



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความ
ดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง"

ของ นฤมล เวียนรอบ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ดำนันทศิลป์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอี่ยมพร หลินเจริญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนวนุตร)

อนุมัติ

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

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัย	นฤมล เวียนรอบ
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	การเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับความดันโลหิต, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอกูขาง จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย รวมจำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Title EFFECTS OF AN EMPOWERMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE LEVELS AMONG PATIENTS WITH HYPERTENSION

Author Naruemon Wianrob

Advisor Associate Professor Chuleekorn Danyuthasilpe, RN, Dr.P.H.

Co - Advisor Assistant Professor Chanita Praditsathaporn, RN, Dr.P.H.
Assistant Professor Aumporn Lincharoen, Ed.D.

Academic Paper M.N.S. Thesis in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2024

Keywords Gibson's empowerment concept, Empowerment, Health Behaviors, Blood Pressure Levels, Patients with hypertension

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of an empowerment program on health behaviors and blood pressure levels among patients with hypertension. The participants, aged 35 – 59 and diagnosed with hypertension, were residents of Phu Sang District, Phayao Province, and were simple random sampling. The study included sixty participants, who were equally divided into two groups: an experimental group and a control group, with thirty participants in each. The experimental group received an empowerment program based on Gibson's concept, while the control group received standard care over a 12-week period. Data collection was conducted using sphygmomanometer, health behavior questionnaire, which had a reliability coefficient of 0.81, by Cronbach's alpha. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results of the study showed the following outcomes. The experimental group showed a statistically significant increase in mean scores in health behaviors compared to before the program implementation and higher mean scores than the control group ($p < .05$). In addition, the experimental group exhibited a statistically significant reduction in both systolic and diastolic blood pressure levels compared to the levels before the program implementation and lower those of the control group ($p < .05$).

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ชูลีกร ด้านยุทธศิลป์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัย รวมถึงความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิจัย ผู้วิจัยทราบซึ่งถึงความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ตลอดทั้งกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สภาพร กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งในการศึกษาจนประสบความสำเร็จในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนวบุตร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช คุณเอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ และคุณสิริกัญญา หวายฤทธิ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง ป่าสัก และทุ่งกล้วย ที่กรุณาให้ความร่วมมือและความสะดวกในการทดลองเครื่องและเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนขอบพระคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ และที่สำคัญที่สุดขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนและได้มอบทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวที่เป็นแรงบันดาลใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่และให้กำลังใจ ส่งเสริม สนับสนุน จนสำเร็จ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไปในอนาคต

นฤมล เวียนรอบ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	
ประกาศคุุณูปการ.....จ	
สารบัญ.....ฉ	
สารบัญตาราง.....ณ	
สารบัญภาพ.....ญ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....4	
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....5	
สมมุติฐานการวิจัย.....5	
ความสำคัญของการวิจัย.....5	
ขอบเขตของงานวิจัย.....5	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....7	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....9	
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง.....9	
ความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง.....10	
พฤติกรรมสุขภาพ.....22	
แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....31	

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
กรอบแนวคิดการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
รูปแบบการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	58
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	58
การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล	59
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง	60
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	61
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังการทดลอง	62
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม	63
บทที่ 5 บทสรุป.....	64
สรุปผลการวิจัย	65

อภิปรายผล	66
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	77
ประวัติผู้วิจัย	113



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี	14
ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา.....	19
ตาราง 3 แผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง	43



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	42
--------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs (World Health Organization, 2013 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) ข้อมูลจาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผู้ใหญ่ประมาณ 1.28 พันล้านคนซึ่งมีอายุระหว่าง 30 – 79 ปีทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2023) และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศจีน ญี่ปุ่น เกาหลี มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 153.34, 126.19, และ 182.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Qiu et.al, 2023) และจากการรายงานของ WHO พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (จาก 29% เป็น 32% รวมถึงประเทศต่าง ๆ เช่น อินเดีย เนปาล อินโดนีเซีย และไทย) (Kazuomi et.al, 2024) สำหรับประเทศไทย มีแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 25.4 (วิชัย เอกพลากร, 2564) และรายงานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 1,363,616 1,468,433 และ 1,566,052 คน ตามลำดับ คิดเป็น 2,091.28 2,245.09 และ 2,388.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบ 8,525 8,590 9,313 และ 9,303 คน คิดเป็น 13.07 13.13 14.21 และ 14.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2565ก)

รายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดพะเยาเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราป่วย 2,703.41 2,813.20 และ 2,872.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) และสูงเป็นอันดับที่ 4 ในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่ง

ปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ อัตรา 1552 , 1466.78, 1453.56, และ 1,860.88 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อีกทั้งการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 50) โดยคิดเป็นอัตราร้อยละ 39.22 , 38.46 , 37.23, และ 35.38 (คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา, 2565) อำเภอกู่ช้าง จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลสบง ตำบลกู่ช้าง ตำบลทุ่งกล้วย ตำบลป่าสัก และตำบลเชียงแรง ทั้งนี้ในพื้นที่อำเภอกู่ช้าง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ 1 และ 2 มากที่สุด และปี พ.ศ. 2564 พบว่า ตำบลสบงมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 11,765 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง, 2565) ผลการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง ในปี พ.ศ. 2564 ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหาร คิดเป็น 28.83 % การออกกำลังกาย คิดเป็น 29.49 % การจัดการความเครียดและอารมณ์ คิดเป็น 16.33 % การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง 19.89 % การสูบบุหรี่และดื่มสุรา คิดเป็น 19.66 % (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง, 2565)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงยังไม่ถูกต้อง มีอิทธิพลในการควบคุมระดับความดันโลหิต (ณัฐดนัย สดคมขำ, 2565) การดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ภัสราวลัย ศีตสาร, 2556) โรคความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจวาย หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต สูญเสียการมองเห็น และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (American Heart Association, 2022) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวจึงมีความสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 คือให้ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร² และรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายหรือการเพิ่มกิจกรรมทางกาย จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน จำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และเลิกสูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สำหรับการรับประทานอาหาร DASH Diet เป็นหลักการบริโภคอาหารเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2560) กล่าวถึง DASH Diet มีหลักการสำคัญ คือ การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม สำหรับการควบคุมปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากอาหารให้เหมาะสม คือ ไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ในคนปกติ (เกลือ 1 ช้อนชา) หรือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ในคนที่ต้องการลดระดับความดันโลหิต (เกลือ 2/3 ช้อนชา) (กองแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยพร ศรีพนมเขต (2565) ศึกษา ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เพื่อให้บุคคลมีการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหา และสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง จนส่งผลให้บุคคลได้รับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง กล่าวคือบุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการในการควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการรับรู้ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลตามสภาพที่เป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถค้นหาสภาพการณ์จริงแสวงหาทางเลือก พิจารณาย่างมีเหตุและผลจนทำให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อบุคคลนำวิธีการที่เลือกไปปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมีพลังอำนาจ รู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน พบว่า มีการนำแนวคิดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่น การศึกษา ของ วรดา ทองสุก วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และปิ่นหทัย ศุภเมธพร (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษา พัทธราภรณ์ ไชยสังข์, ปัญกรณ์ ยะเกษม, และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ (2561) พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง, และปรีนทร์ ศรีศัลักษณ์ (2559) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จ.สุพรรณบุรี พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน สามารถทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในศักยภาพที่มีของตนเอง มีแรงใจในการการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น หากสามารถที่จะปฏิบัติกรรมสุขภาพสม่ำเสมอทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษาและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน มาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอน การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ค้นพบแนวทางการดูแลตนเองและใช้ศักยภาพหรือความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี ระดับความดันโลหิตเท่ากับ 140 – 179/90 – 109 มิลลิเมตรปรอท อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 963 คน (โรงพยาบาลภูซาง, 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตเท่ากับ 140 – 179/90 – 109 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาจากอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ตามแบบของโคเฮน เพื่อควบคุม Type 2 Error กำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ แบบมีจำนวนมากและเท่ากันที่ระดับเท่ากับ 0.8 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน ต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 16 ได้เท่ากับ 4 คนต่อกลุ่ม รวม 2 กลุ่ม เท่ากับ 60 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา โดยพื้นที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้มาจากการสุ่ม โดยกลุ่มทดลองศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง และกลุ่มควบคุมศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง มีระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน และอยู่ห่างกัน 10 กิโลเมตร

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์

4. ตัวแปรที่ทำการศึกษา

4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

4.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ

4.2.2 ระดับความดันโลหิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 35 – 59 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตเท่ากับ 140 – 179/90 – 109 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

2.1 การค้นพบสถานการณ์จริง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้บอกเล่าความรู้สึก ปัญหาสุขภาพของตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาโดย จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความเข้าใจ ตามการรับรู้ของกลุ่มทดลองแต่ละคน

2.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มทดลองได้คิดทบทวนตนเอง ทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหาของแต่ละคน มองเห็นคุณค่าของตนเอง โดยการสะท้อนคิด ทบทวนถึงปัญหาสุขภาพ สาเหตุ พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ยังไม่เหมาะสม และบอกเหตุผลในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา ให้แก่กลุ่มทดลอง เพื่อให้ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองได้พิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง

2.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH 2) ฐานการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3) ฐานการจัดการความเครียด 4) ฐานการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันเป็นกลุ่ม และเลือกวิธีการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต ฝึกวางแผนและกำหนดเป้าหมายและข้อตกลงร่วมกัน

2.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่บ้าน การติดตามการปฏิบัติที่บ้าน และกิจกรรมสร้างกำลังใจให้คงอยู่ เพื่อทบทวนการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขและเสริมแรงให้กำลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4. ระดับความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว เรียกว่า ความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่าเท่ากับ 140 – 179 มิลลิเมตรปรอท และความดันเลือดที่ต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว เรียกว่า ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มีค่าเท่ากับ 90 – 109 มิลลิเมตรปรอท

5. การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่กลุ่มควบคุมได้รับตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต การนัดติดตามอาการ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเป็นปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อ 4.06 ล้านคน และสาเหตุการตายของคนทั่วโลกราว 10.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 (Roth et.al, 2020) สำหรับประเทศไทย มีแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 25.4 (วิชัย เอกพลากร, 2564) และรายงานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบ ผู้ป่วยจำนวน 1,363,616 1,468,433 และ 1,566,052 คน ตามลำดับ คิดเป็น 2,091.28 2,245.09 และ 2,388.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบ 8,525 8,590 9,313 และ 9,303 คน คิดเป็น 13.07 13.13 14.21 และ 14.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2565ก)

จังหวัดพะเยาพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูลจาก กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 เท่ากับ 2,703.41 2,813.20 และ 2,872.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดัน

โลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2560 – 2563 เป็น 26.47 23.42 24.61 และ 19.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 – 2563 อัตราป่วยรายใหม่ ความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มประชากรและกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ อัตรา 1552 , 1466.78, 1453.56, และ 1,860.88 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 50) โดยพบการควบคุมค่าความดันโลหิตอยู่ในอัตราร้อยละ 39.22 , 38.46 , 37.23, และ 35.38 (คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา, 2565) อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2561 – 2563 พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 900.19 1,255.86 และ 1,111.08 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยรายใหม่ ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2564 - 2566 เท่ากับ 513, 1,696.07, และ 1,381.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลจังหวัดพะเยา, 2565) จึงเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอภูซางมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำหรับพื้นที่อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา อำเภอภูซาง ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลสบง ตำบลภูซาง ตำบลทุ่งกล้วย ตำบลป่าสัก และตำบลเชียงแสน ทั้งนี้พบว่า ปี พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลสบง มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 11,765 ต่อแสนประชากร

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (World health organization, 2023) ให้ความหมายความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตขณะคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) เท่ากับ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย (2562) ได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP น้อยกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท)

Masked hypertension หมายถึงระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลเป็นปกติ (SBP น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท)

2. พยาธิสภาพโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต คือ การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายโดยความดันโลหิตคือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายการมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยหรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชย ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนิน – แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) และระบบการทำงานของไตโดยมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562ค)

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟาทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวจึงมีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกจะมีผลต่อการทำงานของระบบเรนิน – แองจิโอเทนซินทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้าทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นจึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลงซึ่งกระตุ้นระบบเรนิน – แองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลในการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมที่ไตปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ต่อมาได้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนและฮอร์โมน ดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำอันตรายต่อเยื่อ

ภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น

3. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามชนิดของสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิด (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2552)

3.1 Primary Hypertension หรือ Essential hypertension เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง (ประมาณร้อยละ 90) และพบว่ามีปัจจัยเสริมต่าง ๆ ที่ชักนำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ดังนี้

3.1.1 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 55 ปี มีความดันโลหิตสูง เด็กที่มีความดันโลหิตสูง พยากรณ์ได้ว่าจะเกิดความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นผู้ใหญ่โดยเฉพาะเมื่อมีความอ้วนร่วมด้วย

3.1.2 ประวัติครอบครัว ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมักมีประวัติว่ามีคนในครอบครัวมีญาติเป็นความดันโลหิตสูง

3.1.3 เชื้อชาติ คนแอฟริกัน - อเมริกัน มีอุบัติการณ์เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอเมริกันผิวขาว และมีอัตราการป่วยสูงกว่าคนอเมริกันเชื้อสายยุโรป เชื้อสายสเปนและอเมริกันพื้นเมือง

3.1.4 ความอ้วน การที่มีน้ำหนักตัวมากสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ในคนที่อายุ 20 – 39 ปี ที่มีน้ำหนักเกินกว่าปกติจะเกิดความดันโลหิตสูงมากเป็น 2 เท่าของคนที่มีน้ำหนักปกติ และเมื่อลดน้ำหนักในคนอ้วนจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้

3.1.5 การรับประทานโซเดียมมาก การรับประทานโซเดียมมากสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงขึ้นในคนที่ไวต่อโซเดียม (sodium sensitivity) ซึ่งในคนที่ไม่ไวต่อโซเดียมการรับประทานโซเดียมมากความดันโลหิตก็ไม่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามมีการแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ โพแทสเซียมแทนการรับประทานโซเดียมสูง โพแทสเซียมต่ำ

3.1.6 ความเครียด (Stress) ความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตให้สูงขึ้นชั่วคราว

3.1.7 การดื่มสุรามาก มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรามากกับความดันโลหิตสูงและเมื่อลดการดื่มสุรา ความดันโลหิตสูงจะลดลง หรือกลับสู่ระดับปกติได้

3.2 Secondary hypertension เป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีสาเหตุจากโรคไต เช่น โรคหลอดเลือดแดงของไตตีบ (renal artery stenosis) สาเหตุจากโรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing's syndrome, Pheochromocytoma สาเหตุจากระบบประสาทผิดปกติ เช่น เนื้องอกในสมองที่สร้าง catecholamine สาเหตุจากเลือดออกในสมอง และสาเหตุจากการได้รับยา

หรือสารกระตุ้นจากภายนอกทำให้ความดันโลหิตสูงยาคุมกำเนิด corticosteroid, caffeine, narcotic cocaine และ amphetamine เมื่อแก้ไขสาเหตุได้ความดันโลหิตสูงจะกลับมามีปกติ

การศึกษาครั้งนี้ เลือกศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) เนื่องจากว่าสาเหตุของการชักนำที่ทำให้เกิดระดับความดันโลหิตสูงได้นั้น บางสาเหตุสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ความอ้วน การรับประทานอาหารที่มี โซเดียมสูง ภาวะเครียด การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ หากสามารถลดปัจจัยเหล่านี้ได้ก็ทำให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

4. ลักษณะทางคลินิกของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง ที่บ่งบอกถึงความดันโลหิตสูงขึ้น อาการที่อาจพบมีดังนี้ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2552)

4.1 ปวดศีรษะ ได้มีผู้ศึกษาเรื่องอาการปวดศีรษะไว้มากมาย อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อย โดยทั่วไปมักจะมีปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้า ๆ และอาจมีคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในรายที่ความดันโลหิตสูงมากเพิ่มขึ้นโดยเร็ว จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงโดยที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาจจะไม่มีอาการปวดศีรษะ

4.2 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

4.3 อาการอื่น ๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว อ่อนเพลียมีนงง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการ ทำให้ไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จะมีอาการของภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง อธิบายได้จากการทำลายของหลอดเลือด และหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะเป้าหมายที่ถูกทำลายจากการมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และขนาดกลาง ทำให้เกิด cerebral infarction และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงฝอย (arteriole) ทำให้เกิด cerebrovascular disease, peripheral vascular disease และการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กของไต และที่ตา ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง คือ aortic aneurysm โรคหลอดเลือดหัวใจ อัมพาตจากสมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือหลอดเลือดสมองแตก ไตวาย และตาบอดจากมี retinopathy

5. การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ได้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งจำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ดังนี้

ตาราง 1 จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี

Category	SBP (มิลลิเมตรปรอท)		DBP (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80 – 84
High normal	130-139	และ/หรือ	85 – 89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90 – 99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100 – 109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

SBP: systolic blood pressure, DBP: diastolic blood pressure

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

สรุป การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ระดับ 1 และ 2 เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและหากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

6. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งในและต่างประเทศ

6.1 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่างประเทศ

คำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาก Eighth Joint National Committee (JNC 8) (James, et al., 2014)

คำแนะนำที่ 1 ประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เริ่มให้ยาเมื่อความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ตั้งแต่ 150 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปโดยมีเป้าหมายให้ SBP ต่ำกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และ DBP ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (เป็นคำแนะนำระดับสูง - เกรด A)

คำแนะนำที่ 2 ในประชากรทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เริ่มต้นให้ยาเมื่อ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป โดยเป้าหมายให้ DBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สำหรับผู้ที่อายุ 30 - 59 ปี เป็นคำแนะนำระดับสูง - เกรด A; สำหรับผู้ที่อายุ 18 - 29 ปี เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ - เกรด E)

คำแนะนำที่ 3 ในประชากรทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เริ่มให้ยาเมื่อ SBP ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป โดยเป้าหมายให้ SBP ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท (ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ - เกรด E)

คำแนะนำที่ 4 ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) เริ่มต้นให้ยาเมื่อ SBP ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป โดยเป้าหมายให้ SBP ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ - เกรด E)

คำแนะนำที่ 5 ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นเบาหวาน เริ่มต้นให้ยาเมื่อ SBP ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป โดยเป้าหมายให้ SBP ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ - เกรด E)

คำแนะนำที่ 6 ประชากรทั่วไปที่ไม่ใช่คนผิวดำ รวมทั้งผู้ที่เป็นเบาหวาน, การรักษาความดันโลหิตสูงเริ่มต้นควรจะเป็นยาขับปัสสาวะชนิด thiazide-type diuretic, calcium channel blocker (CCB), angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) (คำแนะนำระดับปานกลาง - เกรด B)

คำแนะนำที่ 7 ในประชากรผิวดำทั่วไป รวมทั้งผู้ที่เป็เนาหวาน การรักษาความดันโลหิตสูงเริ่มต้นควรจะเป็นยาขับปัสสาวะชนิด thiazide-type diuretic หรือ calcium channel blocker (CCB) (สำหรับประชากรผิวดำทั่วไป: เป็นคำแนะนำระดับปานกลาง - เกรด B; สำหรับผู้ป่วยผิวดำที่เป็นโรคเบาหวาน: เป็นคำแนะนำระดับอ่อน - เกรด C)

คำแนะนำที่ 8 ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง, การรักษาเริ่มต้นการรักษาควรมี angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) เพื่อช่วยให้ผลลัพธ์การทำงานของไตดีขึ้น สามารถจะนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติหรือการเป็นเบาหวาน (คำแนะนำระดับปานกลาง - เกรด B)

คำแนะนำที่ 9 วัตถุประสงค์หลักของการรักษาความดันโลหิตสูงคือการบรรลุและรักษาความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ถ้าไม่ถึงเป้าหมายภายใน 1 เดือนของการรักษา การเพิ่มขนาดยาหรือเพิ่มยาชนิดที่สองจากกลุ่มยาในคำแนะนำข้อที่ 6 (ยาขับปัสสาวะชนิด thiazide, CCB, ACEI หรือ ARB)

6.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร² และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

1.2 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทาน อาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลาและทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างไรก็ดีไม่แนะนำให้

ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง, ชะเอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น

1.3 การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้ คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม อาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชาวศาสตร์ เลิศมงคลธีรกุล และคณะ (2564) ศึกษา ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหาร และการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันช่วงบน (Systolic blood pressure) และความดันช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3 – 4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350 - 500 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม

1.4 การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50 – 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วยจำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75 – 90 นาที การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์

1) SBP ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

2) มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย

3) มีโรคหัวใจล้มเหลว

4) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

5) มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

6) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ

7) มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

1.5 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่มหรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชาย ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

1.6 การเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลอยเลิกบุหรี่

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา

การให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้มีโรคความดันโลหิตสูงจะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยสุดท้ายคือ สภาพของการเกิด target organ damage (TOD)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดงว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้น จึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่านั้น

6.3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ดังนี้

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะ โรค ความดัน โลหิตสูง	มี โรคเบาหวาน	มีโรคไต เรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี stroke/TIA
18-65 ปี	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79
65-79 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79
≥ 80 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79

ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มิลลิเมตรปรอท

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

การให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต หากสามารถตรวจ Home Blood Pressure Monitoring: HBPM ได้ควรตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท

การเลือกให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ indapamide) การเลือกให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก 5 กลุ่มนี้ จะให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตและลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่

แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็สามารถเลือกจากยากลุ่มใดก็ได้ตามความเหมาะสม

7. แนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

การปฏิบัติเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ดังนี้ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2565ข)

วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่านั่งและท่านยืน หากค่าความดันโลหิตซิสโตลิก จากการวัดครั้งแรกและครั้งที่สองต่างกัน มากกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1 – 2 ครั้ง แล้วนำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย หากผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงขณะพักและไม่มีสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชัดเจน มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งเข้าสู่ระบบต่อไป โดยพยาบาลพิจารณาประวัติการเป็นความดันโลหิตสูงหรือไม่ ซึ่งหากเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามปกติ แต่กรณีไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้เข้าสู่ระบบ โดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท ให้พยาบาลซักประวัติเพิ่มเติม ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็นโรคเบาหวานร่วม ข้อใดข้อหนึ่ง หรือไม่ กรณี “ใช่” หากพบว่ามีผลการซักประวัติว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคเบาหวาน ร่วมข้อใดข้อหนึ่ง ให้พบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มาโรงพยาบาล และลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0 เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อคลินิก/หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย ดังนี้ แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ติดตามนัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข ภายใน 3 เดือน หรือแพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรณี “ไม่ใช่” ให้พบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มาโรงพยาบาล และให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. กลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท หลังพบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มาโรงพยาบาล ให้พยาบาลประจำจุดส่งต่อดำเนินการประเมินความเสี่ยงร่วมว่าผู้รับบริการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV Risk > 10%) หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน หรือไม่ กรณี “ใช่” หากพบว่ามีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งร่วมด้วย ให้พยาบาลส่งพบแพทย์พิจารณายืนยันวินิจฉัย HT (I10-I15) ขึ้นทะเบียน รักษาในวันนั้น กรณี “ไม่ใช่” ให้ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0

เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อคลินิก/หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย ดังนี้ แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ติดตามนัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุขภายใน 1 เดือน หรือแพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน) และให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. กลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท หลังพบแพทย์ตรวจตามปกติตามสาเหตุที่มาโรงพยาบาลให้พยาบาลประจำจุดส่งต่อ ดำเนินการส่งพบแพทย์พิจารณายืนยันวินิจฉัย HT (I10 - I15) ในวันนั้น หรือลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0 ในวันนั้น เพื่อให้แพทย์ยืนยันวินิจฉัย HT (I10 - I15) ในวันถัดไปแต่ไม่เกิน 7 วัน

การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 2 วิธี ดังนี้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565ข)

1. การนัดวัดความดันโลหิตซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข ดำเนินการดังนี้

- 1) หากมาตามนัด ให้พยาบาลวัดความดันโลหิตและพิจารณาว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือไม่ สำหรับ กรณี “ใช่” พบแพทย์เพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) I10 - I15 ขึ้นทะเบียนและรักษา กรณี “ไม่ใช่” พยาบาลให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) หากไม่มาตามนัด ให้พยาบาลดำเนินการโทรติดตามอีกครั้ง หากพบว่า มาตามนัดหลังจากโทรติดตาม ให้ดำเนินการตามข้อ 1) และถ้าไม่มาตามนัดหลังจากโทรติดตาม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามที่บ้าน แจ้งให้เจ้าหน้าที่ สถานบริการสาธารณสุขทราบและดำเนินการตามข้อ 1)

2. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) 7 วัน ผู้ที่ตรวจพบความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยบันทึกค่าความดันโลหิตวันละ 2 ช่วงเวลา คือ 1) ช่วงเช้า ภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน หลังจากปัสสาวะเรียบร้อยแล้ว ก่อนรับประทานอาหารเช้าและยังไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต โดยวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 นาทีและ 2) ช่วงเย็น ควรวัดก่อนนอนอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 นาที เป็นเวลา 7 วันติดต่อกันและหาค่าความดันโลหิตเฉลี่ยวันที่ 2 - 7 ของการวัดความดันโลหิตที่บ้านและพิจารณาว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือไม่ สำหรับกรณี “ใช่” ดำเนินการติดตามที่โรงพยาบาล (แผนกที่

ติดตาม ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของสถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ) ให้พยาบาลส่งพบแพทย์เพื่อ ยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) I10 - I15 และขึ้นทะเบียนรักษาและ กรณิ “ไม่ใช่” ดำเนินการติดตามที่โรงพยาบาล (แผนกที่ติดตาม ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของสถาน บริการสาธารณสุขนั้น ๆ) ให้พยาบาลส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณา White – coat Hypertension หรือ Normotension และให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

พฤติกรรมสุขภาพ

1. ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งที่มีผลดีและ ผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้รับ อิทธิพลมาจากทั้งภายในบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกตัว บุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

ดังนี้

1. พฤติกรรมการรักษาโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้ดังเดิม เช่น เมื่อเกิดอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคก็จะแสดงออกด้วยการรับประทาน ยาฆ่าเชื้อโรค รวมถึงพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ ตามความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อ สุขภาพ เช่น การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และยังรวมถึง พฤติกรรมป้องกันโรคในด้านสิ่งเหนือธรรมชาติที่เป็นลัทธิความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมที่สืบ ต่อ ๆ กันมา

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของ บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เป็นการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การเข้าวัดปฏิบัติธรรมเพื่อให้จิตใจสงบและเป็นสุข และ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นความสวยงามของรูปร่างหน้าตาที่กำลังเป็นที่นิยมของคนยุค ปัจจุบัน เช่น การรับประทานอาหารเสริมเพื่อผิวพรรณที่ขาวใสหรือเพื่อชะลอวัย

4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึงการแสดงออก หรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เป็นการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของ

ส่วนรวม เช่น การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน การระดมทุนเพื่อจัดหาอาหารกลางวันให้กับนักเรียนในโรงเรียน รวมถึงพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการคัดค้านหรือต่อต้านโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

5. พฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมในระดับนโยบาย กฎหมาย และกฎระเบียบข้อบังคับทั้งในระดับกลุ่ม ชุมชน และสังคมเพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชน เช่น การเฝ้าระวังและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 การเฝ้าระวังและดำเนินคดีกับการโฆษณาหลอกลวงประชาชนที่เผยแพร่ทางสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ

2. การปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

2.1 Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet: DASH Diet

DASH Diet เป็นหลักการบริโภคอาหารเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2560) กล่าวถึง DASH Diet ว่าเป็นแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง โดยมีหลักการสำคัญ คือ การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม สำหรับการควบคุมปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากอาหารให้เหมาะสม คือ ไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ในคนปกติ (เกลือ 1 ช้อนชา) หรือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ในคนที่ต้องการลดระดับความดันโลหิต (เกลือ 2/3 ช้อนชา) (กองแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข, 2563) และการบริโภคอาหารตาม DASH ดังนี้ (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

1) ธัญพืชชนิดต่าง ๆ โดยเน้นเป็นธัญพืชไม่ขัดสี 7 – 8 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 7 – 8 ทัพพี) เพื่อเพิ่มการรับประทานใยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวฟ่าง ข้าวบาร์เลย์ เป็นแหล่งคาโบไฮเดรตเชิงซ้อน มีเส้นใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุชนิดต่าง ๆ

2) ผักและผลไม้สด อย่างละ 4 – 5 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4 -5 ทัพพี และผลไม้ 3 – 4 ส่วน) เพราะผักและผลไม้เป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต เพิ่มการรับประทานเส้นใยอาหาร สำหรับผักและผลไม้ที่มีเส้นใยอาหารมาก ได้แก่ แครอท ข้าวโพด บล๊อคโคลี ผักโขม ใบยอ ชะพลู มะละกอ ส้ม แอปเปิ้ล อะโวคาโด ฝรั่ง มะม่วง เป็นต้น (อาภาวรรณ โสภณธรรมรักษ์, 2560) วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างการทำงานของร่างกาย โดยเน้นรับประทานผักและผลไม้สด ลดผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ทูเรียน

มะม่วง ลิ้นจี่ ลำไย และขนุน เป็นต้น ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย ได้แก่ แก้วมังกร ฝรั่ง แอปเปิ้ลเขียว ส้ม และชมพู หลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่าง ๆ

3) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา 2 – 3 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4 – 6 ช้อนกินข้าว) การลดการรับประทานสัตว์เนื้อแดง การตัดส่วนไขมันหรือหนังของเนื้อสัตว์และเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำจะช่วยลดการบริโภคไขมัน การเพิ่มการรับประทานเนื้อปลาจะช่วยเพิ่มการบริโภคกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่ช่วยช่วยบำรุงหัวใจ

4) น้ำมันหรือไขมัน 2 – 3 ส่วนบริโภค (หรือไม่เกิน 6 ช้อนชา) รับประทานอาหารที่มีไขมันดี น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดฟักทอง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันคาโนลา น้ำมันงาขี้ม่อน น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันถั่วลิสง เป็นต้น การรับประทานไขมันที่มากเกินไปก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามไขมันยังเป็นสารอาหารจำเป็นที่ช่วยให้การดูดซึมวิตามินชนิดที่ละลายน้ำ รวมถึงเป็นแหล่งของกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย

5) ถั่ว และเมล็ดพืชเพราะเป็นแหล่งของโปรตีน ไขมันดี และแร่ธาตุแมกนีเซียมซึ่งมีช่วยลดความดันโลหิต ถั่วที่มีไขมันดีเป็นส่วนประกอบ ชนิดต่าง ๆ เช่น อัลมอนต์ เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาเดเมีย ถั่วเลนทิล 4 – 5 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4 – 5 ฝ่ามือ) ต่อสัปดาห์ เนื่องจากถั่วชนิดต่าง ๆ มีกรดไขมันชนิดที่ดีอยู่ ทั้งกรดไขมันโอเมก้า 3, 6, 9

6) รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น เต้าหู้ งาดำ งาขี้ม่อน ปลาตัวเล็ก กุ้งแห้งตัวเล็ก กุ้งฝอย เป็นต้น

7) ของหวานชนิดต่าง ๆ ไม่เกิน 5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ แนะนำให้รับประทานนาน ๆ ครั้ง และอาจมีการใช้สารแทนความหวานในการปรุงประกอบ เช่น สารให้ความหวานไม่ให้พลังงานหรือน้ำตาลเทียม เช่น แอสปาแตม สตีวีโอไซด์ (หญ้าหวาน) ซูคราโลส สารให้ความหวานที่ให้พลังงาน จำพวกน้ำตาลแอลกอฮอล์ เช่น แมนนิทอล ซิลิทอล ซอร์บิทอล (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2563)

8) แนะนำให้ใช้เครื่องเทศหรือสมุนไพรต่าง ๆ ในการเสริมรสชาติอาหาร และลดการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูงในการปรุงแต่งอาหารด้วย

การรับประทานอาหารตามแบบ DASH Diet ได้รับการแนะนำจากสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) ให้เป็นแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่รวบรวมประมวลผลอย่างเป็นระบบ (Systematic Review with Meta - Analysis) ยืนยันผลของการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet ในผู้เข้าร่วมกว่า 2000 คน ผู้ที่รับประทานอาหารตามแบบ DASH Diet เป็นระยะเวลา 2 – 24 สัปดาห์ ถึงผลการลดลงของความดันโลหิต คอเลสเตอรอลรวมและคอเลสเตอรอลชนิด LDL อย่างมีนัยสำคัญ และลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ได้ถึงร้อยละ 13 (Siervo et al., 2014 อ้างถึงใน มุลนิธิหัวใจ

แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) การเลือกชนิดอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทาน ในแต่ละมื้อจัดบันทึกรายละเอียดการรับประทานปรับให้เหมาะสมกับตัวเองจะเป็นการควบคุมระดับ ความดันให้เป็นปกติได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet มาปรับใช้ กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นและโปสเตอร์อาหาร DASH Diet เพื่อให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการควบคุมระดับความดัน โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อหัวใจและเล็กในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง ความแตกต่าง ระหว่างการออกกำลังกายกับกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทั่ว ๆ ไป คือ การออกกำลังกายต้องมีการ วางแผนในการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความหนักที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงมากกว่าขณะพัก และมีการเคลื่อนไหวนานเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ (อำนาจ ภูภัทร และนางพงา ศิวานุวัฒน์, 2556)

3.1 หลักการออกกำลังกาย

สำหรับหลักในการออกกำลังกายใช้หลัก FITT ของ ACSM (American College of Sports and Medicine) (Thompson, Gordon, & Pescatello, 2010) ดังนี้

F = Frequency หมายถึง ความถี่ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายระดับหนัก ปานกลาง 5 วันต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายระดับหนัก 3 วันต่อสัปดาห์ และไม่ควรหยุดพักต่อเนื่องเกิน 3 วัน

I = Intensity หมายถึง ความหนักของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายระดับ ปานกลางถึงระดับหนัก (Moderate to hard) อัตราการเต้นของหัวใจ ดังนี้ ระดับเบามาก อัตราการ เต้นของหัวใจน้อยกว่า 19%, ระดับปกติอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 20% - 39%, ระดับปานกลาง อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 40% - 59%, ระดับระดับหนักอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 60% - 84% และระดับหนักมากอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 85% - 100%

T = Time หมายถึง เวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์

T = Type หมายถึง ชนิดของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง หรือแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก เป็นต้น

3.2 ประเภทของการออกกำลังกาย

ประเภทของการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2 ประเภท (ชยกร พาลสิงห์ และดวงไกร ทวีสุข, 2555) ดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อ อาศัยแหล่งพลังงานจากระบบ anaerobic system โดยการออกกำลังกายในช่วงเวลาสั้น ๆ อัตราการเต้นของหัวใจอาจจะสูงหรือไม่สูง กว่าร้อยละ 85 ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้ (maximal heart rate, MHR) ทั้งนี้ขึ้นกับความหนักหน่วงและการต่อเนื่องของความหนักหน่วงนั้น ๆ

2. การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนหรือแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อ อาศัยแหล่งพลังงานจากระบบ aerobic system โดยเริ่มจากวอร์มอัพ (warm up) ร่างกายจนได้ที่ และจะต้องออกกำลังกายในระดับความหนักหน่วงที่ทำให้หัวใจเต้นอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 85 ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้ (maximal heart rate, MHR) โดยทั่วไปในคนสูงอายุแนะนำให้อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 60 ของ (maximal heart rate, MHR) ก็เพียงพอโดยออกกำลังกายเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาทีเน้นว่าต่อเนื่องเริ่มนับหลังจาก warm up สิ้นสุดลง

3.3 การออกกำลังกายหนักปานกลาง

ออกกำลังกายระดับปานกลาง หมายถึง การออกกำลังกายหรือออกแรงจนทำให้รู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร หายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หรือหายใจกระชั้นขึ้นไม่ถึงกับหอบ หรือขณะออกกำลังกายหรือออกแรง ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค และรู้เรื่อง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) สำหรับการออกกำลังกายหรือกิจกรรมระดับหนักปานกลาง เช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว การทำสวน เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2558))

3.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งรูปแบบการออกกำลังกายได้ 3 ชนิด (อำนาจ ภูภัทร และนางพะงา ศิวานุวัฒน์, 2556) ดังนี้

1) การออกกำลังกายที่เป็นการเคลื่อนไหวแบบต่อเนื่อง (Aerobic Exercise) คือ การออกกำลังกายแบบการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็กในการเคลื่อนไหว ออกซิเจนจะถูกนำมาใช้และเข้าขบวนการสร้างพลังงานขึ้นพื้นฐาน

2) การออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและโครงสร้างของร่างกาย (Resistance Exercise) คือ การออกกำลังกายที่ใช้แรงต้านในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ยางยืด ลูกเหล็ก หรืออุปกรณ์เสริมสร้างกล้ามเนื้อ (Weight Machine) เป็นต้น การออกกำลังกายในรูปแบบ

นี้จะเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้อของผู้ออกกำลังกายและยังสามารถที่จะเสริมสร้างความแข็งแรงให้กระดูกได้

3) การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของร่างกาย (Flexibility Exercise) คือ การออกกำลังกายที่เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น และทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น การออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเป็นชนิดที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็กในการเคลื่อนไหว ควรเน้นกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง (Aerobic Exercise) เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เป็นต้น (อานวย ภูภัทร และนางพวงา ศิวานุวัฒน์, 2556)

3.5 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีดังนี้

1) การออกกำลังกายด้วยการเดิน การเดินเป็นกิจกรรมทางกายที่ง่ายที่สุด สะดวก ประหยัด และปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือความเครียดแก่ร่างกาย สามารถเดินได้แทบทุกที่ ทุกโอกาสในการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรเริ่มจากการเดินช้า ค่อยๆ เดินแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบประมาณ 3 – 5 นาที เมื่อเริ่มรู้สึกชิน ให้เพิ่มความเร็วในระดับที่พอรู้สึกเหนื่อย (คือยังพูดคุยหักท่ายได้ปกติ) แล้วเดินอีกราว 25 - 30 นาที จากนั้นในช่วงท้ายให้ชะลอความเร็วลง ก่อนเดินอีก 3 - 5 นาทีค่อยหยุด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

2) การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว เป็นการเคลื่อนไหวของข้อทั้งแขนและขา บนพื้นราบโดยจะต้องก้าวเท้ายาว ๆ ในลักษณะจำใช้ปลายเท้าถีบออก และแกว่งแขนตามสบาย ศีรษะ ตั้งตรง ก้าวเท้าอย่างสม่ำเสมอ มีจังหวะเป็นไปตามธรรมชาติ (ธีระวรรณ สุธรรม และณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันต์, 2559) และถ้าหากเดินต่อเนื่องกัน 20 นาทีขึ้นไป จะส่งผลให้ร่างกายกล้ามเนื้อพัฒนาขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาความแข็งแรงอดทนขึ้นพื้นฐานของระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจ (ธีระวรรณ สุธรรม และณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันต์, 2559)

3) การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิก เป็นการนำท่าบริหารกายแบบต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวเบื้องต้นและทักษะการเต้นรำมาผสมผสานกันอย่างกลมกลืน แล้วใช้เสียงดนตรีเป็นเครื่องประกอบจังหวะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อทุกส่วนในร่างกายได้ทำงานเป็นจังหวะต่อเนื่องกัน (อังคณา ศรีตะลา, 2547 อ่างถึงใน คราธุธ ศรียา, ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น และคมกริช บุญเขียว, 2565) จุดมุ่งหมายหลักของการเต้นแอโรบิก คือ การสร้างเสริมความสมบูรณ์ความแข็งแรงของร่างกายอันเป็นผลให้สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือผู้ที่ออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิกจะทำให้เกิดความทนทานของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดระบบการหายใจเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ และที่สำคัญช่วยลดไขมันในร่างกายทำให้องค์ประกอบของร่างกายดีขึ้นได้และได้สัดส่วนที่ดี

4) การวิ่งเหยาะ ๆ เป็นการด้วยความเร็วระหว่างการเดินกับการวิ่งเร็ว การวิ่งที่ได้ผลดีต้องเป็นธรรมชาติ ไม่เกร็ง สำหรับการวิ่งเหยาะๆ ส้นเท้าจะสัมผัสพื้นก่อนทั้งฝ่าเท้าจึงจะตามลงมาและเมื่อปลายเท้าหมุนลงมาแตะพื้นเป็นจังหวะที่ส้นเท้าเปิดขึ้น ปลายเท้าก็จะคล้ายตะกุดดินกับตัวเหมือนสปริงติดตัวขึ้นบนและเคลื่อนไปข้างหน้า จุดที่เท้าสัมผัสพื้นควรจะตรงกับหัวเข่าอเข่าเล็กน้อย เท้าควรจะสัมผัสพื้นหลังจากที่ได้เหยียดออกไปข้างหน้า ส่วนอีกเท้าเหวี่ยงไปข้างหลังควรจะลงแตะพื้นเบา ๆ (ยุทธนา อุดมพร, 2553)

5) กระโดดเชือก เป็นการออกกำลังกายระบบหนึ่งที่ตั้งอยู่ในประเภทของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่จะสามารถช่วยพัฒนาความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ การกระโดดเชือกใช้อุปกรณ์ไม่มากใช้เพียงเชือกกระโดด มีความยาวเหมาะสมกับผู้กระโดด และที่สำคัญการกระโดดเชือกไม่จำเป็นจะต้องมีทักษะทางด้านกีฬา สามารถเล่นหรือออกกำลังกายได้อย่างสนุกสนาน (พัศพร ชัยปัญหา และจิราวัฒน์ ขจรศิลป์, 2563)

6) ว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีอัตราการบาดเจ็บต่ำ เนื่องจากมีแรงดันน้ำคอยพยุงตัวช่วยรับน้ำหนักตัว และการออกกำลังกายในน้ำหรือการว่ายน้ำยังช่วยส่งเสริมสมรรถนะปอดและหัวใจ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562ก)

7) ปั่นจักรยาน เป็นการปั่นจักรยานแบบเคลื่อนที่เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่เป็นจังหวะ ไม่หนักต่อไขข้อและควรเรียนรู้อุปกรณ์ ได้แก่ ตัวล็อกต่าง ๆ ของจักรยานควรแน่นหนา และเรียนรู้วิธีการขี่ การปรับบังคับมือให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ ข้อศอกงอได้เล็กน้อย จับได้สบาย ไม่ปวดหลัง การปรับเบาะนั่งให้เหมาะสม โดยเมื่อปรับเบาะนั่งความสูงจนถึงเท้าที่วาง ควรเผื่อความสูงไว้สำหรับงอเข้าได้ประมาณ 5 องศา เพื่อป้องกันอาการปวดเข่าเมื่อปั่นจักรยานและรองเท้าที่เลือกใช้ควรมีพื้นแข็งพอสมควร (สมฤดี อรุณจิตร์ และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, 2562) และการปั่นจักรยาน ทำให้เกิดความสนุกและช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ลดความอ้วน เพิ่มการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562ข)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเสนอเป็นข้อมูลทางเลือกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อควบคุมความดันโลหิต เช่น การเดิน การวิ่ง กระโดดเชือก ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น

4. การจัดการความเครียด

ความเครียด คือ ภาวะที่ไม่สบายใจหรือความกังวล ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคาดหวัง เช่น เมื่อต้องฝืนทำสิ่งที่ไม่ชอบ หรือไม่ได้ทำสิ่งที่อยากทำ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

4.1 ประเภทของความเครียด

ประเภทของความเครียดแบ่งเป็น 2 แบบตามระยะเวลา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) คือ

1) ความเครียดระยะสั้นหรือฉับพลัน เช่น ทะเลาะกับเพื่อน คนใกล้ชิดเสียชีวิต สอบตก

2) ความเครียดเรื้อรังและสะสม เมื่อเจอสถานการณ์ที่ทำให้เครียดอยู่ซ้ำ ๆ เช่น การเรียน การทำงานที่มีความกดดันสูง ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย

4.2 ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายจากความเครียด

ความเครียดส่งผลต่อสมอง เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอล (ฮอร์โมนความเครียด) จากต่อมหมวกไตให้อวัยวะต่าง ๆ ตื่นตัว เพื่อเตรียมร่างกายเข้าสู่ภาวะพร้อมสู้หรือหนี คือ ใจเต้นรัว ความดันเลือดสูง หลอดเลือดหดตัว หายใจถี่และสั้น ซึ่งถือเป็นอาการผิดปกติของร่างกาย หากอยู่ในภาวะเครียดนาน ๆ ร่างกายและจิตใจ จะได้รับผลกระทบจากอาการผิดปกติ ความเครียดที่กระทบกระเทือนอารมณ์รุนแรงส่งผลทำให้สมองฝ่อได้ โดยเฉพาะสมองส่วนอะมิกดาลา (อารมณ์ดิบ) และไฮโปทาลามัส (ศูนย์รวมสัญชาตญาณ) เกิดเป็นโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจรุนแรง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

4.3 อาการที่แสดงออกถึงความเครียด

ผลจากความเครียดสามารถแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้ (Robbins, 2000 อ้างถึงใน คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562)

1) ทางด้านร่างกาย อาการเครียดจะแสดงออกทางร่างกายซึ่งผลการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดโดยผู้วิจัยด้านสุขภาพ พบว่า ความเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบเผาผลาญในร่างกายได้ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ปวดศีรษะและนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจ

2) ทางด้านจิตใจ ความเครียดทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความเครียดส่งผลทางด้านจิตใจโดยแสดงออกในรูปแบบของความรู้สึกกดดัน วิตกกังวล โกรธง่าย เป้อหนาย และเลือนลอย

3) ทำงานทางด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การบริโภคเปลี่ยนแปลง สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น พุดเร็ว นอนหลับยาก เป็นต้น

4.4 การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียดมีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

1) การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรนินช่วยลดความเครียด สิ่งสำคัญ คือ สนุกกับกิจกรรมที่ทำ เช่น ชนิดกีฬาที่ชอบ การเดินเล่นที่เพลินใจ แต่ถ้าทำกิจกรรมเพราะคิดว่าดี แล้วฝืนทำและทำมากเกินไปก็จะกลายเป็นผลเสีย ดังนั้นต้องสนุกและทำแต่พอดี การฝืนใจทำส่งผลให้สูญเสียพลังสมองอย่างมาก และการออกกำลังกาย สามารถช่วยลดความเครียดและจัดเป็นยาต้านเศร้าที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรคซึมเศร้าที่อาการไม่รุนแรงมีงานวิจัยเมื่อปี พ.ศ.2562 ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน หรือแบบที่ใช้แรงต้านอย่างต่อเนื่องเป็นประจำตั้งแต่ 8 - 16 สัปดาห์ สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้อย่างชัดเจน และควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก วันละ 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ขณะออกกำลังกายจะช่วยให้เราหยุดกังวลและอยู่กับปัจจุบัน

2) การฝึกหายใจ การหายใจเพื่อคลายเครียด โดยใช้กลัมนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าอก โดยหายใจเข้าลึกๆ นับ 1 - 4 ซ้ำ ๆ รู้สึกว่าท้องพองออก หลังจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก นับ 1 - 8 หายใจออก สังเกตหน้าท้องยุบลงควรทำติดต่อกัน 4 - 5 ครั้ง การหายใจแบบนี้ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่น

3) จัดสรรตารางกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1) การจดบันทึกสิ่งที่จะทำและเวลาที่จะทำ จะช่วยลดความกังวลในการทำสิ่งที่ตั้งใจ โดยจัดความสำคัญของสิ่งที่จำเป็นต้องทำ และลดหรืองดสิ่งที่ยักรอได้ 2) การทำกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกว่า ฉันทำได้ คือ การกำหนดเป้าหมาย หรือสิ่งที่เราจะทำทุกวันอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากกิจกรรมเล็ก ๆ เช่น ตื่นเช้ากว่าเดิม 30 นาที ทักทายคนที่ทำงาน อย่างน้อย 2 คน ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม เป็นต้น

4) ให้รู้สึกขอบคุณ การพูดคำขอบคุณเป็นสิ่งที่ทำให้คนที่ได้ฟังต่างรู้สึกดี แต่การที่ผู้พูดจะรู้สึกดีไปด้วยนั้นอยู่ที่ความรู้สึกขอบคุณที่เกิดขึ้นภายในใจ เพราะความรู้สึกขอบคุณประกอบด้วยความซาบซึ้ง ความประทับใจ และการรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่ได้รับ ความรู้สึกขอบคุณ คือ ยาต้านความเครียดตามธรรมชาติ เป็นการเริ่มต้นของพลังบวกที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างสมองส่วนคิดกับสมองที่เกี่ยวข้องอารมณ์ความรู้สึก เช่น การฝึกขอบคุณร่างกายตนเองก่อนนอน

5) หัวเราะ การหัวเราะทำให้ร่างกายหลั่งสารโดพามีน ซึ่งช่วยลดความเครียด และทำให้คอร์ติซอลกลับมาอยู่ในระดับที่สมดุล ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้นขณะที่หัวเราะ จะช่วยให้ออกซิเจนเข้าไปหล่อเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดเป็นไปด้วยดี ซึ่งช่วยให้ร่างกายรู้สึกสดชื่นคลายความเศร้าหมอง จิตใจสงบ และช่วยให้สมาธิและความทรงจำดีขึ้น

แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) ให้ความหมาย คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ (to give official authority) หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย (legal power to) 2) การจัดหาหรือให้โอกาส (to provide with the means or opportunity) และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวเอง (to promote the self-actualization) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

โทมัสและเวลเฮาส์ (Thomas & Velhouse, 1990 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) และสเปรตเซอร์ (Spreitzer, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ความหมายดังกล่าวเป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงานหรือขององค์กร

คิฟเฟอร์ Kieffer (Kieffer, 1984 อ้างถึงใน กุณนที พุ่มสงวน, 2557) ให้ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการพัฒนาบุคคลให้ตระหนักถึงสาเหตุของปัญหา และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ตลอดจนหาวิธีการแก้ปัญหา (กุณนที พุ่มสงวน, 2557)

กิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) อธิบาย การเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถแก้ไขปัญหา มีความตระหนักและเกิดการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคได้ มีความสามารถในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองรวมถึงป้องกันและควบคุมสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง

2. องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน

แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคลเพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเบื้องต้นประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้พยาบาล และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

2.1 ด้านผู้รับบริการ เป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตน (Self - efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of Control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) เจริญเติบโต (Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น (Better health) และมีจิตใจสำนึกในการตัดสินใจสังคม (Sense of social justice)

2.2 ด้านผู้ให้พยาบาล ผู้ให้การพยาบาลจะเป็นผู้เสริมพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper) ผู้สนับสนุน (Support) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้สอน (Educator) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (Resource consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (Resource mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ผู้ส่งเสริม (Enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้รับบริการ (Advocate)

2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจกัน (Trust) เห็นใจกัน (Empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory decision-making) วางเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (Co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (Collaboration) เอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barrier) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organizing) มีการต่อรอง (Lobbying) และมีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy)

องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน เห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเองได้และเห็นคุณค่าในตนเอง

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ก๊ีบสัน (Gibson, 1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง และสรุปรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

ขั้นที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) หมายถึง การรับรู้ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านการคิดรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูและที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ คิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสมิ้อการดีขึ้นได้ พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิดรู้ (Cognitive Responses) เมื่อ บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูล ความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ ถามแพทย์/พยาบาลผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจน การดูและตระหนักถึงสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกมองว่าปัญหาทุกอย่างจะสามารถแก้ไขได้

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ หมายถึง การทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเองและสามารถค้นหาสภาพการณ์จริงแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้

บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้อ่านกลับมาองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge)

หมายถึง บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับตนเอง (Self - determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังนี้

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง
2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
3. ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว
5. เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้

ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีการร่วมกันหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะนี้เมื่อเกิดปัญหาพยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือกันแก้ปัญหา เมื่อนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ในการจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เกิดการมีพลังอำนาจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

ด้วยตนเอง ซึ่งการมีความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้จํานํามาซึ่งการคงไว้ในกาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จิรวรรณ ไชยรัตน์ และคณะ (2566) ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 30 คน ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Pair t-test และ Wilcoxon signed ranks test ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุริชาติ มงคล (2564) ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างพลังได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

เพ็ญศรี รอดพรหม นฤมล จันทรสุข และนันทพร ทองเต็ม (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มารับการรักษา ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสัน มีการเข้ากลุ่ม 4 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของ

กลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ 1) ควรทำการวิจัยผลของโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ 2) ควรมีการศึกษาระยะยาวและติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

วรดา ทองสุก วรวรรณ์ ทิพย์วาริรมย์ และปิ่นหทัย ศุภเมธพร (2563) ได้ศึกษา ผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($0 < .001$) ค่าดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$)

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ ปัญจกรณ์ ยะเกษม และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ (2561) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาย-หญิงที่มี น้ำหนักเกินเกณฑ์ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสมเด็จพระเจ้า 84 จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 35 รายและกลุ่มควบคุม 35 ราย วิเคราะห์ข้อมูล โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (t-test) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$)

วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม, และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ (2560) ได้ทำการศึกษา วิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน ตำบลห้วยขมิ้นอำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t - test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ($t = 2.74, p < .05$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 4.74, p < .05$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ิบสัน 4 ขั้นตอนโดยมีกิจกรรมคือ ครั้งที่ 1 ค้นพบความจริง (กิจกรรมรู้ตนเอง) ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (กิจกรรมรู้ทบทวน) ครั้งที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออก (กิจกรรมรู้แก้ไข) และ ครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (กิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t - test และ Independent t - test ผลการวิจัย ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เนติยา แจ่มทิม สนิพร ยืนยง และบุรินทร์ ศรีศัลลักษณ์ (2559) ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจากประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนวคิดของก๊ิบสัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .001

เนตรนิภา จันตระกูลชัย (2557) ศึกษา ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มาตรวจตามนัดและต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตเพิ่มที่ห้องสังเกตอาการ

โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ณัฐนัย สดคมขำ (2565) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 626 คน ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ($B=3.61, p<0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($B=1.081, p<0.05$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($B=1.583, p<0.05$) และพฤติกรรมการรับประทานยา ($B=4.577, p<0.01$) มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการรับประทานยา มีอิทธิพลไปในทิศทางเดียวกันกับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความสามารถในการทำนายได้ ร้อยละ 82

จूरिพร คงประเสริฐ กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือและโซเดียมเกินในประชากรอายุ 20 ถึง 69 ปี ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพะเยา ศรีสะเกษอุบลราชธานี และอำนาจเจริญ สุ่มเลือกตัวอย่างจังหวัดละ 360 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกายซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และเก็บปัสสาวะรวม 24 ชั่วโมง เพื่อทำการวิเคราะห์ค่าโซเดียมในปัสสาวะปริมาณการบริโภค โซเดียมโดยค่าโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคโซเดียมต่อวัน = 2336.80 มิลลิกรัม ร้อยละ 75 ของประชากรบริโภคโซเดียมมากกว่า 2000 มิลลิกรัม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือโซเดียม พบว่า เพศหญิง 1.21 เท่าทุกกลุ่ม อายุ 20 ถึง 29 ปี 2.33 เท่า อาศัยในเขตเทศบาล 1.21 เท่า ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า 1.4 สำนวรายได้ที่มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 1.49 เท่าขนาดสุขภาพต่ำ 1.36 เท่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน 2.03 เท่า ออกกำลังกายน้อย 1.93 เท่า ทานผักผลไม้ หกถึงเจ็ดวันต่อสัปดาห์ 1.75 เท่า โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติ ได้แก่กลุ่มอายุ

20 ถึง 29 ปี ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และความบ่อยของการทานผักผลไม้ สำหรับการมีภาวะความดันโลหิตสูง การซื้ออาหารแปรรูป อาหารปรุงสำเร็จและการทำอาหารทานเองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือและโซเดียม

จินตนา นุ่นยะพริก มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนิรัตน์ อิมามิ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสระโนด จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอายุ 30 - 70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 348 คน ผลการวิจัย พบว่า สองในสามของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิง มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมานาน 1 - 2 ปี ร้อยละ 57.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

วิศรา ปั่นทองหลาง ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 341 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.37$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.19) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.62$) มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.58$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.58$) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 (Adjusted R²=.281, $p<.05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ($\beta=.458$, $t=8.061$, $p<.01$) ผลการวิจัย สามารถนำไปใช้วางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

3. งานวิจัยต่างประเทศ

Tiong, Shahirah, Pun, Wong, Fong, Sy, Castillo-Carandang, Nang, Woodward, Van Dam, Tai, & Venkataraman (2018) ศึกษา ความสัมพันธ์ของแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดอาหารความดันโลหิตสูง (DASH) กับความดันโลหิต กลูโคส และไขมันในประชากรมาเลเซียและฟิลิปปินส์ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผู้เข้าร่วมชาวมาเลเซีย 1837 คนและฟิลิปปินส์ 2898 คน วิธีการศึกษาและผลลัพธ์ ความดันโลหิต ระดับไขมันขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และค่านวนคะแนน DASH จากแบบสอบถามความถี่การรับประทานอาหาร 22 รายการ ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะมีคะแนน DASH สูงกว่าในกลุ่มประชากรของมาเลเซีย ความสัมพันธ์ที่สำคัญสังเกตได้จากการบริโภคผักสีเขียว [0.011, (SE): 0.004] และเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป (-0.009, SE: 0.004) กับคอเลสเตอรอลรวมในกลุ่มประชากรของฟิลิปปินส์ คะแนน DASH ทั้งหมดเพิ่มขึ้น 5 หน่วยมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิก (-1.41, SE: 0.40), ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (-1.09, SE: 0.28), คอเลสเตอรอลรวม (-0.40) อย่างมีนัยสำคัญ และผกผัน -0.015, SE: 0.005), โคเลสเตอรอลไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (-0.025, SE: 0.008) และไตรกลีเซอไรด์ (-0.034, SE: 0.012) หลังจากปรับตามสังคมและวิถีชีวิต การบริโภคนมและผลิตภัณฑ์จากนม เนื้อแดงและเนื้อแปรรูป และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลพบว่าสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ

Soltani, Arablou, Jayedi, & Salehi-Abargouei (2020) การปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดอาหารความดันโลหิตสูง (DASH) ที่สัมพันธ์กับการตายทุกสาเหตุและเฉพาะสาเหตุ: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานที่ตอบสนองต่อขนาดยาของการศึกษาแบบกลุ่มในอนาคตเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดอาหารความดันโลหิตสูง (DASH) และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผลลัพธ์ คือ ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกมี 17 การศึกษา สรุปคือ 0.95 (95% CI: 0.94–0.96, I² = 91.6%, n = 14) สำหรับทุกสาเหตุ, 0.96 (95% CI: 0.95–0.98, I² = 82.4%, n = 12) สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด, 0.97 (95% CI: 0.96–0.98, I² = 0.00%, n = 2) สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง และ 0.97 (95% CI: 0.95–0.98, I² = 63.7%, n = 12) สำหรับอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อการรับประทานอาหาร

DASH ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 จุด นอกจากนี้ยังมีหลักฐานของความสัมพันธ์แบบไม่เชิงเส้นระหว่างอาหาร DASH กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและเฉพาะสาเหตุ เนื่องจากความสัมพันธ์จะชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อคะแนนความสม่ำเสมอมากกว่า 20 คะแนน ($P < .005$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสันไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสันไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริง เป็นการสนทนากลุ่ม เล่าเรื่อง/ระบายความรู้สึกบอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้การสะท้อนคิดผ่านกิจกรรม การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติ โดยการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงผ่านฐานการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมายและวางแผนเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดทำ การเข้าฐานเรียนรู้ และกลุ่มร่วมกันอภิปรายซึ่งแตกต่างจากการจัดการทำโปรแกรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยแนะนำการออกกำลังกาย กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกลุ่มสร้างกำลังใจ

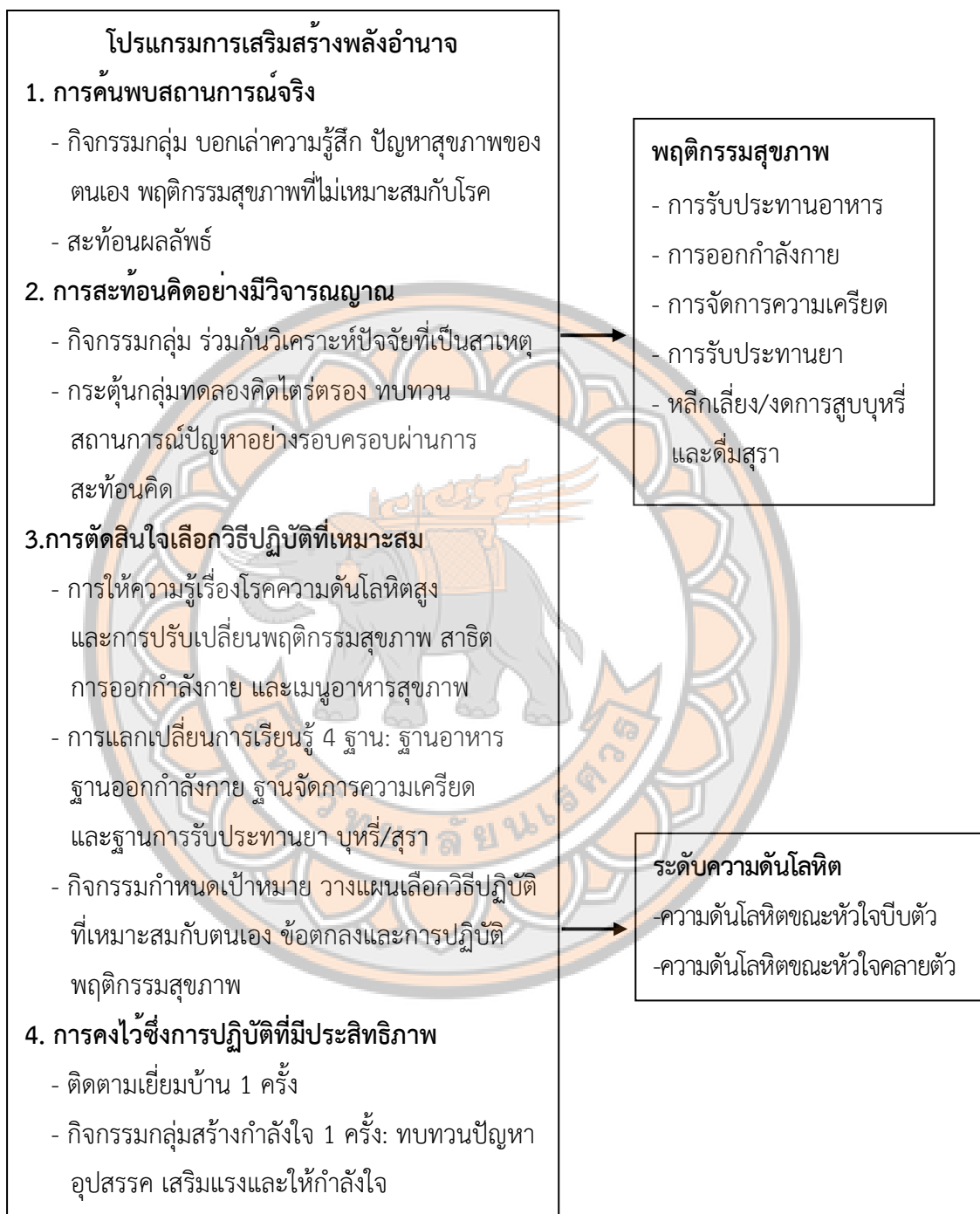
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ีบสันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ค้นพบแนวทางการดูแลตนเอง ใช้ศักยภาพหรือความสามารถของตนเองในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ ดังแสดงภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

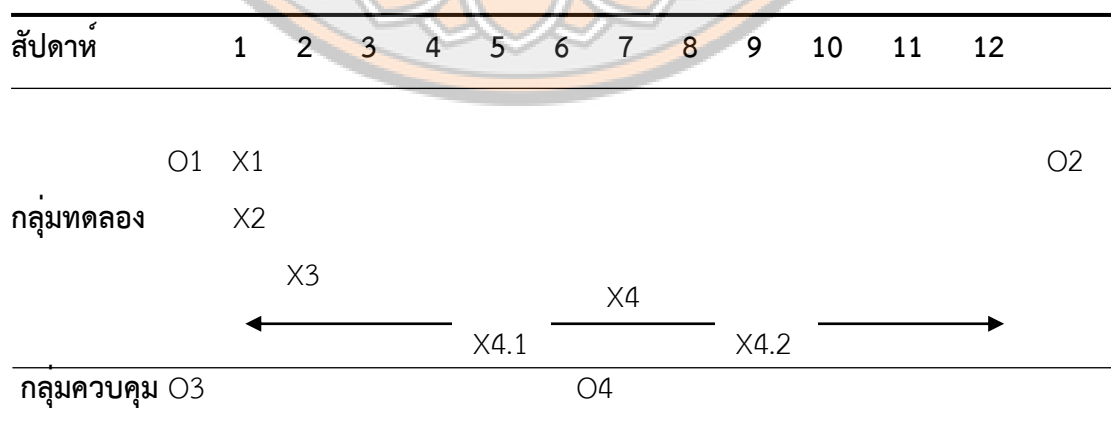
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 แผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง



สัญลักษณ์ที่ใช้

O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ก่อนสัปดาห์ที่ 1

O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังสัปดาห์ที่ 12 ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพ

O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มควบคุม ก่อนสัปดาห์ที่ 1

O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มควบคุม หลังสัปดาห์ที่ 12 ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพ

X1 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง ในสัปดาห์ที่ 1

X2 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ ในสัปดาห์ที่ 1

X3 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม ในสัปดาห์ที่ 2

X4 หมายถึง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

X4.1 หมายถึง การติดตามการปฏิบัติของกลุ่มทดลองที่บ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5

X4.2 หมายถึง กิจกรรมสร้างกำลังใจของกลุ่มทดลองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 9

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 140 – 179 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 90 – 109 มิลลิเมตรปรอท อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ในปีงบประมาณ 2566 ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 963 คน (โรงพยาบาลภูซาง, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากประชากรที่ศึกษา โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect Size) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยกึ่งทดลองประมาณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาดังนี้ของ วรดา ทองสุก, วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ และปิ่นหทัย ศุภเมธภาพร (2563) โดยมี $\bar{X}_1 = 67.53$, $\bar{X}_2 = 18.03$, $SD = 2.34$ ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{SD}$$

โดยที่ ES = ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)

$\bar{X}_1$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

$\bar{X}_2$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แทนค่า

$$ES = \frac{67.53 - 18.03}{2.34}$$

$$ES = 21.15$$

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2561) ได้แบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น 3 ระดับคือ ขนาดเล็ก (Small effect size) เท่ากับ 0.2 ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 และ ขนาดใหญ่ (Large effect size) เท่ากับ 0.8 และแปลผลค่า Effect size ประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยของโคเฮน (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2561) ค่า Effect size มากกว่า .80 เท่ากับ ขนาดอิทธิพลใหญ่ นำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง A Power Primer (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2561) ขนาดตัวอย่างที่ $\alpha = .05$ และ power = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ได้เท่ากับ 4 คน ต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. อายุระหว่าง 35 – 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 140 – 179 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 90 – 109 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น
3. ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือดสมอง เป็นต้น
2. เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้น้อยกว่า 3 ใน 4 กิจกรรม
3. ย้ายถิ่นฐานหรือกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวจากการวิจัย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Terminal criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุ่มมา 2 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง ในเขตอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง มีบริบทและระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากนั้นทำการสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยสุ่มครั้งที่ 1 เป็น กลุ่มทดลอง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง และสุ่มครั้งที่ 2 เป็น กลุ่มควบคุม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งสองแห่ง อยู่ห่างกัน 10 กิโลเมตร

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองก่อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง โดยการนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การคัดเลือกมาเรียงลำดับ กำหนดเป็นหมายเลขประชากรที่ไม่ระบุตัวตน จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 30 คน และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก เข้ากลุ่มควบคุมและพิจารณาการจับคู่ (Matched pair) กับกลุ่มทดลอง ตามเกณฑ์การจับคู่ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (จิตชนก มยุรภักดิ์ และ จอม สุวรรณโณ, 2563) สำหรับเพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ (จกเศบุญชู เกษมพิพัฒน์พงศ์ และธานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนด เกณฑ์การจับคู่ ดังนี้

1. อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. เพศเดียวกัน
3. ระดับการศึกษาเดียวกัน
4. ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท

การป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม

ผู้วิจัยป้องกันการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการสุ่มกลุ่มทดลองได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง และกลุ่มควบคุมได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง มีมาตรฐานการบริการสุขภาพประชาชนที่คล้ายคลึงกันและทั้งสองแห่งอยู่ห่างจากกัน 10 กิโลเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1.1 การค้นพบสถานการณ์จริง ผู้วิจัยบอกระดับความดันโลหิตของแต่ละคน และผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำกิจกรรมกลุ่ม บอกเล่าความรู้สึก ปัญหาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 – 8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้บอกเล่าความรู้สึกและความต้องการ และบอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการค้นพบสถานการณ์จริง มาวิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดไตร่ตรองทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนตามสภาพการณ์จริงจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

1.1.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน และให้กลุ่มทดลองเข้าฐานเรียนรู้ 4 ฐาน ดังนี้ ฐานการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ฐานการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ฐานการจัดการความเครียด ฐานการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดบุหรี่และสุรา โดยเข้าฐานเรียนรู้กลุ่มละ 20 นาที และผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่ม กลุ่มละ 5 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเลือกตัดสินใจในแนวทางการรับประทานอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เวลา 30 นาที ผ่านกลุ่มใหญ่ จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองทำข้อตกลงร่วมกัน

1.1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 20 - 30 นาทีต่อคน สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้าน และขอคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และให้คำแนะนำเสนอแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาร่วมกัน เสริมแรง กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมสร้างกำลังใจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 4 กลุ่มละ 7 - 8 คน และให้แต่ละกลุ่มเขียนและอภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และความเครียด รับประทานยา การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไข จากนั้นในเขียนลงในกระดาษที่เตรียมไว้ กลุ่มละ 10 นาที และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ 15 นาที ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขปัญหา

1.2 คู่มือการปฏิบัติและคำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา เพื่อไว้สำหรับอ่านทบทวนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1.3 โปสเตอร์อาหารตามแนวทาง DASH ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างและตระหนักในตนเองถึงอาหารที่ควรบริโภคการปรุงอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองใน 1 รอบเดือนที่ผ่านมา ครอบคลุม 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความเครียด จำนวน 6 ข้อ 4) การรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ 5) การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 ข้อ เป็นการเลือกตอบ 1 คำตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย ลักษณะของข้อคำถามของแบบสอบถามมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เกณฑ์การเลือกตอบข้อคำถามเชิงบวก

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| 4 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ | (7 วันต่อสัปดาห์) |
| 3 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง | (5 - 6 วันต่อสัปดาห์) |
| 2 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง | (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) |
| 1 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง | (1 - 2 วันต่อสัปดาห์) |
| 0 | หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย | |

เกณฑ์การเลือกตอบข้อคำถามเชิงลบ

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| 4 | หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย | |
| 3 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง | (1 - 2 วันต่อสัปดาห์) |
| 2 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง | (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) |
| 1 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง | (5 - 6 วันต่อสัปดาห์) |
| 0 | หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ | (7 วันต่อสัปดาห์) |

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/5 (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 3.3 – 4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพพระดัตติมาก

ค่าคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพพระดัตติ

ค่าคะแนนระหว่าง 1.7 – 2.4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพพระดัตติปานกลาง

ค่าคะแนนระหว่าง 0.9 – 1.6 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพพระดัตติน้อย

ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 0.8 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพพระดัตติน้อยมาก

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ แสดงค่าความดันโดยอัตโนมัติเป็นดิจิทัล ได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงโดยโรงพยาบาลเชียงคำ มีความตรงในการวัดความดันโลหิต และ ตรวจสอบ (Calibrate) ความตรงซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิต แบบอัตโนมัติเครื่องเดิมตลอดการวิจัย

3. เครื่องมือกักกับการวิจัย

แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับ กลุ่มทดลองที่ต้องใช้บันทึกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน อายุรศาสตร์โรคความดันโลหิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) และภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา และ เกณฑ์พิจารณาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสำหรับเครื่องมือวิจัย ควรมีค่า CVI ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2561) คำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มี ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกล้วย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา และนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือควรมีค่ามากกว่า 0.80 (รัตนศิริ ทาโต, 2561) และนำผลที่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและโดยโครงการวิจัย ผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ COA No.375/2023 ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2566 หลังจากผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการให้คำชี้แจงกับกลุ่มอาสาสมัครจนเข้าใจและเซ็นใบยินยอม (Consent form) ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพใด ๆ และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการบันทึกชื่อ/นามสกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบค้นถึงตัวอาสาสมัครได้ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ซึ่งจะไม่มีการระบุถึงตัวตนและหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง 3 ปี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย และหลังการสิ้นสุดโครงการวิจัยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเพื่อความเท่าเทียม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอขอรับเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ สำนักสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก จังหวัดพะเยา

3. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องวัดความดันโลหิต

4. เตรียมผู้ช่วยการวิจัย จำนวน 3 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 3 ปี ขึ้นไป และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจากนั้น สอนและฝึกปฏิบัติในด้านของการดำเนินกิจกรรมจากผู้วิจัยโดยตรง จนเข้าใจอย่างแท้จริงและสามารถดำเนินกิจกรรมเหมือนผู้วิจัยได้ โดยผู้ช่วยการวิจัยมีบทบาทหน้าที่ในโครงการวิจัย คือ ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 9

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม และจัดเข้ากลุ่มในลักษณะเป็นคู่ (matched pair)

6. ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พึงทักสิทธิ์และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ระยะดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแนะนำตัวเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร และผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินกิจกรรม และเข้าสู่กิจกรรม

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม 15 นาที

ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริง และกิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนปัญหาสุขภาพของตนเองตามสภาพจริง และค้นพบสถานการณ์จริงที่กลุ่มทดลองปฏิบัติตนไม่เหมาะสมจึงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. สร้างการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในกลุ่มทดลอง

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง

ระยะเวลา 90 นาที

แนวทางการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 – 8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที โดยแต่ละกลุ่มมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน ประจำกลุ่มย่อย ทำหน้าที่กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้บอกเล่าความรู้สึกและความต้องการ และบอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค

2. ผู้วิจัยจัดกลุ่มปัญหาแต่ละด้านของกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มทดลอง เขียนลงบนโปสเตอร์ และนำไปติดไว้ในแต่ละกลุ่มปัญหา

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาที่กลุ่มทดลองได้เขียนบอกเล่าโดยการทำแผนผังความคิด เพื่อทำให้เห็นถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลอง

กิจกรรม การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองเห็นคุณค่าของตนเองและเกิดมุมมองที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

แนวทางการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแผนผังความคิดในการค้นพบสถานการณ์จริง มาวิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของกลุ่มทดลองและชี้ให้เห็นถึงระดับความดันโลหิตของแต่ละบุคคล

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดไตร่ตรองทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างรอบคอบในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนตามสภาพการณ์จริงจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย และอื่น ๆ โดยการสะท้อนคิด

3. ร่วมกันพิจารณาหาวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

กิจกรรม การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (สัปดาห์ที่2)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มทดลองเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม 120 นาที

แนวทางการทางปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 – 8 คน และให้กลุ่มทดลองเข้าฐานเรียนรู้ 4 ฐาน ดังนี้

1.1 ฐานการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ผู้วิจัยสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ผ่านการนำเสนอภาพนิ่ง โมเดลอาหาร และนำเสนอเมนูอาหารลดเค็ม

1.2 ฐานการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ผู้วิจัยนำเสนอการออกกำลังกายผ่านวีดีโอ ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ การเต้น และการกระโดดเชือก เป็นต้น

1.3 ฐานการจัดการความเครียด ผู้วิจัยสอนการฝึกหายใจ การหายใจเพื่อคลายเครียด และฝึกการทำสมาธิร่วมกัน และแนะนำ การหัวเราะ ฟังเพลง ดูหนัง ปลูกต้นไม้ และออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด

1.4 ด้านการรับประทานยา หลีกเลียง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ผู้วิจัยสอนและอธิบายการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง แนะนำการหลีกเลียง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าฐานเรียนรู้เป็นรายบุคคลในกลุ่มย่อย คนละ 1 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มย่อยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่ม กลุ่มละ 10 นาที และทำการสรุปผลการแลกเปลี่ยนรู้ ส่งตัวแทนกลุ่มมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ กลุ่มละ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยสรุป

4. ผู้วิจัยเสนอทางเลือกในการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet เช่น การรับประทานอาหารลดโซเดียม เป็นต้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น การจัดการความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจ ฝึกการทำสมาธิ เป็นต้น เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองโดยการโหวตร่วมกัน และใช้เวลา 30 นาที ผ่านกลุ่มใหญ่

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และทำข้อตกลงร่วมกัน โดยเขียนข้อตกลงลงบนกระดาษที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ เขียนระยะเวลา และลงนามเพื่อเป็นการยืนยันในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (สัปดาห์ที่ 2 ถึง 12)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณมีพลังอำนาจที่จัดการกับปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

ติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 5)

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ของกลุ่มทดลองและให้การเสริมแรง กำลังใจเสริมพลังความสามารถของกลุ่มทดลอง

สถานที่ บ้านของกลุ่มทดลองแต่ละคน

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม 30 นาที/ราย

แนวทางการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 20 - 30 นาทีต่อคน สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และขอแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าหากพบการไม่บันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสอบถามถึงเหตุผลและหาแนวทางแก้ไข หรือกลุ่มทดลองบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองสาธิตการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกขณะกลุ่มทดลองสาธิตและให้คำแนะนำในส่วนที่ทำการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ถูกต้อง และหากพบว่ากลุ่มทดลองยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไข

2. ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และให้คำแนะนำเสนอแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาาร่วมกัน เสริมแรง กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมสร้างกำลังใจ (สัปดาห์ที่ 9)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดรู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และปรับเปลี่ยนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม 90 นาที

แนวทางการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 4 กลุ่มละ 7 - 8 คน และให้แต่ละกลุ่มเขียนและอภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด รับประทานยา การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไข จากนั้นให้เขียนลงในกระดาษที่เตรียมไว้ กลุ่มละ 10 นาที และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ 20 นาที

2. ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ปัญหา

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มทดลองที่ยังขาดแรงใจ ขาดพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นและมั่นใจว่าหากตั้งใจ เราทุกคนสามารถทำได้ เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ระยะหลังการดำเนินการวิจัย

หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ การศึกษานี้มีกลุ่มทดลองอยู่ตลอดโครงการวิจัย จำนวน 30 คน

ระยะดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม

1. ก่อนการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยพบกับกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

2. หลังทดลองวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยพบกับกลุ่มควบคุมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดโครงการวิจัยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ผู้วิจัยให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการได้รับกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เปิดโอกาสให้สอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมและแจ้งถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้ค่าสถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูล มีลักษณะ Normal Distribution โดยดูผลการวิเคราะห์ จาก Shapiro – Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 และได้ค่าระดับนัยสำคัญ มากกว่า .05 ข้อมูลจึงเป็นการแจกแจงแบบปกติ สามารถใช้สถิติพาราเมตริกในการวิเคราะห์ได้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษามีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	30	9	30
หญิง	21	70	21	70
อายุ (ปี)	($\bar{X}$ = 53.60, SD. = 5.46)		($\bar{X}$ = 53.17, SD. = 4.70)	
35 – 39	1	3.3	1	3.3
40 – 44	2	6.7	1	3.3
45 – 49	1	3.3	3	10
50 – 54	10	33.3	9	30
55 – 59	16	53.3	16	53.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	21	70	21	70
มัธยมศึกษา	9	30	9	30

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	1	3.3
เกษตรกร	21	70.0	18	60.0
รับจ้าง	4	13.3	7	23.3
ค้าขาย	2	6.7	2	6.7
อื่น ๆ	2	6.7	2	6.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	19	63.3	14	46.7
5,001 – 10,000 บาท	11	36.7	16	53.3

จากตาราง 4 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี (SD. = 5.46) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาเป็นจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 โดยประกอบอาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3

การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล

ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro – Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน ดังตาราง 5 และ 6

ตาราง 5 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลอง (n=30)

กลุ่มทดลอง	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ			
ก่อนทดลอง	.954	30	.211
หลังทดลอง	.948	30	.147

จากตาราง 5 พบว่า การทดสอบ Shapiro – Wilk มีค่าระดับนัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ .211 .147 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 ทำให้ยอมรับ H_0 นั่นคือ ข้อมูลชุดนี้มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถใช้สถิติพารามेटริกในการวิเคราะห์ได้

ตาราง 6 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มควบคุม (n=30)

กลุ่มควบคุม	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ			
ก่อนทดลอง	.935	30	.165
หลังทดลอง	.957	30	.266

จากตาราง 6 พบว่า การทดสอบ Shapiro – Wilk มีค่าระดับนัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ .165 .266 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 ทำให้ยอมรับ H_0 นั่นคือ ข้อมูลชุดนี้มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถใช้สถิติพารามेटริกในการวิเคราะห์ได้

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P - value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.5	.4	3.5	.22	-12.62	<.001***
ด้านการออกกำลังกาย	2.4	.3	4.2	.23	-33.19	<.001***
ด้านความเครียด	2.66	.44	3	.21	-3.55	<.001***
ด้านการรับประทานยา	3.26	.47	3.35	.16	-1.44	<.001***
ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.18	.27	1.86	.69	6.52	<.001***
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	2.59	.23	3.36	.15	-9.333	<.001***

*** p < .001

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.59$, $SD. = .23$) และระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.36$, $SD. = .15$) ตามลำดับ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	P - value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
พฤติกรรมสุขภาพ	3.36	.15	2.72	.22	13.034	<.001***

*** p < .001

จากตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ .001

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P - value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	147.43	9.55	137.00	7.23	7.328	<.001***
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	85.76	6.93	80.06	7.38	4.743	<.001***

*** p < .001

จากตาราง 9 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 147.43 (SD. = 9.55) และ 85.76 (SD. = 6.93) หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงบนและระดับความดันช่วงล่าง เท่ากับ 137 (SD. = 7.23) และ 80.06 (SD. = 7.38) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	P - value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	137.00	7.23	145.46	8.79	-4.074	<.001***
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	80.06	7.38	87.43	9.19	-3.422	<.001***

*** p < .001

จากตาราง 10 หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี ระดับความดันโลหิตเท่ากับ 140 – 179/90 – 109 มิลลิเมตรปรอท อำเภออุ้มผาง จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 963 คน กลุ่มตัวอย่างมาจากประชากรที่ศึกษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ รวมกันจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าโดยมีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 140 – 179 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 90 – 109 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีโรคอื่นร่วม สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการจับคู่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เกี่ยวกับ อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน ระดับการศึกษาเดียวกัน และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2557) ระยะการดำเนินการ 12 สัปดาห์ ดังนี้ 1. สัปดาห์ที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ทำกิจกรรมกลุ่มบอกเล่าความรู้สึก ปัญหาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับ 2. สัปดาห์ที่ 1 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดไตร่ตรองทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง 3. สัปดาห์ที่ 2 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม กิจกรรมกลุ่มตามฐานเรียนรู้ 4 ฐาน ดังนี้ ฐานการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ฐานการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ฐานการจัดการความเครียด ฐานการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา และให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเลือกตัดสินใจในแนวทางการรับประทานอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทำข้อตกลงร่วมกัน 4. สัปดาห์ที่ 2 – 12 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ขอดูแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค

ที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และให้คำแนะนำเสนอแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาร่วมกัน เสริมแรง กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมสร้างกำลังใจ แบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 4 กลุ่ม ให้เขียนและอภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และความเครียด รับประทานยา หลีกเลี้ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวทางการแก้ไข และจัดทำคู่มือการปฏิบัติและคำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโปสเตอร์อาหารตามแนวทาง DASH รวมถึงวิดีโอให้ความรู้ เพื่อใช้เป็นสิ่งกระตุ้นเตือนบุคคลในการปรุงอาหารให้เกิดความกระหนกในตนเองและ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านความเครียด 4) การรับประทานยา และ 5) ด้านบุหรี่ยและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 1, 1 ตามลำดับ และมีความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t - test) และ ค่าสถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี (S.D. = 5.46) จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3

2. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

5. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีโอกาสพบทบทวนปัญหาสุขภาพของตนเองตามสภาพจริง และค้นพบสาเหตุของปัญหาและตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่ามีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตผ่านการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ อีกทั้งเกิดการเรียนรู้จากฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน และได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ถูกต้องและต่อเนื่อง ลดการบริโภคเกลือ การรับประทานอาหารตาม DASH เพิ่มผักและผลไม้ การออกกำลังกายต่อเนื่อง การจัดการความเครียดหรืออารมณ์ของตนเอง และการเลิกบุหรี่และสุรา อีกทั้งจากการติดตามเยี่ยมบ้าน สอบถามและมีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มทดลองได้มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ตนเองได้ปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ และในด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลอง รับประทานอาหารมีปริมาณโซเดียมลดลง โดยการปรุงอาหารอาหารเอง รับประทานผัก ไข่ขาวและผลไม้รสชาตหวานน้อยมากขึ้น เช่น ส้ม และฝรั่ง เป็นต้น การออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้วยการวิ่ง การเดินเร็ว และการปั่นจักรยาน เป็นต้น การรับประทานยา กลุ่มทดลองรับประทานยาลดความดันโลหิตตรงตามเวลา และไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และได้สอบถามถึงการวิธีการจัดการความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ ฟังเพลง ดูหนัง ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ใช้เมื่อมีความเครียดและสามารถช่วยให้ผลิตเพลินและทำให้ความเครียดลดลงได้ และสอบถามการหลีกเลี่ยงการการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราก่อนการทดลอง หลีกเลี่ยงดื่มสุราโดยการลดปริมาณการดื่มสุราลงและหลีกเลี่ยงงานสังสรรค์ สำหรับบุหรี่ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงในแต่ละสัปดาห์เพื่อต้องการให้ลดได้มากที่สุดจนกว่าจะงดหรือเลิกได้ อีกทั้งการได้รับแรงเสริม และกำลังใจ และชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้อง

กับการศึกษาของ จีวรธรรม ไชยรัตน์ และคณะ (2566) พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เพ็ญศรี รอดพรม นฤมล จันทร์สุข และนันทพร ทองเต็ม (2564) พบว่า ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้รับการเสริมกำลังใจและมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง อย่างต่อเนื่อง และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านของการ รับประทาน การออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา และหลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรภรณ์ ไชยสังข์ ปัญจนันท์ ยะเกษม และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ (2561) พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภค อาหารที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ จากการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดย พบว่า กลุ่มทดลอง มีแนวโน้มการปฏิบัติในการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH มากขึ้น ออกกำลังกาย แบบแอโรบิก 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และการรับประทานยาลดความดันโลหิตถูกต้อง ไม่ลดหรือเพิ่มขนาด ของยาเอง ลดปริมาณการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จากการสอบถามและการบันทึกของ กลุ่มทดลอง ในการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH กลุ่มทดลองปฏิบัติโดยการปรุงอาหาร เอง งดและหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารเพิ่มเติมหลังจากทำอาหารเสร็จเช่น ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือ

เครื่องปรุงรสเพิ่มเติม หลีกเลียงอาหารประเภทหมัก ดอง เช่น แหนม ปลาเค็ม ปลาร้า จิ้นส้ม เป็นต้น เพื่อเป็นการลดปริมาณความเค็มหรือโซเดียม และประกอบอาหารจากการ ต้ม นึ่ง อบ แทนการทอด ผัด เป็นต้น และเน้นการรับประทานผักและผลไม้หวานน้อยมากขึ้น เช่น ส้ม ฝรั่ง แก้วมังกร เป็นต้น อีกทั้งการรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี ได้แก่ ข้าวกล้อง เป็นต้น และเลือกรับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ แหนมเนื้อหมู เนื้อวัว เป็นต้น และส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐดนัย สดคมขำ (2565) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิต หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมถึงการได้รับความรู้ คำแนะนำในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้รับการเสริมแรงใจ ให้กำลังใจ ตลอดจน การติดตามเยี่ยมบ้านจากการสอบถามและบันทึก พบว่า กลุ่มทดลองมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการ รับประทานอาหารตามแนวทาง DASH Diet โดยการลดปริมาณเกลือหรือโซเดียมลง หลีกเลียง การปรุงอาหารเพิ่มเติม รวมถึงดอาหารประเภทหมักดองและทอด รับประทานผักและผลไม้หวาน น้อยมากขึ้น ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง และการปั่นจักรยาน เป็นต้น การรับประทานลดความดันโลหิตสูงตรงตามเวลา รวมถึงการหลีกเลียงการสูบบุหรี่และสุรา และผู้วิจัย ช่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรครวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น สำเร็จ ตามเป้าหมายที่วางไว้เมื่อวัดความดันโลหิตจะมีความดันโลหิตลดลง และในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับ การดูแลตามปกติ ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องความดัน และการนัดติดตามอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรดา ทองสุก วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และปิ่นหทัย ศุภเมธภาพร (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

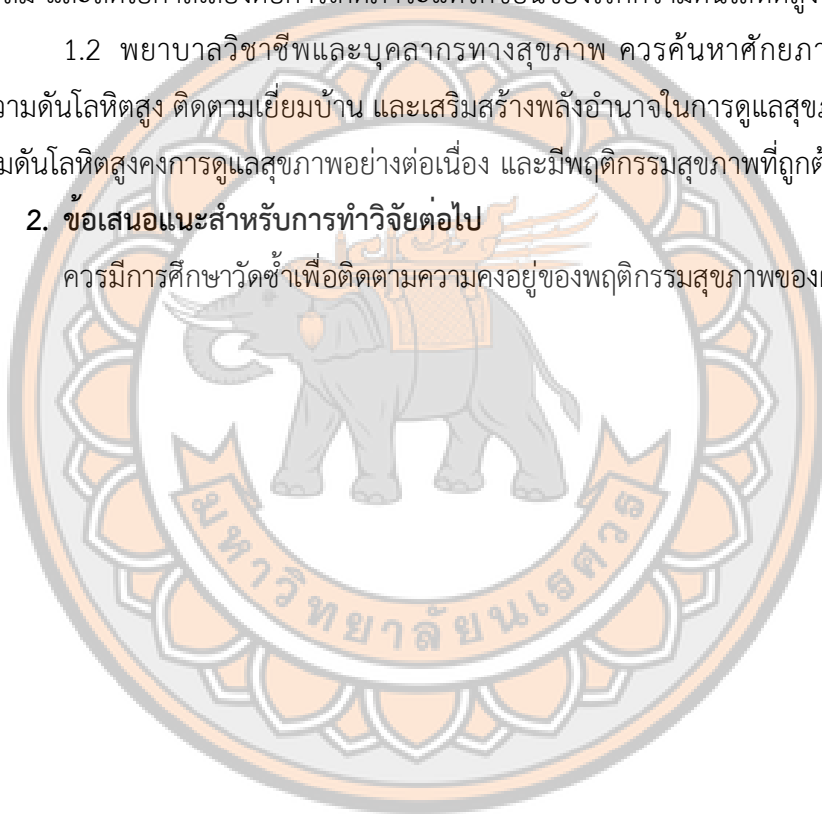
1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1.2 พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ ควรค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ติดตามเยี่ยมบ้าน และเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคงการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาวัดซ้ำเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2563). *จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559 – 2562* (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบ ฤๅลมโปรงพอง) ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุง เทพมหานคร). สืบค้น 20 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2565). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรค NCD ปี 2559 – 2563* (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง) ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร). สืบค้น 20 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2566, จาก http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf
- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). *แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล*. สืบค้น 7 มิถุนายน 2566, จาก <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล65.pdf> กรมอนามัย
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *เคล็ดลั้บปกกลาความเครียด*. สืบค้น 21 มิถุนายน 2566, จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562ก). *10 อันดับ การออกกำลังกาย คนไทยปี 2558*. สืบค้น 19 มิถุนายน 2566, จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/helpknowledgs/run-2/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562ข). *Bike for Health*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2566, จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/bike-2/>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562ค). *ความรู้พื้นฐานความดันโลหิตสูง (Hypertension)*.

สืบค้น 8 กรกฎาคม 2566, จาก <https://thaicam.go.th/wpcontent/uploads/2019/06/ความดัน.pdf>

กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล.

วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 86 – 90.

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). *Stress ความเครียด*. สืบค้น 25 กรกฎาคม 2566.

จาก <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/stress>

ศราวุธ ศรียา, ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น และคมกริช บุญเขียว. (2565). การพัฒนากิจกรรม

การออกกำลังกายแบบประยุกต์ตามภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในตำบลหัวไผ่อำเภอเมืองสิงห์บุรีจังหวัดสิงห์บุรี. *Lawarath Social E-Journal*, 4(3), 203 – 222.

คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา. (2565). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 12 เมษายน 2566, จาก

<https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

จกเศบุญชู เกษมพิพัฒน์พงศ์ และธานินทร์ สุธีประเสริฐ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24, 41 – 49.

จินตนา นุ่นยะพริก, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนิรัตน์ อิมามิ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. *วารสารสุขศึกษา*, 42, 190 – 203.

จิรวรรณ ไชยรัตน์, สุขฤดี ฉิมนวล, สมศรี พันธวงศาโรจน์, นวรัตน์ เรืองศิริ, รัชนิกร ฉิมรักษ์,

พรทิพย์ หนูอินทร์, ...และเสาวนีย์ โปษะบุตร. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. *Health Sci J Thai*, 5(2), 65 – 73.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).

พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จุรีพร คงประเสริฐ, กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือและโซเดียมเกินในประชากร กรณีศึกษา 4 จังหวัด.

วารสารควบคุมโรค, 8(4), 886 – 898.

ชิดชนก มยุรภักดิ์ และจอม สุวรรณโณ. (2563). ความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยด้านเพศ อายุ

และระดับความดันโลหิตกับภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาปรึกษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 132 – 148.

- ชยกร พาลสิงห์ และดวงไกร ทวีสุข. (2555). แหล่งพลังงานและการออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 31(3), 316 – 322.
- ชวิศาส์ เลิศมงคลธีรกุล, ปฏิพร บุญพัฒน์กุล และอนุแสง จิตสมเกษม. (2564). ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาล*, 3, 31 – 45.
- ณัฐดนัย สดคมขำ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(2), 25 – 36.
- ธีระวรรณ สุธรรม และณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันท์. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีต่อสุขสมรรถนะของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 27(3), 73 – 88.
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 46 – 58.
- เนตรนิภา จันตระกูลชัย. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง, และปริญทร์ ศรีศลักษณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 22, 65 – 76.
- ปิยพร ศรีพนมเขต. (2565). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3, 121 – 132.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, ปัญกรณ์ ยะเกษม, และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(2), 30 – 38.

- พัศพร ชัยปัญญา และจิราวัฒน์ ขจรศิลป์. (2563). ผลของโปรแกรมการกระโดดเชือกแบบเท้าคู่และ
การกระโดดเชือกแบบสลับเท้าที่มีต่อความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบางแก้วประชาสรรค์. *วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ*, 12, 205 – 214.
- เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันท์สุข, และนันทพร ทองเต็ม. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารมหาจุฬ
นาครทรรณ*, 9(5), 300 – 312.
- ภัสราวัลย์ ศิตสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา และโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัด
พะเยา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุข
ล้านนา*, 9(2), 120 – 136.
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). *DASH Diet คืออะไร? ดีอย่างไร?*. สืบค้น
14 มีนาคม 2566, จาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140133>
- ยุทธนา อุดมพร. (2553). *วิ่ง ...เพื่อสุขภาพ*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2566, จาก
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=731>
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (ฉบับปรับปรุง)
(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ดิกิริ วิชั่น.
- วรดา ทองสุก, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, และปิ่นหทัย ศุภเมธพร. (2563). ผลของโปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(4), 229 – 241.
- วิศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์*, 38(4), 152 – 165.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6
พ.ศ. 2562 – 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม, และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี*, 11(3), 159 – 172.
- ศูนย์ข้อมูลจังหวัดพะเยา. (2565). *สถานะสุขภาพ*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2566, จาก
<http://203.209.96.243/phealth/web/>

- สมฤดี อรุณจิตร และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธร. (2562). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร
โรงพยาบาลสกลนคร, 22(3), 96 – 105.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวช
ปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริค ดิจิทัล.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุตาพรรณ ธัญจิรา, และอรุณศรี เตชะหงส์. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการ
พยาบาล เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชีชาติ มงคล. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอบาง
เมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข, 1, 1 -13.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). ออกกำลังกายอย่างไรดี. สืบค้น 23
มิถุนายน 2566. จาก <https://www.thaihealth.or.th/ออกกำลังกายอย่างไรดี/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). คู่มือลดพุง ลดโรค. สืบค้น 10 มิถุนายน
2566, จาก <https://www.thaihealth.or.th/e-book/คู่มือลดพุงลดโรคฉบับป/>
- อาภาวรรณ โสภณธรรมรักษ์. (2560). ผักผลไม้อะไรให้ไฟเบอร์สูง. สืบค้น 15 มิถุนายน 2566, จาก
<https://www.thaihealth.or.th/ผักผลไม้อะไรให้ไฟเบอร์/>
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). การพัฒนาศักยภาพพระบวรบริการการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช.
- อานวย ภูภัทร และนางพะงา ศิวนันท์ (บรรณนิการ). (2556). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกัน
และบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
โรคอ้วน โรคหัวใจตีบ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2563). น้ำตาลและสารให้ความหวานแทนน้ำตาล. สืบค้น
5 กรกฎาคม 2566, จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/น้ำตาลและสารให้ความหวาน/>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง. (2565). รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2565.
พะเยา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง.
- โรงพยาบาลภูซาง. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2566. พะเยา: โรงพยาบาลภูซาง.
- American Heart Association. (2022). *Health Threats from High Blood Pressure*.
Retrieved June 15, 2023, from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure>

- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... Ortiz, E. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507 – 520.
- Kazuomi, K., Ayako, O., Satoshi, H., & Masaki, M. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertension Research*, 47, 1099–1102.
- Qiu, Y., Ma, J., Zhu, J., Liu, Y., Ren, W., Zhang, S., & Ren, J. (2023). Deaths and disability-adjusted life years of hypertension in China, South Korea, and Japan: A trend over the past 29 years. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1 – 9.
- Roth, G.A., Mensah, G.A., Johnson, C.O., Addolorato, G., Ammirati, E., & Baddour, L.M., (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*, 76, 2982 – 3021.
- Soltani, S., Arablou, T., Jayedi, A., & Salehi-Abargouei, A. (2020). Adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet in relation to all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition Journal*, 19(37), 1 – 13.
- Thompson, W.R., Gordon, N.F., & Pescatello L.S., (2010). ACSM’S Guidelines for Exercise Testing and Prescription Eighth Edition. American College of Sports Medicine. Philadelphia: ACSM group publisher.
- Tiong, X.T., Shahirah, A.N., Pun, V.C., Wong, K.Y., Fong, A.Y.Y., Sy, R.G., ...Venkataraman, K. (2018). The association of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet with blood pressure, glucose and lipid profiles in Malaysian and Philippines populations. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(8), 856 – 863.
- World health organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved June 14, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.นพ.อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก |
| 2. รศ.ดร. วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก |
| 3. ผศ.ดร. จิตติอาภา ตั้งคำวานิช | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จ.เชียงราย |
| 4. นางเอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากดุก อ.หล่มสัก
จ.เพชรบูรณ์ |
| 5. นางสาวสิริกัญญา หวายุฤทธิ์ | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยนเรศวร
จ.พิษณุโลก |



ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

AF 11/6.0

COA No. 375/2023
IRB No. P2-0353/2566



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

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

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.สุสิทธิ์ ตำนยทุธศิลป์
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวณมล เวียนรอบ
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

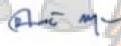
1. IF01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 14 ธันวาคม 2566
2. IF02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2566
3. IF03 สำหรับกลุ่มควบคุม/ สำหรับกลุ่มทดลอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2566
4. IF03 สำหรับกลุ่มทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566
5. IF04 สำหรับกลุ่มควบคุม/ สำหรับกลุ่มทดลอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2566
6. IF04 สำหรับกลุ่มทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566



8. IF05 CV Investigator and Co- Investigators เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2566
9. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 28 กันยายน 2566
10. IF06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 27 กันยายน 2566
11. แบบคัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 14 ธันวาคม 2566



ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตเก็บข้อมูล

	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐
ที่ ฮว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๓๖๖๔	๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖
เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย	
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา	
สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ฉบับ	
ด้วย นางสาวณัฏฐา เวียนรอบ รหัสประจำตัว ๖๕๐๖๑๐๗๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทรา ตันยธรศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	
ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์	
ขอแสดงความนับถือ	
 (รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย นาคุดม) รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร	

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย
โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๓๑
โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นางสาวณัฏฐา เวียนรอบ
โทร ๐๙ ๓๓๓๐ ๙๖๙๐

ที่ ฮว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๓๖๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางสาวณมล เวียนรอบ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๐๗๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุลลิม ดำนฤทัยศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประกอบเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามย์ นานอม)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๓๓

โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นางสาวณมล เวียนรอบ

โทร ๐๙ ๓๑๓๐ ๙๖๙๒

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๓๖๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ฉบับ

ด้วย นางสาวณัฐ เวียนรอบ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๐๗๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุลักร คำนุเทศศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อนันย์ นวนอม)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๓๑

โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖

๒. นางสาวณัฐ เวียนรอบ

โทร ๐๔ ๓๑๓๐ ๙๖๙๐



ที่ พย ๐๐๓๓.๐๐๖.๑/๒๕๕

๒๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ถนนพหลโยธิน พย ๕๖๐๐๐

๒๕๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติเคราะหิให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอภูซาง

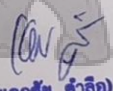
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๓๖๖๕ ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร โดย นางสาวณมฤต เวียนรอบ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” และได้ขอเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยจากหน่วยงานท่าน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เห็นว่าเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและข้อมูลที่ได้รับจะปกปิดได้เป็นความลับ จึงอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยได้ โดยมีรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

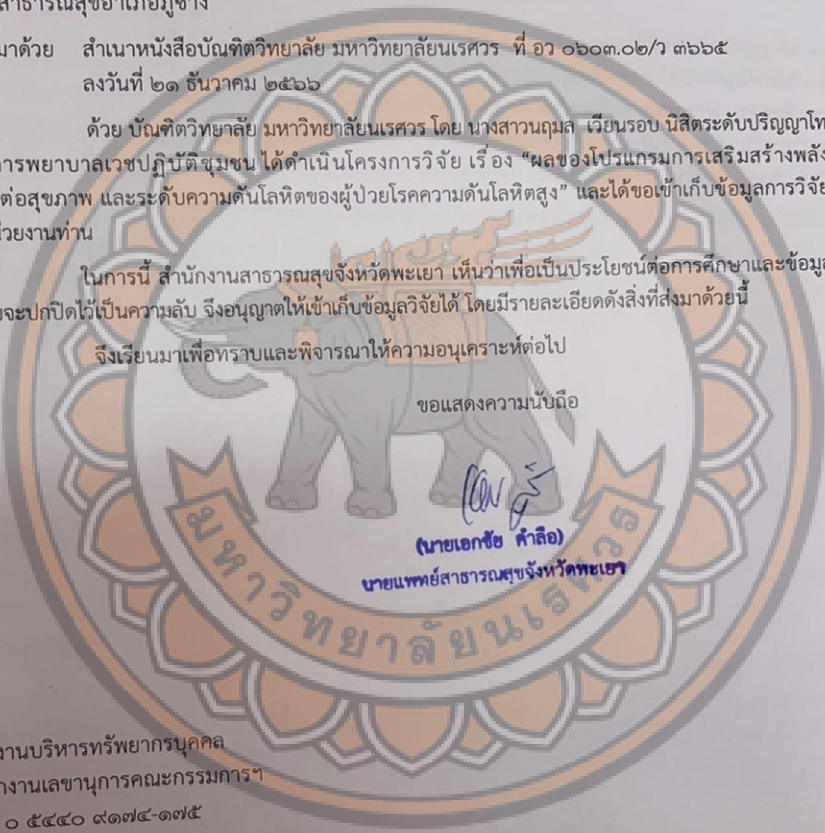
จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายเอกชัย คำลือ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา



กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการฯ

โทร. ๐ ๕๔๔๐ ๙๑๗๔-๑๗๕

โทรสาร ๐ ๕๔๔๐ ๙๑๗๕

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำตอบของผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นโดยไม่มีผลกระทบ
ต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด



นางสาวณฤมล เวียนรอบ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธนบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตรงข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น ๆ

6. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับจ้าง

☐ ค้าขาย

☐ ข้าราชการ

☐ อื่น ๆ

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท

☐ 5,001 – 10,000 บาท

☐ 10,001 – 15,000 บาท

☐ มากกว่า 15,000 บาท

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน

4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ (7 วันต่อสัปดาห์)

3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์)

2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)

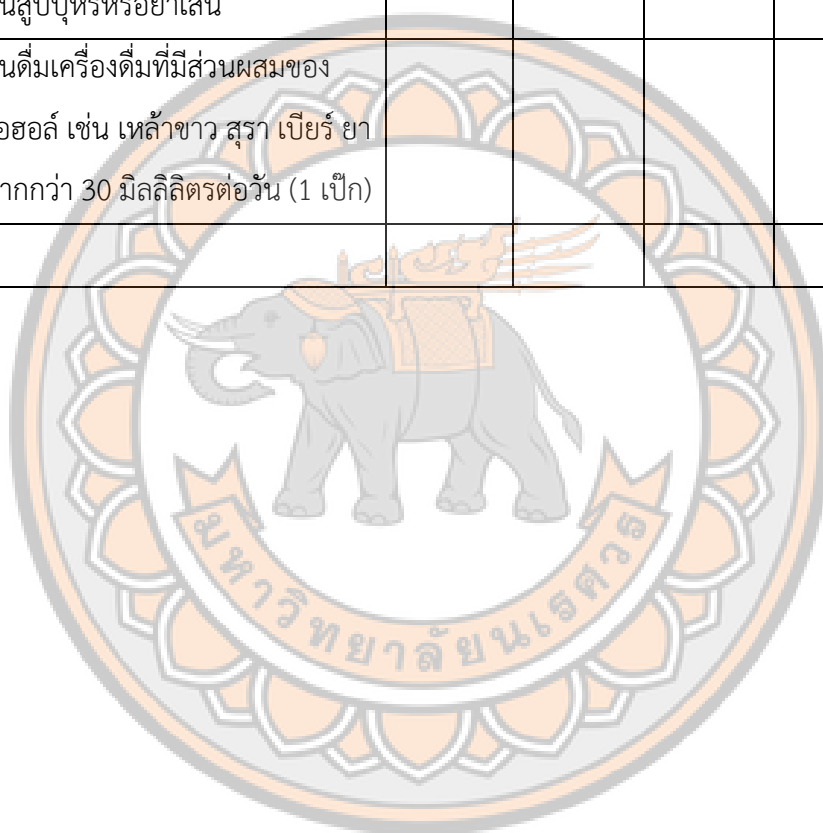
1 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง (1 - 2 วันต่อสัปดาห์)

0 หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมสุขภาพ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
ด้านการรับประทานอาหาร					
1.ท่านรับประทานอาหารล้างมือ ข้างล้อง ข้าวไม่ขัดสี แทนข้าวขาว					
2.ท่านรับประทานอาหารที่มีใยอาหาร สูง เช่น แครอท ข้าวโพด ผักโขม ผักบุ้ง ฟักแม้ว ตำลึง เป็นต้น					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
ด้านการออกกำลังกาย					
9.ท่านออกกำลังกาย 30 นาที/วัน อย่าง น้อยเวลา 5 วัน/สัปดาห์					
10.ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน วิ่ง เหยาะ แกว่งแขน เต้นแอโรบิก					
.					
.					
.					
.					

พฤติกรรมสุขภาพ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
ด้านความเครียด					
15.ท่านทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด					
16.เมื่อท่านมีปัญหา ไม่สบายใจ ท่านจะ พูดคุยหรือปรึกษาหรือปรับทุกข์กับญาติ หรือบุคคลที่ไว้วางใจ					
.					
.					
.					
.					
การรับประทานยา					
21.ท่านรับประทานยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์					
22.ท่านรับประทานยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูงไม่เป็นเวลา					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					

พฤติกรรมสุขภาพ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
29.ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้น					
30.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว สุรา เบียร์ ยา ดอง มากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อวัน (1 เป๊ก)					
.					



เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1.1 การค้นพบสถานการณ์จริง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำกิจกรรมกลุ่ม บอกเล่าความรู้สึก ปัญหาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค ระดับความดันโลหิตของแต่ละคนผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 – 8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้บอกเล่าความรู้สึกและความต้องการ และบอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการค้นพบสถานการณ์จริง มาวิเคราะห์และประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดไตร่ตรองทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนตามสภาพการณ์จริงจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

1.1.3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน และให้กลุ่มทดลองเข้าฐานเรียนรู้ 4 ฐาน ดังนี้ ฐานการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ฐานการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ฐานการจัดการความเครียด ฐานการรับประทานยา หลีกเลี่ยง/งดสูบบุหรี่และสุรา โดยเข้าฐานเรียนรู้กลุ่มละ 20 นาที และผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่ม กลุ่มละ 5 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเลือกตัดสินใจในแนวทางการรับประทานอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เวลา 30 นาที ผ่านกลุ่มใหญ่ จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองทำข้อตกลงร่วมกัน

1.1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 20 - 30 นาทีต่อคน สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้าน และขอคูแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และให้คำแนะนำเสนอแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาาร่วมกัน เสริมแรง กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมสร้างกำลังใจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง ออกเป็น 4 กลุ่มละ 7

– 8 คน และให้แต่ละกลุ่มเขียนและอภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และความเครียด รับประทานยา การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไข จากนั้นในเขียนลงในกระดาษที่เตรียมไว้ กลุ่มละ 10 นาที และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ 15 นาที ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขปัญหา

1.2 คู่มือการปฏิบัติและคำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1.3 โปสเตอร์อาหารตามแนวทาง DASH จากกองแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นกระตุณเตือนบุคคลในการปรุงอาหารให้เกิดความระหนักในตนเอง



แผนการเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเสริมแรงกำลังใจเสริมพลังความสามารถของกลุ่มทดลอง

เยี่ยมบ้าน: ดูการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลา: เวลา 20 - 30 นาทีต่อคน

วัน/เดือน/ปี: _____	
รายชื่อ 1	ระดับความดันโลหิต:..... การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ:..... ปัญหาอุปสรรค:..... แนวทางแก้ไข:.....
รายชื่อ 2	ระดับความดันโลหิต:..... การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ:..... ปัญหาอุปสรรค:..... แนวทางแก้ไข:.....
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	

วัน/เดือน/ปี: _____	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
.	
รายชื่อ 30	ระดับความดันโลหิต:..... การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ:..... ปัญหาอุปสรรค:..... แนวทางแก้ไข:.....

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกายของท่านมากที่สุดได้ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย 30 นาที/วัน	ออกกำลังกาย 10 – 20 นาที/วัน	ออกกำลังกายน้อยกว่า 10 นาที/วัน	หมายเหตุ (หากไม่ได้ออกกำลังกาย ระบุเหตุผล)
สัปดาห์				
สัปดาห์ที่ 1				
สัปดาห์ที่ 2				
สัปดาห์ที่ 3				
.				
.				

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาท่านมากที่สุดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สัปดาห์	รับประทานยาควบคุมความดันโลหิต				สัปดาห์ ไม่รับประทานยา ควบคุมความดัน โลหิต	หมายเหตุ
	ทุกวัน	5 - 6 วัน/ สัปดาห์	3 - 4 วัน/ สัปดาห์	1 - 2 วัน/ สัปดาห์		
1						
2						
3						
4						
...						
...						
...						
...						
12						

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH

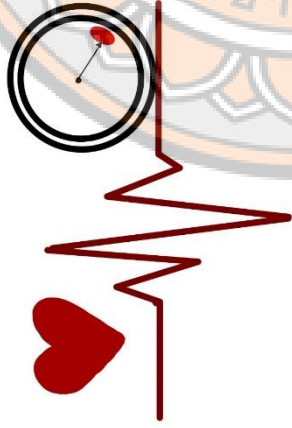
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับการรับประทานอาหารของท่านมากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH อาหารลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน ลดแป้ง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้

ไม่หวาน รัญพืชไม่ขัดสี เนื้อสัตว์ไขมันต่ำอย่างเนื้อปลา

สัปดาห์	รับประทานอาหารตามแนวทาง DASH				ไม่รับประทาน อาหารตาม แนวทาง DASH	หมายเหตุ
	ทุกวัน	5 - 6 วัน/สัปดาห์	3 - 4 วัน/สัปดาห์	1 - 2 วัน/สัปดาห์		
1						
2						
3						
...						
...						
12						

คู่มือโรคความดันโลหิตสูง



HYPERTENSION

คำนำ

คู่มือโรคความดันโลหิตสูงฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในควมคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

นฤมล เวียนรอบ

จัดทำโดย

นางสาวนฤมล เวียนรอบ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
คำนำ		
สารบัญ		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง		
แนวทางการดูแลโรคความดันโลหิตสูง		
	การรับประทานอาหารตามแนวทางแดช (DASH DIET)	
	คำแนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิก	
	การจัดการความเครียด	
	คำแนะนำการใช้ยา	
	บุหรื/สุรา	
เอกสารอ้างอิง		

โรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2542 ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว เรียกว่า ความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่าเท่ากับ 140 - 179 มิลลิเมตรปรอท และความดันเลือดที่ต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว เรียกว่า ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มีค่าเท่ากับ 90 - 109 มิลลิเมตรปรอท

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุปัจจัยของโรคความดันโลหิตสูง

ระดับ	ค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	
	ค่าความดันโลหิตตัวบน	ค่าความดันโลหิตตัวล่าง
เหมาะสม	< 120	และ < 80
ปกติ	120-129	และ/หรือ 80 - 84
กลุ่มเสี่ยง	130-139	และ/หรือ 85 - 89
กลุ่มป่วยระดับ1	140-159	และ/หรือ 90 - 99
กลุ่มป่วยระดับ2	160-179	และ/หรือ 100 - 109
กลุ่มป่วยระดับ3	≥ 180	และ/หรือ ≥ 110
กลุ่มป่วยรุนแรง	≥ 140	และ < 90

➤ **อายุ**

อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิง

➤ **อ้วน**

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

➤ **ไม่ออกกำลังกาย**

คนที่ขาดการออกกำลังกายจะมีสมรรถภาพทางกายที่ต่ำ หัวใจทำงานหนักขึ้นในการบีบตัวและส่งผลให้แรงดันโลหิตสูงขึ้น

➤ **สูบบุหรี่**

สารเคมีในบุหรี่จะทำให้การขยายตัวของหลอดเลือดเสื่อมประสิทธิภาพและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นสูงขึ้น

➤ **รับประทานอาหารเค็มมาก**

การรับประทานอาหารเค็ม จะเป็นการเพิ่มปริมาณโซเดียมในร่างกาย ส่งผลต่อระดับน้ำในร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูง

➤ การดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและทำให้ความดัน

โลหิตสูง

➤ ความเครียด

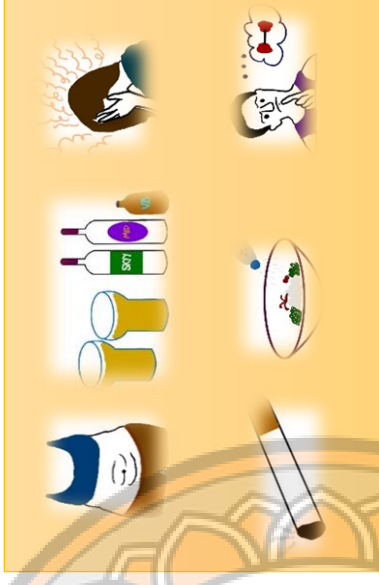
ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงขึ้น

➤ โรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยบางอย่างที่มีผลต่อหัวใจ ไตและหลอดเลือด หรือระบบต่อม

ไร้ท่อส่งผลต่อความดันโลหิตในร่างกาย

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง



อาการของโรคความดันโลหิตสูง

❖ ปวดศีรษะ

โดยทั่วไปมักจะมีปวดบริเวณท้ายทอยมักจะเป็นตอนเช้า
อาจมีคลื่นไส้ ตามัว อาการเหล่านี้พบบ่อยในผู้ที่มีความดัน
โลหิตสูงมากและเพิ่มขึ้นเร็ว

❖ เลือดกำเดาออก

ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักพบว่ามี ความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการหายไปในเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

❖ อาการอื่น ๆ

ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะเป็นเลือด ตาพร่า มัว อ่อนเพลีย มึนงง

สัญญาณเตือนเมื่อความดันโลหิตสูง



ปวดศีรษะ
บ่อยครั้ง

หน้ามืด
เวียนศีรษะ

คลื่นไส้/อาเจียน

ใจสั่น



ตาพร่า มัว
ปกติ

มือ-เท้าชา

หน้าผาก
ปวด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

- เมื่อความดันโลหิตสูงมาก อาจจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทำให้เส้นเลือดในสมองตีบตันหรือแตกได้ง่ายกว่าคนปกติ
- ความดันโลหิตสูงหัวใจต้องทำงานหนัก อาจทำให้หัวใจวายได้
- ความดันโลหิตสูงการทำหน้าที่ของไตจะค่อย ๆ เสื่อมลงส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง
- ความดันโลหิตสูงจะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนอาจทำให้ตาบอดได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง



หัวใจวาย

โรคไตเรื้อรัง
แตก ตัน

ไตของเรื้อรัง

จอประสาทตาเสื่อม

การรับประทานอาหาร

แดช ไอเอช : DASH Diet (Dietary Approaches to Stop

Hypertension Diet) คือ แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดความดัน

โลหิตสูง หลักการสำคัญให้ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเรสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียมและแร่ธาตุต่าง ๆ ดังนี้

- **ข้าว แป้งและธัญพืชต่าง ๆ ที่ไม่ขัดสี** ประมาณ 6 – 8 ทัพพีต่อวัน เพื่อเพิ่มการรับประทานใยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคหัวใจได้ต่อเนื่อง รับประทานผักหลากหลายชนิด อย่างน้อย 5 สี
- **ผลไม้ 4 - 5 ส่วนบริโภคต่อวัน** รับประทานผลไม้วันละ 1 ลูก ได้แก่ ส้ม แอปเปิ้ล สาลี่, ผลไม้ที่เป็นสินค้า 6-8 ชิ้นค้ำ คือ 1 ส่วน ได้แก่ สับปะรด แคนตาลูป แตงโม เป็นต้น) ควรหลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่าง ๆ
- **เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ** ประมาณ 12 ช้อนกินข้าวต่อวัน เลือกเนื้อสัตว์สีขาว เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์สีแดง เช่น เนื้อวัว เนื้อควาย และเนื้อแปรรูปต่าง ๆ เช่น เนื้อแดดเดียวทอด

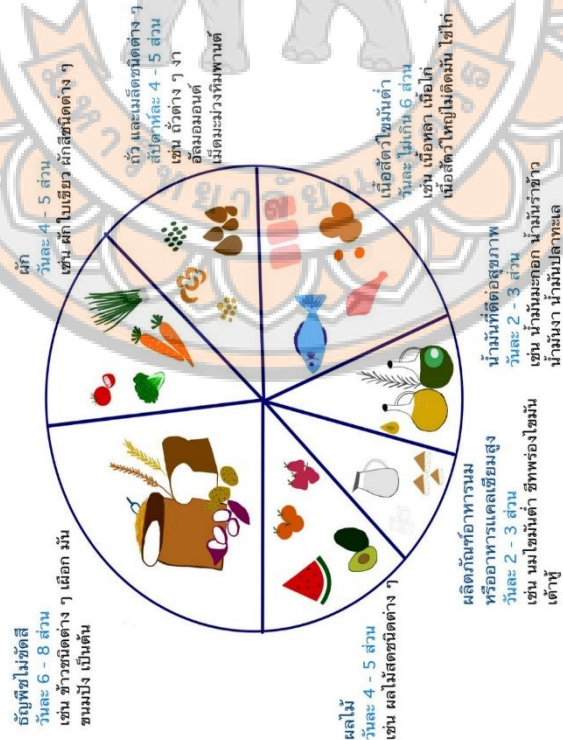
- **ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่าง ๆ** ประมาณ 4 – 5 กำมือต่อสัปดาห์
- **นมและผลิตภัณฑ์จากนม เลือกชนิดที่ไขมันต่ำ** 2-3 แก้วต่อวัน
- **อาหารหวานชนิดต่าง ๆ** น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ให้รับประทานนาน ๆ ครั้ง และสามารถใช้น้ำตาลให้ความหวานแทนน้ำตาลในการปรุงประกอบอาหารได้บ้าง
- **น้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน** เลือกใช้ประเภทอาหารเมนูไขมันต่ำ
- **แนะนำโซลเบรียว เครื่องเทศและสมุนไพรต่าง ๆ** หากต้องการสเปรี้ยวแนะนำให้ใช้ มะนาว มะขาม ส้มป่อย ยอดมะขามอ่อน เป็นต้น ในการเสริมรสชาติอาหารให้เด่นขึ้นแทนการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง

แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

DASH DIET: 1 วันกับการรับประทานอาหาร

ห่างไกลจากความดันโลหิตสูง

สำหรับความต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี/วัน



การออกกำลังกายที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจน โดยออกกำลังกายด้วยระดับความหนักที่กำลังพอดี คือ ทำให้ระบบหลอดเลือดหัวใจสามารถส่งออกซิเจนไปให้กล้ามเนื้อ และคงระดับการออกกำลังกายขณะนั้นโดยให้ระดับความหนักในการออกกำลังกายอยู่ประมาณ 60 - 80 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ดังนี้

อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด = 220 - อายุ

วิธีการคำนวณระดับความหนักของการออกกำลังกาย

เทคติด 2 คม และรักษาระดับอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ระหว่างสองค่า คือ อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด $\times 0.60$ และ อัตราการ

ต้นทุนหัวใจสูงสุด $\times 0.80$

ตัวอย่าง

อายุ 40 ปี

อัตราการเต้นหัวใจสูงสุดของคนอายุ 40 ปี = $220 - 40 =$

180 ครั้ง/นาที



น้ำตาลและของหวาน: รับประทานแต่น้อย สัปดาห์ละไม่เกิน 5 ส่วน

โซเดียมในอาหาร: รับประทานได้ไม่เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม (เกลือแคง 1 ช้อนชา)

จัดทำโดย นางสาวณุลล เวียนรอบ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

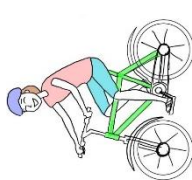
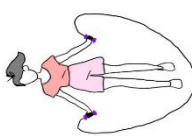
ต้องการออกกำลังกายที่ 60 – 80% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด คำนวณได้ดังนี้

$$180 \times 0.60 = 108 \text{ ครั้ง/นาที}$$

$$180 \times 0.80 = 144 \text{ ครั้ง/นาที}$$

ดังนั้น ถ้าอายุ 40 ปี ระดับความหนักของการออกกำลังกาย 60 - 80 เปอร์เซ็นต์ ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด คือ 108 – 144 ครั้ง/นาที

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีดังนี้

กระโดดเชือก

ว่ายน้ำ

เต้นแอโรบิก

ปั่นจักรยาน

เดินเร็ว

วิ่ง



การจัดกิจกรรมเสริม

สำหรับการจัดการความเครียดมีหลายวิธี ดังเช่น

1) **การออกกำลังกาย** ทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรโตนินช่วยลดความเครียด สิ่งสำคัญ คือ สนุกกับการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายแบบที่ชอบ การเดินเล่นที่เพลินใจ แต่อย่าทำเพราะคิดว่าดีแล้วฝืนทำและทำมากเกินไป ก็จะกลายเป็นผลเสีย ดังนั้นต้องสนุกและทำแต่พอดี การฝืนใจทำส่งผลให้สูญเสียพลังสมองและการออกกำลังกายจึงสามารถช่วยลดความเครียดได้

2) **การฝึกหายใจ** ใช้กลัมนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าอก โดยหายใจเข้าลึกๆ นับ 1 – 4 ซ้ำๆ รู้สีกว่าท้องพองออก หลังจากนั้นค่อยๆ ปล่อยลมหายใจออก นับ 1 – 8 หายใจออก สังเกตหน้าท้องยุบลงควรทำติดต่อกัน 4 – 5 ครั้ง การหายใจแบบนี้ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่น

ออกซิเจนเข้าไปหล่อเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้การ

ไหลเวียน

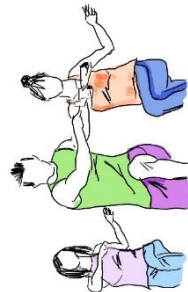
ของ

การจัดการความเครียด

เล็กลง

เป็นไป

ด้วยดี



คำแนะนำในการรับประทานยา

หลักการ用药ที่ถูกต้องและปลอดภัย โดยหลัก 5 ถูก

1) ใช้ยาให้ตรงกับโรค

ควรใช้ยาให้ถูกกับโรค เช่น เป็นโรคความดันโลหิต

สูง ควรรับประทานยาความดันโลหิตสูง

2) ใช้ยาให้ถูกคน

ไม่ควรนำยาของผู้อื่นมาใช้ และไม่นำยาของตนเอง

ไปใช้กับผู้อื่น

3) ใช้ยาให้ถูกขนาด

ควรใช้ยาตามขนาดที่แพทย์ หรือเภสัชกรกำหนด

ไว้เพราะถ้าใช้เกินขนาดอาจเกิด อันตรายต่อ

ร่างกาย

4) ใช้ยาให้ถูกวิธี/ถูกทาง

ควรรับประทานยาให้ถูกวิธี เช่น ไม่นำยากลืนไปหา
หรือฉีดยา

5) ใช้ยาให้ถูกเวลา

ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการ
ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และหากลิ้มรับประทานยา
ลดความดันโลหิต ควรรับประทานเมื่อนอนขึ้นเตียงทันที



ควรงดและลดการสูบบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การ
ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

หัวใจล้มเหลว และส่งผลถึงโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก โรคไต

วาย

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การสูบบุหรี่ เพราะควันบุหรี่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5 – 10 มิลลิเมตรปรอท เลือดมีความหนืดทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง เกิดการอักเสบของผนังเส้นเลือดได้

สำหรับเครื่องต้มแอลกอฮอล์นั้น จะทำให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) มากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการสะสมน้ำและโซเดียมมากกว่าปกติเป็นประจำจนในที่สุดก็จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2564). สัญญาณเตือนเมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้น 15 มิถุนายน 2566. จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14011&tid=&gid=1-015-009>

กองแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ห่วงไกลความดันโลหิตสูงด้วย แดชไดเอท (DASH DIET). สืบค้น 15 มิถุนายน 2566. จาก <https://thaicam.go.th/แดช-ไดเอท-dash-diet/>

งานสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *Aerobic Exercise* (การออกกำลังกายแบบแอโรบิก). สืบค้น 15 มิถุนายน 2566. จาก

<https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1487>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *หลักการชี้แนะที่ถูกต้องและปลอดภัย*. สืบค้น 15 มิถุนายน 2566. จาก

<https://www.thaihealth.or.th/หลักการชี้แนะที่ถูกต้อง-2/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรื*. สืบค้น 15 มิถุนายน 2566. จาก

<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/media/jgls>

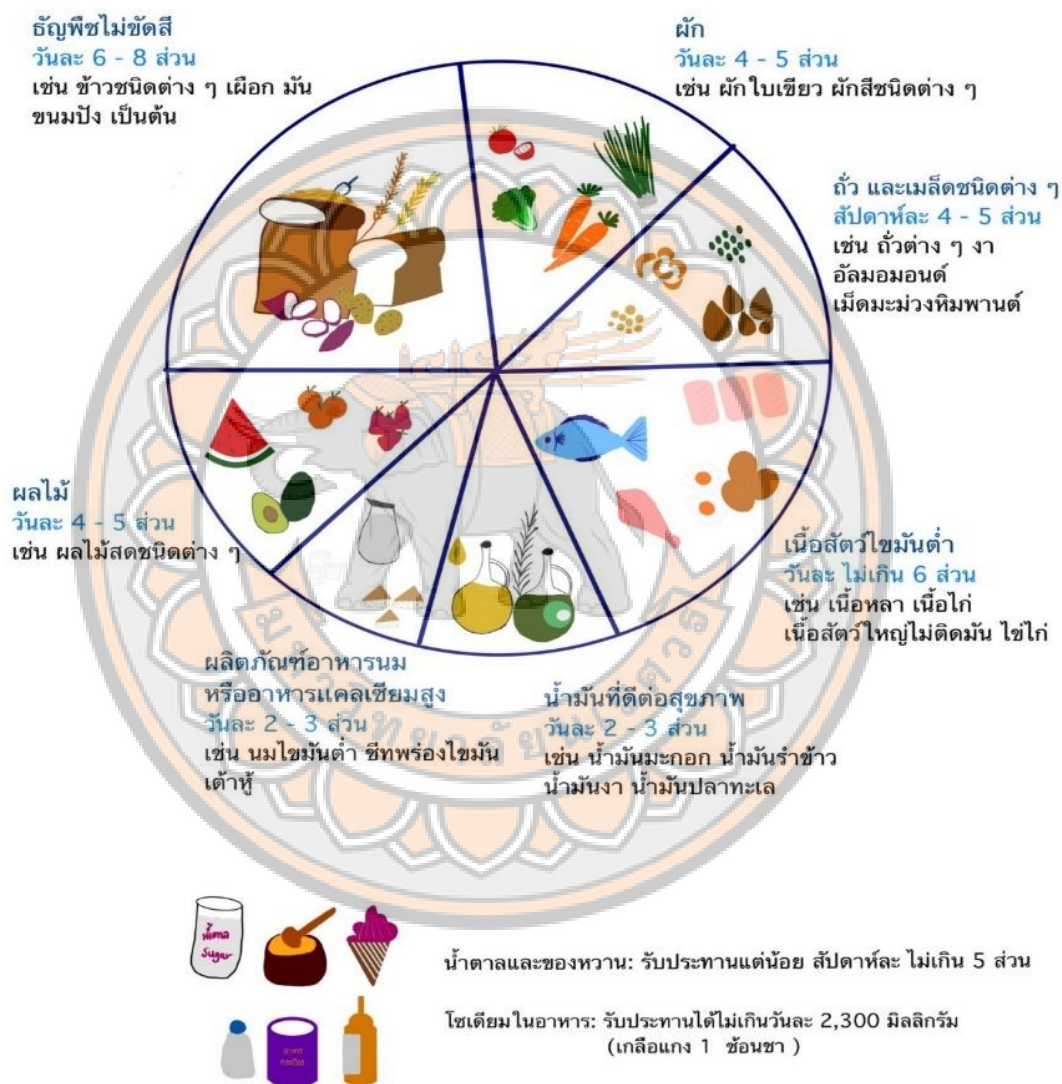


โปสเตอร์

DASH DIET: 1 วันกับการรับประทานอาหาร

ห่างไกลจากความดันโลหิตสูง

สำหรับความต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี/วัน



จัดทำโดย นางสาวณกุล เวียนรอบ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี