลหิตไม่ถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร	2.87	0.51	2.47	0.90
8.สามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์โดยไม่ถือว่าเป็นภาระ	3.00	0.00	2.97	0.18
9.การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้จะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายก็ตาม	3.00	0.00	3.00	0.00
10.ระยะเวลาและการรอในการพบแพทย์ไม่ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย	2.80	0.61	2.47	0.90
11.สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้เป็นอย่างดี	3.00	0.00	2.87	3.00
13.การแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.00	0.00	3.00	0.00

ตาราง 4 (ต่อ)

การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
14. การรับประทานยาถูกต้องอย่างเคร่งครัด สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้	3.00	0.00	3.00	0.00
15. การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดจากการ ปฏิบัติของตนเอง	3.00	0.00	3.00	0.00
16. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายแก่ชีวิต	3.00	0.00	3.00	0.00
17. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน ง่าย	3.00	0.00	3.00	0.00
18. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจและ เบาหวานตามมา	3.00	0.00	3.00	0.00
19. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายทำให้หลอดเลือดตีบตัน	3.00	0.00	3.00	0.00
20. โรคความดันโลหิตสูงสามารถทำให้พิการ เป็น อัมพฤกษ์ และอัมพาตได้	3.00	0.00	3.00	0.00
21. การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด มี โอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00
22. การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย	3.00	0.00	3.00	0.00
23. การมีอารมณ์แปรปรวนเป็นเหตุก่อให้เกิด ความเครียดและนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00
24. คนที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับโรค ความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคไต และ เบาหวาน	3.00	0.00	3.00	0.00
25. การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.00	0.00	3.00	0.00

จากตาราง 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 1-5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4 และ 5 และรองลงมาคือข้อ 3

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 6-10 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 9 รองลงมาคือข้อ 8, 7, 10 และ 6

การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 11-15 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ที่สูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 12, 13, 14 และ 15 และรองลงมาคือข้อ 11

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 16-20 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงเท่ากันทุกข้อเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อที่ 21-30 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงเท่ากันทุกข้อเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	114.03	10.23	ดี	103.60	9.66	ปานกลาง
หลังการทดลอง	131.80	4.51	ดี	103.60	9.35	ปานกลาง

๗

จากตาราง 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง คือ 114.03 (SD=10.23) และ 131.80 (SD=4.51) ตามลำดับ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง คือ 103.60 (SD=9.66) และ 103.60 (SD=9.35) ตามลำดับ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	2.67	0.71	2.47	0.97
2.รับประทานอาหารโดยไม่เติมน้ำปลาหรือซอส ปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	3.07	0.83	2.30	0.99
3.ไม่รับประทานอาหารหรือขนมใส่กะทิ	3.00	0.587	2.73	0.74
4.รับประทานอาหารที่หลากหลายโดยเน้นผัก และผลไม้	3.07	0.83	3.30	0.75
5.ไม่รับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหาร ประเภทผัดหรือทอด	2.77	0.63	2.77	0.86
6.ไม่รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง	2.90	0.48	2.70	0.79
7.รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	2.50	0.82	2.80	0.10
8.ไม่รับประทานอาหารหมักดอง	3.13	0.51	3.00	0.70
9.ไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ปลากระป๋อง แกงถุง ขนมขบเคี้ยวต่างๆ	3.17	0.46	2.93	0.74
10.เลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์	3.80	0.61	3.27	0.82
11.รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี อบ นึ่ง ย่าง ต้ม	2.53	0.86	2.90	0.85
12.ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน	2.17	0.87	1.67	0.71
13.ประเมินความพร้อมตนเองก่อนออกกำลังกาย ทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่ อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่ใจสั่น	2.17	1.09	2.03	0.81
14.ออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ แกว่ง แขน 20-30 นาทีต่อครั้ง	2.17	0.91	2.00	0.91

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
15.อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย	2.40	1.16	1.97	0.89
16.ออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง	2.53	1.28	1.90	0.92
17.ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	2.70	1.18	1.87	0.82
18.ขณะออกกำลังกายสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม แขนงอก เมื่อมีอาการดังกล่าวจึงหยุด	2.90	1.24	1.97	1.03
19.เมื่อมีเวลาว่างจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ไปทำบุญที่วัด	3.17	0.83	2.23	0.77
20.เมื่อมีปัญหาคับข้องใจจะปรึกษากับคนใกล้ชิด	2.77	0.81	2.23	0.77
21.เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นจะใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอม	3.07	1.08	2.30	0.92
22.มีความพอใจในชีวิตและรู้สึกสงบสุข	3.70	0.60	3.27	0.87
23.ไม่ซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.93	0.25	3.23	0.97
24.นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.40	0.62	2.90	0.76
25.ดำเนินชีวิตอย่างไม่รีบเร่งเพื่อป้องกันการตั้งเครียด	3.63	0.62	2.73	0.74
26.ในกรณีที่นอนไม่หลับจะไม่ใช้ยานอนหลับ	3.63	0.77	3.10	0.96
27.เมื่อรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียดสามารถผ่อนคลายได้	3.83	0.46	2.93	0.69

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
28. ไม่สูบบุหรี่	3.77	0.77	3.87	0.43
29. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	3.67	0.66	3.97	0.18
30. เมื่อเครียดจะไม่ผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา	3.83	0.65	3.97	0.18
31. รับประทานยาและปฏิบัติตามแพทย์ แนะนำอย่างเคร่งครัด	3.77	0.63	3.87	0.35
32. ไปรับการตรวจ รับประทานตามนัดและ ตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ	3.73	0.79	3.73	0.52
33. ไม่เคยหยุดกินยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตนเอง	3.37	1.22	3.90	0.31
34. ไม่เคยซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมา รับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.00	0.00	3.93	0.25
35. ไม่เคยปรับขนาดยาด้วยตนเอง เช่น ลดหรือ เพิ่มขนาดยา	3.90	0.55	3.97	0.18
36. เมื่อมีอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ใจสั่น จะปรึกษาแพทย์ โดยที่ไม่หยุดรับประทานยาเอง	3.23	1.10	2.90	1.16

จากตาราง 6 พฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนก
รายชื่อ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สูงที่สุดได้แก่ข้อ 34
โดยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมา ได้แก่ข้อ
4, 8, 10, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35 และ 36 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.33	0.48	2.53	0.82
2. รับประทานอาหารโดยไม่เติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	2.57	0.50	2.17	0.91
3. ไม่รับประทานอาหารหรือขนมใส่กะทิ	3.17	0.38	2.57	0.86
4. รับประทานอาหารที่หลากหลายโดยเน้นผักและผลไม้	3.73	0.45	3.33	0.55
5. ไม่รับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารประเภทผัดหรือทอด	3.10	0.31	2.60	0.68
6. ไม่รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง	3.23	0.43	2.60	0.68
7. รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	3.27	0.52	2.97	0.81
8. ไม่รับประทานอาหารหมักดอง	3.27	0.45	2.97	0.67
9. ไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มามา ปลากระป๋อง แกงถุน ขนมขบเคี้ยวต่างๆ	3.20	0.41	2.73	0.58
10. เลือกลงใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์	3.93	0.37	3.27	0.79
11. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี อบ นึ่ง ย่าง ต้ม	3.27	0.52	2.90	0.71
12. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน	3.17	0.70	1.67	0.71
13. ประเมินความพร้อมตนเองก่อนออกกำลังกาย ทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่ใจสั่น	3.67	0.55	1.83	0.70
14. ออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ แกว่งแขน 20-30 นาทีต่อครั้ง	3.47	0.57	1.93	0.79

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
15.อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย	3.50	0.73	1.90	0.71
16.ออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง	3.90	0.31	1.93	0.79
17.ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	3.70	0.47	1.97	0.93
18.ขณะออกกำลังกายสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม แขนงอก เมื่อมีอาการดังกล่าวจึงหยุด	3.97	0.18	1.87	0.86
19.เมื่อมีเวลาว่างจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ไปทำบุญที่วัด	3.30	0.65	2.07	0.79
20.เมื่อมีปัญหาคับข้องใจจะปรึกษากับคนใกล้ชิด	3.47	0.68	2.23	0.68
21.เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นจะใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอม	3.77	0.43	2.43	0.77
22.มีความพอใจในชีวิตและรู้สึกสงบสุข	3.93	0.25	3.10	0.76
23.ไม่ซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.00	0.00	3.33	1.06
24.นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.80	0.41	2.77	0.82
25.ดำเนินชีวิตอย่างไม่รีบเร่งเพื่อป้องกันการตั้งเครียด	3.83	0.38	2.93	0.83
26.ในกรณีที่นอนไม่หลับจะไม่ใช้ยานอนหลับ	3.87	0.35	3.50	0.90
27.เมื่อรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียดสามารถผ่อนคลายได้	4.00	0.00	3.03	0.62

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
28. ไม่สูบบุหรี่	3.77	0.77	3.90	0.31
29. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	3.73	0.45	3.93	0.25
30. เมื่อเครียดจะไม่ผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา	3.93	0.25	3.93	0.25
31. รับประทานยาและปฏิบัติตามแพทย์ แนะนำอย่างเคร่งครัด	4.00	0.00	3.77	0.43
32. ไปรับการตรวจ รับประทานตามนัดและ ตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ	3.97	0.18	3.73	0.45
33. ไม่เคยหยุดกินยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตนเอง	4.00	0.00	3.93	0.25
34. ไม่เคยซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมา รับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.00	0.00	3.87	0.43
35. ไม่เคยปรับขนาดยาด้วยตนเอง เช่น ลดหรือ เพิ่มขนาดยา	4.00	0.00	3.87	0.35
36. เมื่อมีอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ใจสั่น จะปรึกษาแพทย์ โดยที่ไม่หยุดรับประทานยาเอง	4.00	0.00	3.53	0.82

จากตาราง 7 พฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สูงที่สุดได้แก่ข้อ 33 โดยกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมา ได้แก่ ข้อ 23, 27, 31, 34, 35, และ 36 โดยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเป็นประจำ และกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต การรับรู้ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ตาราง 8 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value
	$\bar{X} + S.D.$	$\bar{X} + S.D.$	
การรับรู้ [†]	71.27 ± 3.07	74.54 ± 0.35	< 0.001*
พฤติกรรม*	114.03 ± 10.23	128.85 ± 0.93	< 0.001*

[†]ทดสอบด้วย Wilcoxon test,

* ทดสอบด้วย Paired t-test

* p-value < 0.05

จากตาราง 8 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 9 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆของการทดลอง (n = 30)

ระยะในการทดลอง	ความดันโลหิต ($\bar{X} + S.D.$)	
	Systolic	Diastolic
ก่อนการทดลอง	139.567 ± 1.71	82.43 ± 8.03
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2	132.167 ± 1.50	78.97 ± 6.26
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 4	129.167 ± 1.42	78.90 ± 8.46
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 6	128.100 ± 1.65	78.90 ± 7.03
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	135.37 ± 7.76	76.47 ± 8.13
ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	126.200 ± 1.22	75.87 ± 8.25
F (df)	171167.18 (1, 29)	8048.07 (1, 29)
p-value	< 0.001*	< 0.001*

* p-value < 0.05

จากตาราง 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ พบว่าทั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ในระยะต่างๆ ของการทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 10 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พฤติกรรม และการรับรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$	
ความดันโลหิต Systolic [†]	125.37 ± 7.61	137.83 ± 5.91	< 0.001 *
ความดันโลหิต Diastolic [†]	76.47 ± 8.13	83.50 ± 5.75	< 0.001 *
การรับรู้ [‡]	74.54 ± 0.35	72.49 ± 0.35	< 0.001 *
พฤติกรรม [‡]	128.85* ± 0.93	106.55 ± 0.93	< 0.001 *

[†] ทดสอบด้วย Independent t-test, [‡] ทดสอบด้วย ANCOVA, * p-value < 0.05

จากตาราง 10 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 11 แสดงเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบรายคู่ระหว่าง		Mean difference (95%CI)	p-value*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic			
ก่อนการทดลอง	ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2	7.40 (2.17,12.63)	0.001
	ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 4	10.40 (4.72,16.08)	<0.001
	ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 6	11.47 (5.34,17.59)	<0.001
	หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	14.20 (8.03,20.37)	<0.001
	ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	13.37 (7.96,18.77)	<0.001
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2	หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	6.80 (.35,13.25)	0.032
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic			
ก่อนการทดลอง	ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	5.97 (.50,11.44)	0.024
	ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	6.57 (1.05,12.08)	0.010

*แสดงผลเฉพาะคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ทดสอบด้วยสถิติ LSD

จากตาราง 12 การเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ภายในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Least Significant Difference (LSD) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ระยะก่อนการทดลองมีความแตกต่างกับระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2 มีความแตกต่างกับ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนระยะอื่นๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ภายในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Least Significant Difference (LSD) พบว่าค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกับระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนระยะอื่นๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตำบลฝักขวง อำเภอ ทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จำนวน 60 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน 2) กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำหมี่ใหญ่ ตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ใน ตำบลป่าคาย อำเภอ ทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 ราย และนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่ามากกว่า 0.7 ทุกส่วน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะข้อมูล โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-

test และ Wilcoxon Testเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่าง หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลด้วยสถิติ One-Way Repeated ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T-test, Mann Whitney Test และ ANCOVA

สรุปผลการวิจัย

การรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีการรับรู้ในภาพรวมดังนี้ การรับรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 71.27 และ 72.93 ตามลำดับ) การรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 74.02 และ 72.83 ตามลำดับ)

พฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีพฤติกรรมในภาพรวมดังนี้ พฤติกรรมก่อน การเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 114.03) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 103.60) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 131.80) กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 103.60)

การวิเคราะห์ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดัน Systolic และค่าเฉลี่ยระดับความดัน Diastolic ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \geq 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.016$)

การวิเคราะห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดัน Systolic และค่าเฉลี่ยระดับ ความดันDiastolic ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรม หลังร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$)

การวิเคราะห์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตSystolic ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยการรับรู้ ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตกลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ ของการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบ

รายคู่ของค่าเฉลี่ย ความดัน Systolic ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ระยะเวลาก่อนการทดลองมีความแตกต่างกับระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2 มีความแตกต่างกับ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกับระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ตามสมมติฐานของการวิจัย 1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ โรเจอร์ มีกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง ได้พัฒนาศักยภาพ ทักษะการดูแลตนเอง มีการสร้างการรับรู้ และให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยกตัวอย่าง ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา งอนสำโรง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2564) ที่พบว่าภายหลังการกระตุ้นศักยภาพ และกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้ และมีพฤติกรรมปรับตัว ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม ความคาดหวังความสามารถของตนเอง

และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และมีกิจกรรมการติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านพูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2 ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล และพูดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านพูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 6 ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความดันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์และจันทริจรา อินจัน (2562) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และนอกจากนี้ยังมีระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐฐินี เสือโต และคณะ (2561) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชพร กลีบประทุม และคณะ (2561) ที่พบว่าในระยะติดตามผลค่าความดัน Systolic สูงกว่าหลังการทดลองทันที

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากหลังการกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีกิจกรรมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพ และสร้างการรับรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระบบการรักษาแบบปกติ ไม่ได้มีความรู้และสร้างการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพล แซ่โล้ว และชิวากร บุญลี (2565) พบว่าการรับรู้ในกลุ่มทดลองและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในด้านพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของศิริทรา ด้วงใส และทิพมาศ ชินวงค์ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา และมีการสร้างความรับรู้และมีการติดตามกระตุ้นกลุ่มทดลองระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนและการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระบบการรักษาแบบปกติ และไม่ได้รับการติดตาม กระตุ้นพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของพิกุลแก้ว ทองบุ และคณะ (2562) ที่พบว่าค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของพนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์ (2564) โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค พบว่าค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากได้รับการสร้างการรับรู้ พฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ

งานวิจัยนี้จุดแข็งคือมีการออกแบบโปรแกรมมีการติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินระดับความดันโลหิตทุก 2 สัปดาห์ เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ แต่อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของการวิจัยคือระยะเวลาของโปรแกรมอาจสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ ต้องใช้เวลา 12 สัปดาห์ ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรภาพ เสถียรทอง (2563) เพื่อปรับเปลี่ยนนิสัยหรือพฤติกรรมและประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

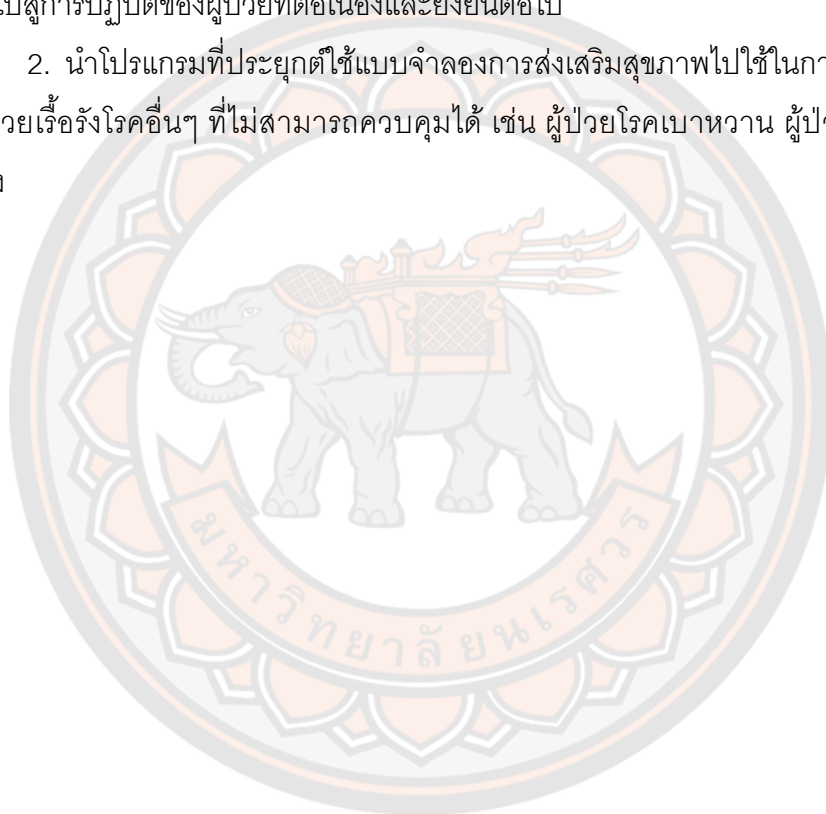
1. จากผลการวิจัยพบว่าการติดตามกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 เนื่องจากมีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง ดังนั้นสามารถนำการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่และการมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้
2. จากผลการวิจัยพบว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องและเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นควรเพิ่มผู้มีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

พฤติกรรม คือ ครอบครัวผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายในการกระตุ้นพฤติกรรม การสร้างกำลังใจ การติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้เวลาถึง 12 สัปดาห์ ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาของโปรแกรมเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องในระยะยาว จึงควรมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาเป็น 12 สัปดาห์ ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบรักษาปกติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2. นำโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง



บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2559). กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(2), 140-147.
- กรมควบคุมโรค. (2562). สถานการณ์ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้น 1 เมษายน 2562, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทนิทรรศการพิมพ์(ประเทศไทย)จำกัด
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี. สืบค้น 20 ตุลาคม 2564, จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559 – 2562. สืบค้น 1 ธันวาคม 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- ชินิสฐา รักษาเคน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการดูแลตัวเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรรยา วังนิยม. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ (Clean Food) ของประชากรในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์, 22(2), 59-67.
- จิรภา พิจารณ์จันทร์. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเพ็ญอำเภอพะนังจังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ของแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมพล แซ่โล้วและชिरากร บุญลี. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ภูสิงห์ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3), 11-21.
- ชลลดา อนธำโรจ, และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตำบลชัยเหนือ อำเภอบึงโขงพย่อง จังหวัด นครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์, 17(1), 102-110.

- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐฉิณี เสือโต, แอนนจิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์รวิวรรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32(2), 95-115
- ดวงเนตร ธรรมกุล. (2563). การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(1), 14-21.
- ดวงพร พิกุลทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยงในอำเภอคลองขลุงจังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยเนเรศวร.
- ธีรภาพ เสาทอง. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(3), 19-30.
- นิรันดร์ สุวรรณ. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารสหศาสตร์, 22(2), 10-22.
- ปรัชพร กลีบประทุม, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปุณิกา สุ่มทอง, และวาศิณี อาจภักดี. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารกรมการแพทย์, 43(5), 60-66.
- ปราณี ทัดศรี, และณภาพร นาคกลิ่ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง: เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(2), 157-169.
- พนิตนันท์ พรหมดำ, และนิตยา สุขชัยสงค์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุทษ์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก,

32(2), 131-145.

พนิตนันท์ พรหมดำ. (2565). แนวคิดแรงจูงใจในการรักษาโรค: การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 110-122.

พรพจน์ บุญญสิทธิ. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 4(2), 111-130

พิกุลแก้ว ทองบุ, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, และสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาล*, 68(4), 1-10.

รักษนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. *วารสารการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(2), 20-30.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขง. (2564). รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขงปี 2564. *อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์.*

วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.

วิภาพร สติธิสาสตร์, นิดามิทิพย์, และจันทร์จิรา อินจีน. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 153-165.

ศิรินทรา ด้วงใส, และทิพมาส ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 74-85.

ศิริรัตน์ ณะประวัตติ, ชูภาศิริ อภินันท์เดชา, และศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1), 290-303.

สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ

- สาเหตุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ.2558. สืบค้น 1 เมษายน 2562, <http://www.thaihypertension.org/files/GL HT2015.p>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ทรिक อินค์.
- สิทธิพร สุทธ. (2562). แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วย G*Power. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 29-39.
- สุพัตรา สิทธิวัง. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริยนต์ โคตรชมพู, อุดมศักดิ์ มหาวีวัฒน์, และทองหล่อ เดชไทย. (2554). *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 47-60
- Brooks, S. P., & Bubela, T. (2020). Application of protection motivation theory to clinical trial enrolment for pediatric chronic conditions. *BMC Pediatrics*, 20(123), 1-14.
- Khani, J., A., Bashti, S., Erfanian, B., Ostovarfar, J., & Afzali, H. P. (2022). Application of protection motivation theory (PMT) on skin cancer preventive behaviors amongst primary school students in rural areas of Fasa city-Iran. *BMC Cancer*, 22(1), 1-10.
- Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, S., & Soltanian, A. R. (2017). The effect of pender's health promotion model in Improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal Community Based Nurse Midwifery*, 5(2), 165-174.
- Mehrabbeik, A., Mahmoodabad, S. S. M., Khosravi, H. M., & Fallahzadeh, H. (2017). Breakfast consumption determinants among female high school students of yazd province based on Pender's health promotion model. *Electron Physician*, 9(8), 5061-5067. doi: 10.19082/5061
- Mohsenipoua, H., Majlessi, F., Shojaeizadeh, D., Rahimiforooshani, A., Ghafari, R., & Habibi, V. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in coronary artery

Bypass Surgery Patients: An Application of Pender's Health Promotion Model.

Iran Red Crescent Med J, 18(9), e38871. doi: 10.5812/ircmj.38871

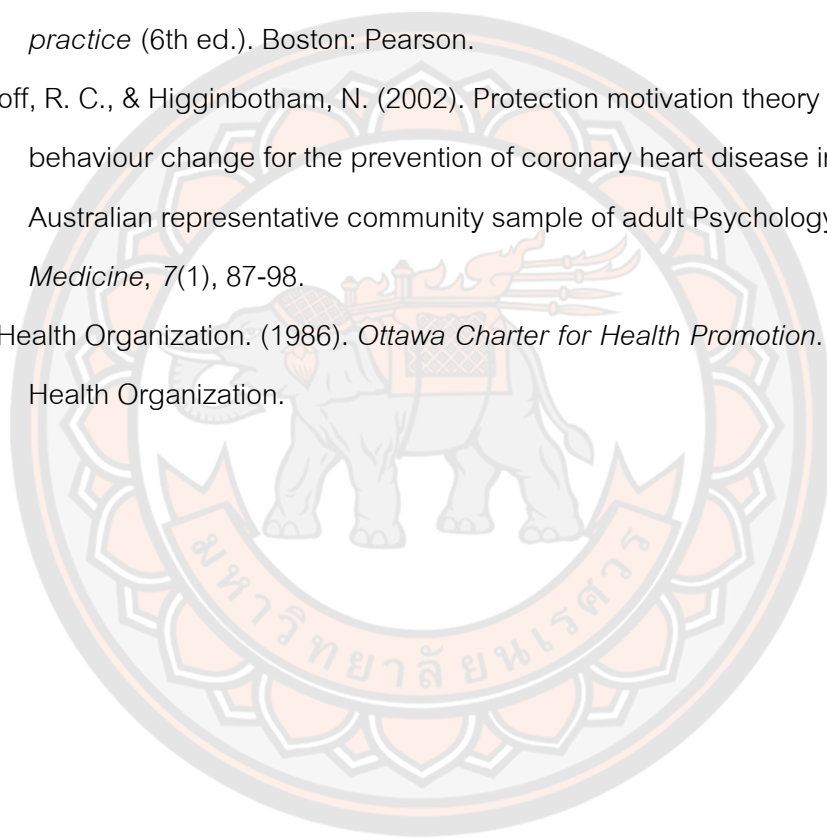
Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk, Conn: Appleton and Lenge.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford: Appleton & Lange Stamford.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.

Plotnikoff, R. C., & Higginbotham, N. (2002). Protection motivation theory and exercise behaviour change for the prevention of coronary heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adult Psychology. *Health & Medicine*, 7(1), 87-98.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.



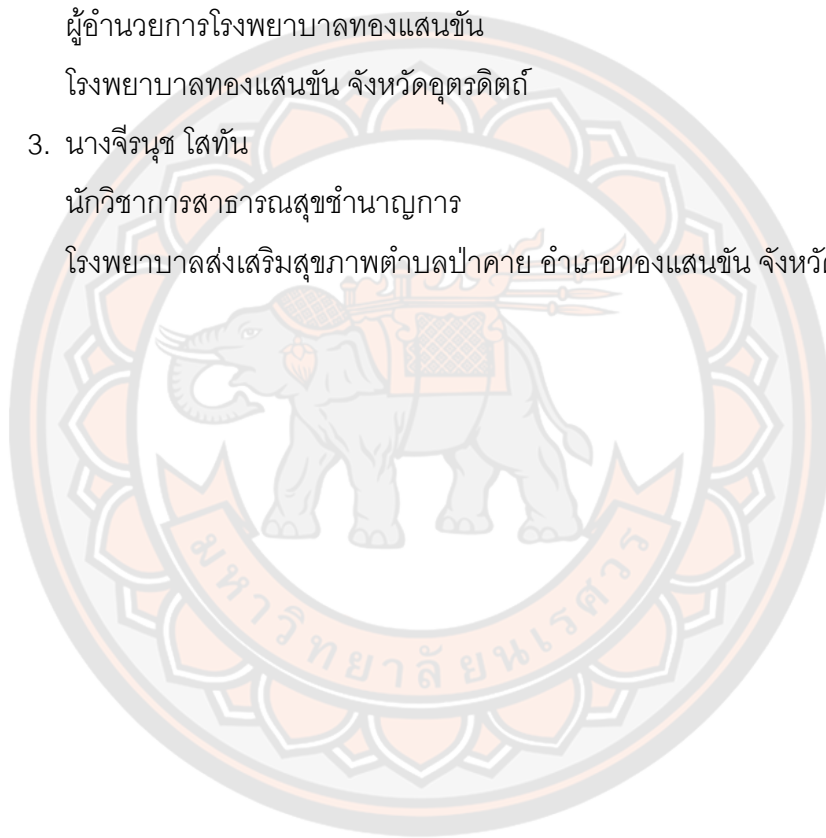


ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผศ.ดร.ธนัช กนกเทศ
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นายแพทย์เบญจวุฒิ คุรุทเมือง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองแสนขัน
โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์
3. นางจิรนุช ไสทัน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าคาย อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

- แบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- ข้อมูลต่าง ๆ ที่ตอบจะถือเป็นความลับเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้นและไม่มีผลเสียหายต่อท่านประการใด
- โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปผลในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

นางสาวเบญจวรรณ วงษ์รอด

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ 1. เกษตรกร 2. ค้าขาย 3. รับจ้าง
 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5. ไม่ได้ทำงาน
 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ต่อปี.....บาท
7. เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน.....ปี.....เดือน
8. ระดับความดันโลหิต Systolic (Systolic)มิลลิเมตรปรอท
Diastolic (Diastolic).....มิลลิเมตรปรอท
9. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
10. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ถ้าท่านไม่รักษาความดันโลหิตสูง หัวใจจะทำงานหนัก			
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นการดูแลตนเองที่ดี			
3. ถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงสู่ในระดับปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด			
4. การลดรับประทานไขมัน ไม่สามารถป้องกันการเกิดเส้นเลือดตีบตัน			
5. การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดจะเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันและลดภาวะแทรกซ้อนได้			

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การที่ท่านต้องรับประทานยาครบ 3 มื้อตรงเวลาเหมือนถูกบังคับ			
2. การควบคุมความดันโลหิตของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร			
3. ท่านสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยไม่ถือว่าเป็นภาระ			
4. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้จะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายก็ตาม			
5. ระยะเวลาและการรอในการพบแพทย์ทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย			

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้เป็นอย่างดี			
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของท่านช่วยควบคุมความดันโลหิตได้			
3. การแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนของท่านเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
4. การที่ท่านรับประทานยาถูกต้องอย่างเคร่งครัดสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้			
5. การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดจากการปฏิบัติของท่านเอง			

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายแก่ชีวิต			
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนง่าย			
3. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจและเบาหวานตามมา			
4. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายทำให้หลอดเลือดตีบตัน			
5. โรคความดันโลหิตสูงสามารถทำให้พิการ เป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาตได้			

แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
2. การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย			
3. การมีอารมณ์แปรปรวนเป็นเหตุก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
4. คนที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคไต และเบาหวาน			
5. การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง


ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. อาหาร				
ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม				
ท่านรับประทานอาหารโดยเติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน				
ท่านรับประทานอาหารหรือขนมใส่กะทิ				
ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลายโดยเน้นผักและผลไม้				
ท่านรับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารประเภทผัดหรือทอด				
ท่านรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง				
ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน				
ท่านรับประทานอาหารหมักดอง				
ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ปลากระป๋อง แกง ถูง ขนมขบเคี้ยวต่างๆ				
ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์				
ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี อบ นึ่ง ย่าง ต้ม				
2. ออกกำลังกาย				
ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน				
ท่านประเมินความพร้อมตนเองก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่ใจสั่น				
ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ แกว่งแขน 20-30 นาที ต่อครั้ง				
ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย				
ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง				
ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
ขณะออกกำลังกายท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็น ลม แขนงหน้าอก เมื่อมีอาการดังกล่าวจึงหยุด				
3. การจัดการอารมณ์				
เมื่อมีเวลว่างท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ไปทำบุญที่วัด				
ท่านปรึกษาปัญหาข้อข้องใจกับคนใกล้ชิด				
เมื่อท่านมีความขัดแย้งกับผู้อื่นท่านใช้วิธีพูดคุยและ ประนีประนอม				
ท่านมีความพอใจในชีวิตและรู้สึกสงบสุข				
ท่านมักซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์				
ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ				
ท่านดำเนินชีวิตอย่างไม่รีบเร่งเพื่อป้องกันการตึงเครียด				
ในกรณีที่นอนไม่หลับท่านใช้ยานอนหลับ				
เมื่อรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านสามารถผ่อนคลาย ได้				
4. การสูบบุหรี่และดื่มสุรา				
ท่านสูบบุหรี่				
ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์				
เมื่อเครียดท่านมักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา				
5. การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด				
ท่านรับประทานยาและปฏิบัติตัวตามแพทย์แนะนำอย่าง เคร่งครัด				
ท่านไปรับการตรวจ รับประทานตามนัดและตรวจวัดความดัน โลหิต อยู่เสมอ				
ท่านเคยหยุดกินยารักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง				
ท่านซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานเองโดยไม่ ปรึกษาแพทย์				
ท่านปรับขนาดยาด้วยตนเอง เช่น ลดหรือเพิ่มขนาดยา				
เมื่อท่านมีอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา เช่น เวียน				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
ศีรษะ คดสั้นได้ ใจสั้น ท่านปรึกษาแพทย์ โดยที่ไม่หยุด รับประทานยาเอง				





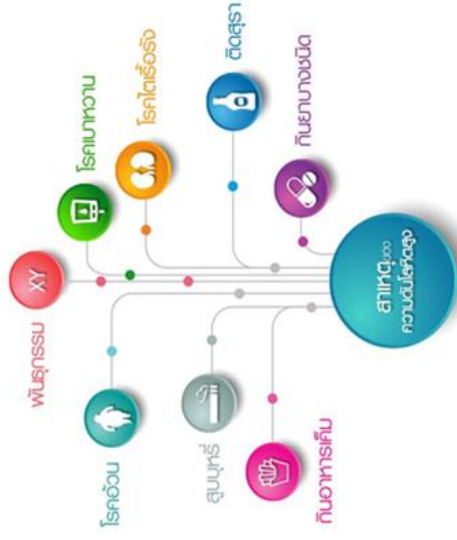
<p>คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>  <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ทรง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>คู่มือการดูแลตนเองเล่มนี้สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยในตำบลผู้ทรงได้ศึกษาการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมกับสภาวะโรคความดันโลหิตสูง โดย ประกอบไปด้วย ความรู้เรื่องค่าความดันโลหิต สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค อาหารที่ควร รับประทานและไม่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา และ การรับประทานยา</p>
--	---

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง 			
ระดับความดันโลหิต	ค่าบน	ค่าล่าง	คำแนะนำ
อันตราย	160 ↑	100 ↑	พบแพทย์ด่วน
สูงมาก	140-159	90-99	พบแพทย์
ค่อนข้างสูง	121-139	80-89	ปรึกษาแพทย์
ปกติ	↓ 120	↓ 80	ตรวจเช็คความดันโลหิตสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิต **ซิสโตลิก (Systolic) หรือ ค่าบน ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) หรือ ค่าล่าง ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป**

สาเหตุ



อาการ



ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ



เลือดกำเดาไหล



หอบเหนื่อย



ตาพร่ามัว

อาหาร



ผักผลไม้



ถั่วและธัญพืช



นมพร่องมันเนย/ไขมันต่ำ



เนื้อปลา



กระเทียม

อาหาร



- ไอศกรีม
- กาแฟ
- น้ำตาล
- อาหารแปรรูป
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ขนมปัง
- อาหารหมักดอง
- น้ำผลไม้สำเร็จรูป
- นมที่มีรสสำเร็จรูป
- อาหารหมักดอง

โซเดียมมีอยู่ที่ไหนบ้าง??

ลดเค็ม! สินค้าเค็มๆ เต็มไปด้วยโซเดียม

เกลือ	น้ำปลา
2,000 มก. ต่อ 1 ช้อนชา	1,160-1,420 มก. ต่อ 1 ช้อนโต๊ะ
ซีอิ๊ว	ซอสปรุงรส
960-1,420 มก. ต่อ 1 ช้อนโต๊ะ	1,150 มก. ต่อ 1 ช้อนโต๊ะ
มันฝรั่งทอด	กะปิ
180 มก. ต่อ 30 กรัม	1,430-1,490 มก. ต่อ 1 ช้อนโต๊ะ
ซอสถั่วเหลือง	นมผงสำเร็จรูป
420-490 มก. ต่อ 1 ช้อนโต๊ะ	1,170 มก. ต่อ 1 ช้อน

สงวนลิขสิทธิ์ใน 1 วัน กรุณาใช้สินค้าเค็มและรสจัดสินค้า (มก.)

* ในปริมาณโซเดียมเกิน 2,000 มก. / วัน

กรมอนามัย (มก.) 0-1,000 1,000-2,000 2,000-3,000 3,000-4,000 4,000-5,000

ดีเยี่ยม ธรรมดา ธรรมดา ธรรมดา ธรรมดา

ข้อมูลนี้เพื่อเป็นแนวทางในการบริโภค

ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
คือการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน หรือแอโรบิค



ปั่นจักรยาน



เดินเร็ว



ฮูล่าฮูป

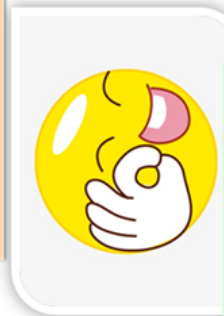


เดินแอโรบิค

อารมณ์

ความรู้สึกดี เมื่อเกิดความรู้สึกดี ส่วนอารมณ์ดีนั้น จะส่งผลให้
อารมณ์ดีอีกส่วนตามแสงสว่าง ดังเช่น คนที่รู้จัก "ยิ้มกับสิ่งดีๆ"
จะลดความโกรธลงได้

การหายใจ การมีสติรับรู้ตนเอง เข้าใจอกก็ถือว่าเป็นการทำ
สมาธิให้อารมณ์และจิตใจกลับเข้าสู่ภาวะสงบ



การจับตามอง มองจากเราตามจินตนาการสิ่ง
สวยงามเพื่อคลายเครียด

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถทำได้กับกล้ามเนื้อทุกส่วนที่
รู้สึกเครียด เช่น การนวดศีรษะผ่อนคลาย

คิดเชิงบวก และคิดในทางที่ถูก ความคิดสามารถกับกายนี้
เป็นหูหรือเป็นตาใจได้

บุหรี่&สุรา



บุหรี่และสุรา

ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น !!!

การรับประทานยา



ต้องใช้อย่างต่อเนื่องกันทุกวัน เป็นเวลานาน การหยุดยาเองอย่างกะทันหันอาจเกิดผลเสียอย่างร้ายแรงได้ เช่น เส้นเลือดในสมองแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิต

ควรรับประทานตามขนาดยาที่แพทย์สั่งให้ตรงเวลาทุกวันในเวลาที่ไม่แน่นอนจะได้ผลดี เช่น หลังแปรงฟันก่อนเข้านอนหรือก่อนนอนของทุก ๆ วัน ถ้าลืมรับประทานควรรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้ถึงเวลาของยามือต่อไป ให้งอมือที่ลืม และรับประทานเมื่อปกติในขนาดปกติ ห้ามรับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่าอย่างเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตราย

พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

ภาคผนวก ง แผนการจัดการเรียนรู้

แผนการจัดการเรียนรู้

แผนการจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มทดลอง

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
1	ความรู้และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (30 นาที)	- ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง - ผู้เรียนมีความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	1. ความหมายสาเหตุ และอาการของโรคความดันโลหิตสูง 2. ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 1.1 ผู้สอนกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง พร้อมทั้งกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 1.2 ผู้เรียนแนะนำตนเองให้เพื่อน ๆ ในห้องและผู้สอนได้รู้จักพร้อมทั้งบอกความรู้คิดหวังที่อยากได้จากกรเข้ารวมกิจกรรมนี้ 1.3 ทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้เรียนก่อนเข้าสู่บทเรียน 1.3 ชมวีดิทัศน์เพื่อนำเข้าสู่	1. สื่อ Power point 2. วีดิทัศน์ 3. คู่มือ	1. การสังเกตพฤติกรรม 2. การซักถามและตอบคำถาม

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล	
				<p>บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง “ทำ ความรู้จักกับโรคความดันโลหิต สูง”</p> <p>1.2 ผู้สอนบรรยาย ในหัวข้อ เรื่อง “ความรู้อะไรเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง</p> <p>2. ความรุนแรงและ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความ ดันโลหิตสูง</p> <p>2.1 ชมวีดิทัศน์เพื่อนำเข้าสู่ บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง “ภาวะแทรกซ้อนของโรคความ ดันโลหิตสูง”</p> <p>2.2 ผู้สอนบรรยาย ในหัวข้อ เรื่อง “อันตรายจากโรคความ ดันโลหิตสูง”</p> <p>3. ผู้สอนสรุปเนื้อหา และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>			

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
2	โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (30 นาที)	- ผู้เรียนมีความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	1. ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	1. ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง 1.1 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อ "ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง" 1.2 ผู้เรียนแต่ละคน วิเคราะห์อาการ หรือภาวะเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้นกับตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. 3. ผู้สอนสรุปเนื้อหา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. การสังเกต พฤติกรรม 2. การซักถามและตอบคำถาม 3. ผลงานที่ได้จากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	
3	ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง (1 ชั่วโมง 30 นาที)	- ผู้เรียนสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่	1. การรับประทานอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การจัดการ	1. การรับประทานอาหาร 1.1 ชม. วิดีทัศน์เพื่อนำเข้าสู่บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง "อาหารที่ควรเลืองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง" และ "อาหารที่ควร	1. สื่อ Power point 2. วิดีทัศน์ 3. คู่มือ 4. โฉมเดอลอาหาร	1. การสังเกต พฤติกรรม 2. การซักถามและตอบคำถาม 3. ผลงานที่ได้จาก

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
			<p>อารมณ์</p> <p>4. การดูรูปหรือและ สี</p> <p>5. การรับประทาน ยาและการพบ แพทย์ตามนัด</p>	<p>ทานในผู้ช่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>1.2 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง “การรับประทานอาหารให้ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิต สูง</p> <p>1.3 ผู้สอนสรุปเนื้อหาพร้อม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>2. การออกกำลังกาย</p> <p>2.1 ชมวีดิทัศน์เพื่อนำเข้าสู่ บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง “เป็น ความดันโลหิตสูงต้องออกกำลังกาย อย่างไร”</p> <p>2.2 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง “การออกกำลังกายให้ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิต สูง”</p> <p>2.3 ผู้สอนซักถามพฤติกรรม การออกกำลังกายบุคคล</p>	<p>5. การนำเสนอ ตัวแบบ</p>	<p>การจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดการเรียนรู้อะไร	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
				<p>พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>3. การจัดการอารมณ์</p> <p>3.1 ทักษะชีวิตเพื่อนำเข้าสู่บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง "การจัดการความเครียด"</p> <p>3.2 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง "การจัดการอารมณ์ตนเอง"</p> <p>3.3 ผู้สอนสาธิต "การนวดผ่อนคลายความเครียด" พร้อมให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติ</p> <p>3.4 ผู้สอนสรุปเนื้อหาหาพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>4. การดูบุหรืและดื่มสุรา</p> <p>4.1 ทักษะชีวิตเพื่อนำเข้าสู่บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง "โทษของบุหรืและสุรา"</p> <p>4.2 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง "บุหรื สุรา กับโรคความดัน"</p>		

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
				<p>โดहितสูง”</p> <p>4.3 ผู้สอนสรุปเนื้อหาพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>5. การรับประทานยา</p> <p>5.1 ชมวีดิทัศน์เพื่อนำเข้าสู่บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง “ความดันโลหิตสูงกับการใช้ยา”</p> <p>5.2 ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง “การใช้ยาลดระดับความดันโลหิตและการพบแพทย์ตามนัด”</p> <p>5.3 ผู้สอนซักถามพฤติกรรมพร้อมการใช้ยารายบุคคล พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>6. การนำเสนอตัวแบบที่มีสุขภาพที่ดี จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ</p>		

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการเรียนรู้	กิจกรรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
					ผู้เรียนในหัวข้อ 7. ผู้สอนสรุปเนื้อหา ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 8. แบ่งกลุ่มๆละ 5 คนจำนวน 6 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 5 ด้าน ที่ได้ปฏิบัติในชีวิตจริง ทั้งในแง่การเกิดโทษและประโยชน์ต่อตนเอง 9. ผู้สอนสรุปเนื้อหาพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้		
4	อุปสรรคในการดูแลตนเอง (45 นาที)	- ผู้เรียนมีความเข้าใจถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้	- อุปสรรคภายนอกและภายในของผู้ป่วย - ความเชื่อ/ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมในทางที่	- อุปสรรคภายนอกและภายในของผู้ป่วย - ความเชื่อ/ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมในทางที่	1. ชมวิดีโอเพื่อนำเข้าสู่บทเรียน ในหัวข้อเรื่อง “การพิชิตอุปสรรค” 2. ผู้สอนบรรยายในหัวข้อเรื่อง “อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	1. สื่อ Power point 2. วีดิทัศน์ 3. คู่มือ	1. การสังเกตพฤติกรรม 2. การซักถามและตอบคำถาม 3. ผลงานที่ได้จากการจัดกิจกรรม

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
5	ความสามารถของตนเอง (30 นาที)	<p>- ผู้เรียนตระหนักถึงความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม</p>	<p>- การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค</p>	<p>3. แบ่งกลุ่มละ 6 คนจำนวน 5 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งออกมานำเสนอ</p> <p>4. ผู้สอนสรุปเนื้อหาพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>	<p>1. สื่อ Power point</p> <p>2. คู่มือ</p>	<p>1. การสังเกตพฤติกรรม</p> <p>2. การซักถามและตอบคำถาม</p> <p>3. ผลงานจากการจัดกิจกรรม</p> <p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>

ลำดับ	เรื่อง	จุดประสงค์	สาระการเรียนรู้	กระบวนการจัดการเรียนรู้	สื่อและแหล่งการเรียนรู้	การประเมินผล
6	การเสริมสร้างกำลังใจระหว่างบุคคล ทีม ตัวแบบ และทีมสุขภาพ (30 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เรียนมีส่วนร่วมพัฒนาที่ตระหนักรู้บุคคล ทีม ตัวแบบ และทีมสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - ประสิทธิภาพ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย - การเสริมแรงโดย การให้กำลังใจ ระหว่างบุคคล ทีม ตัวแบบ และทีมสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ - แบ่งกลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์สิ่งที่จะนำกลับไปปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งพูดเสริมสร้างกำลังใจระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน 		<ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตพฤติกรรม 2. การซักถามและตอบคำถาม 3. ผลงานที่ได้จากการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ภาคผนวก จ เอกสารการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

COA No. 091/2019
IRB No. 0890/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

99 หมู่ 9 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลกิ้วชัง อำเภอหนองมะโมง จังหวัดสุโขทัย

Study Title : The Effects of Program applying Health Promoting Model on Self-care Behavior among Persons With Uncontrolled Essential Hypertension in Phakkwang Sub-district, Thongseankhan District, Uttaradit Province

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเบญจวรรณ วงษ์รอด

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้งในปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
4. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
5. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
6. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครทดลองเครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
7. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
8. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
9. ใข้ขออนุมัติจริยธรรม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 มกราคม 2562
10. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
11. แบบสัมภาษณ์การวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
12. แผนการจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มทดลอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
13. โปรแกรมในคอมพิวเตอร์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
14. คู่มือดูแลตนเอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561
15. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2561

ลงนาม

(นายแพทย์สมบุญ ตันสุกสวัสดิ์กุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 01 มีนาคม 2562

Date of Approval : March 01, 2019

วันหมดอายุ : 01 มีนาคม 2563

Approval Expire Date : March 01, 2020

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ในคำแจ้งทุกข์ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ เอกสารเข้าร่วมอบรมจริยธรรมการวิจัย



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพระนคร

มอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวณญชวรรณ วงษ์รัตน์

ได้เข้าร่วมโครงการอบรมจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

ชั้นปีที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561

ณ ห้องสัมมนา 301 อาคารเอกาทศรถ มหาวิทยาลัยพระนคร

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ มุณีอุเอียง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพระนคร

