

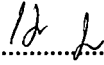
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ
และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

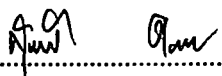
ศิริณี โพธิ์ศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤษภาคม 2556
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ศิราณี โพธิ์ศรี จบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

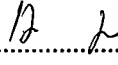
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

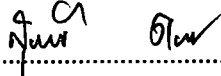

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.เจมรดี มาสิงบุญ)

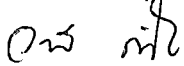

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วงแพง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

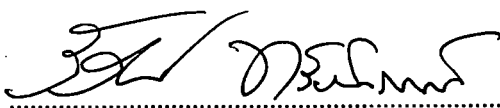

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา)


..... กรรมการ
(ดร.เจมรดี มาสิงบุญ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วงแพง)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งแพง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาทุ่มเทเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิรติยวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีกังใจ คุณศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ คุณอังศุมาลิน โคตรสมบัติ และแพทย์หญิงอุษณา เขียนมงคล ที่กรุณารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ท่านสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการปฐมภูมิตำบลคงแคนใหญ่ และผู้ช่วยผู้วิจัยที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อเสถียร และคุณแม่อุรา โพธิ์ศรี ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนเลี้ยงดูมาอย่างดี และสนับสนุนเป็นกำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณน้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกคน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่าทุกวันนี้

ศิริภาณี โพธิ์ศรี

50928894: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง/ สมรรถนะแห่งตน/ พฤติกรรมสุขภาพ/ ความดันโลหิต / ผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ศิริณี โพธิ์ศรี: ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON PERCEIVED SELF-EFFICACY, HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE AMONG ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N., สุภาภรณ์ คิ้วแพง, พย.ด. 160 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดยโสธร จำนวน 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในคลินิก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

50928894: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT PROGRAM/ SELF-EFFICACY/ HEALTH BEHAVIOR/ BLOOD PRESSURE/ ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS

SIRANEE POSRI: EFFECTS OF SELF - MANAGEMENT PROGRAM ON PERCEIVED SELF-EFFICACY, HEALTH BEHAVIORS, AND BLOOD PRESSURE AMONG ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEES: KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., 160 P. 2016.

The purpose of this two - group, repeated measure quasi - experimental study was to examine the effects of the self - management program on self-efficacy, health behaviors, and blood pressure among essential hypertensive patients. The Subjects were hypertensive patients who attended the hypertensive clinic at Primary Care Units, Yasothon Province. Seventy Essential hypertensive patients who met the inclusion criteria were recruited to either the experimental group (n=35) or the control group (n=35). The experimental group received the self- management program which was developed based on the self-efficacy concept by Bandura (1997) and self-management concept by Kanfer & Goldstein (1991) and the control group received a usual care from the Primary Care Unit. The research instruments were a Demographic Recording Form the Self-efficacy Questionnaire, and the Health Behavior Questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, and repeated measure analysis of variance. The results showed that:

1. The experimental group had mean score of self - efficacy, and health behavior at week 8, week 12, and week 16 higher than before the experiment and also higher than the control group was significant at the level of .05.
2. The experimental group had mean score of systolic blood pressure and diastolic blood pressure at week 8, week 12, and week 16 lower than before the experiment and also lower than the control group was significant at the level of .05.

Result of this study can be used as evidence base. Nurses should continue the self- management program with hypertensive patients to improve their self - efficacy and health behavior in order to control their blood pressures in normal limit.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
โรคความดันโลหิตสูง.....	15
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	27
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	39
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	45
โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	52
3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	56
สถานที่ทำการศึกษา.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	63
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การดำเนินการทดลอง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
4 ผลการวิจัย.....	79
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2.....	85
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2.....	88
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2.....	93
ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2.....	97
5 สรุป และอภิปรายผล.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
การอภิปรายผล.....	105
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	110
ข้อเสนอสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	110
บรรณานุกรม.....	112

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก	126
ภาคผนวก ข	128
ภาคผนวก ค	130
ภาคผนวก ง	136
ภาคผนวก จ	152
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	160

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.....	23
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าที	81
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าที	83
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	85
5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	86
6 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	88
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	89
8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	90
9 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
10	92
เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	
11	93
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าที่ ของความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2	
12	94
ข้อมูลแสดงร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับของความดันโลหิตซิสโตลิก ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2	
13	95
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระบะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	
14	97
เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	
15	98
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าที่ ของความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2	
16	99
ข้อมูลแสดงร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระบะก่อนการทดลอง ระบะหลังการทดลอง ระบะติดตามผลครั้งที่ 1 และระบะติดตามผลครั้งที่ 2	
17	100
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระบะเวลาต่าง ๆ ของการทดลองผลของการทดลอง	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
18	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	102
19	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง	153
20	ผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	154
21	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	155
22	ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	156
23	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	157
24	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	158
25	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2	158

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
2	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์	40
3	วิธีการดำเนินการวิจัย	78
4	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	87
5	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	91
6	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	96
7	กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2009) พบว่าในปี ค.ศ. 2009 มีประชากรทั่วโลก 970 ล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประชากรประมาณปีละ 7.1 ล้านคน ที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง และประมาณการว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงถึง 1,560 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2009) สำหรับในประเทศไทย สถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2551 จำนวน 860.53 เป็น 1,349.39 ในปี พ.ศ.2553 และพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 3.62 และเพิ่มเป็น 3.89 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2553 (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการสูญเสีย และผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายพบว่า โรคความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกายคือ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงและหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2550) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง (The Joint National Committee [JNC], 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ทำให้จอประสาทตาเสื่อม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดฝอยในเรตินาซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดสายตามัวและตาบอดได้ (วิทยา ศรีดามา, 2550; Kaplan & Flynn, 2006) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น 4 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 เท่าของคนปกติ (The European Society of Hypertension [ESH] and the European society of Cardiology [ESC], 2007) และหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตเร็วกว่า

คนทั่วไป 10-20 ปี (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจพบว่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ของโรค ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียน และตาพร่ามัว และเมื่อเกิดอาการทางด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกสูญเสียบทบาทในสังคมและการทำงาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการละทิ้งของครอบครัว ดังนั้นการควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายที่สำคัญคือ การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยปกติ และต่ำกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วย (JNC, 2003; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) หากควบคุมได้จะช่วยลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (JNC, 2003; ESH & ESC, 2007) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทได้ มีเพียงร้อยละ 42 (Banegas et al., 2004) ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดรับประทานยาเอง มีการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ดี การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552; เพ็ญศรี ทับทอง, 2548; JNC, 2003;) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และอีกวิธีคือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับแผนการดูแลรักษา ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; ESH & ESC, 2007; JNC, 2003) ซึ่งการรับประทานยาลดความดันโลหิต จะต้องทำควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย จึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อวัยวะสำคัญถูกทำลายได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้พัฒนารูปแบบและ โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า มิลลิเมตรปรอท โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วย รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง (พรพนิต ปวงนิม, 2552) ซึ่งการศึกษาดังกล่าว พบทั้งในประเทศและต่างประเทศ รูปแบบการศึกษาที่พบส่วนใหญ่ เป็นการให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่มหรือทั้งสองแบบร่วมกัน การฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การควบคุมน้ำหนัก และการผ่อนคลายความเครียด การติดตาม โดยการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ มีการสร้างแรงจูงใจ หรือหลายวิธีร่วมกัน (พรพนิต ปวงนิม, 2552; อุดมลักษณ์ จำสัดย, 2550; Lesley, 2007) โดยแต่ละรูปแบบมีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่ แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีจุดประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ การสร้างแรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการปฏิบัติ การประเมินหรือติดตามผู้ป่วยเพื่อความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ หลังจากนั้นมีการประเมินผลโดยประเมินจากความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต และน้ำหนักตัวผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและความดันโลหิตลดลงหลังการทดลอง (ชาตรี แมตศรี, 2547; อุดมลักษณ์ จำสัดย, 2550) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าว ส่วนใหญ่พบว่า ทำการประเมินผลหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ศึกษาไม่สามารถประเมินได้ว่า ผลที่เกิดขึ้นนั้นจะคงทนหรือยั่งยืน หรือไม่ เนื่องจากขาดการติดตามต่อเนื่องหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งในระยะต่อมา ผู้ป่วยอาจจะ ขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยา และกลับมามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ เหมาะสมกับโรค ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีทำให้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรับประทานยาสม่ำเสมอ และสามารถลดหรือควบคุม ความดันโลหิตได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังได้รับโปรแกรมเท่านั้น ในระยะยาวปรากฏว่าผู้ป่วย กลับมามีความดันโลหิตที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (Boulware et al., 2001) ดังเช่นการศึกษาของโดลเมน และคณะ(Dulmen et al, 2007) พบว่า การประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 6 เดือน ความดันโลหิตของผู้ป่วยเริ่มกลับมาสูงขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มจากเดิม เล็กน้อย มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น การศึกษาของอิบราฮิม (Ebrahim, 1998)

พบว่า การให้ความรู้อย่างเดียวไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ และหลังได้รับโปรแกรมพบผู้ป่วยบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (พัชรินทร์ สืบสายอ่อน, 2546) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องร้อยละ 50.9 โดยพบว่า ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม มีการเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหาร และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื่องจากความชอบและติดในรสของอาหาร(จีรวรรณ ชัยวิศิษฏ์, 2547) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของยา และมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจนเหนื่อย จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย (ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, 2549; จีรวรรณ ชัยวิศิษฏ์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลสำเร็จของการลดโซเดียมและการรับประทานอาหาร DASH เพื่อควบคุมความดันโลหิต พบว่าการใช้เวลา 4 สัปดาห์ในการทดลองสั้นเกินไป ทำให้การลดความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จ (Karanja et al., 2007) ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ผลดีและยั่งยืนควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และต้องมีกลวิธีที่แตกต่างไปจากเดิม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหมายถึง ความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ ร่วมกับการคาดหวังผลลัพธ์ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมุ่งมั่นในกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องไม่ย่อท้อมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Bandura, 1997) จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังเช่น การศึกษาของอุดมลักษณ์ จำสัดย (2550) เรื่องผลลัพธ์ของการพัฒนาความสามารถแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ทรัพย์ทรวง จอมพงษ์, 2546) แต่ในการศึกษาดังกล่าวยังขาดการประเมินความยั่งยืนของการควบคุมความดันโลหิต ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นั้น ควรเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากยังผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ประสบผลสำเร็จมาก ผู้ป่วยยังมีความมั่นใจในการจัดการตนเอง

มากขึ้น มีกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การจัดการตนเอง (Self management) เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการของกิจกรรมการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เกิดจากการรับรู้ การตัดสินใจ โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะและศักยภาพที่มีอยู่ ร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดนั้น ต้องมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจด้วยตนเอง การประเมินผลดีผลเสียของการกระทำกิจกรรมมองเห็นประโยชน์ของสิ่งที่จะกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และตัดสินใจว่าพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นมีคุณค่า ก็จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไป (Coates & Boore, 1995) ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้อย่างสม่ำเสมอและยาวนานขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น ร่วมกับการจัดการตนเองเหมาะสมและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และควบคุมความดันโลหิตได้ดีและยาวนานมากขึ้น (Chodosh et al., 2005) สำหรับในประเทศไทย จุฬารัตน์ คำพานุทย์ (2550) ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดหลังเสร็จสิ้นการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และในการติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ยังคงพบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของรัชวรรณ ตูแก้ว (2550) ซึ่งพบว่า การปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในระยะเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการตนเองและความยั่งยืนของการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด ดังเช่นการศึกษาของ พนิดา จันดา (2551) ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มกับการกำกับ

ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมมารับประทานยา พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาดีขึ้นจริง แต่ในการศึกษานี้ประเมินผลหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีใน 2 สัปดาห์ ซึ่งไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ สุภัสสร ชมภู (2551) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หลังได้รับ โปรแกรม แต่ในสัปดาห์ที่ 6 หลังได้รับ โปรแกรม มีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผู้ป่วยวิเคราะห์ได้ว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย และไม่ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องในการควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยจึงกลับไปควบคุมพฤติกรรมตนเองตามแผนการดูแลรักษา ทำให้ความดันโลหิตลดลงหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการติดตามประเมินผลหลังการทดลองที่นานขึ้น จึงไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้ นอกจากนี้จากการทบทวนโปรแกรมที่ผ่านมา พบว่าบางโปรแกรมยังเป็นเพียงการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ แต่ไม่ได้นำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ และบางโปรแกรมยังขาดการพัฒนาทักษะที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการปฏิบัติ (พนิดา จันดา, 2551; สุภัสสร ชมภู, 2551)

จะเห็นได้ว่าสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้สม่ำเสมอ ผู้ป่วยต้องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ยั่งยืนและมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป โดยผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้นมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดี มีความรู้และทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีทักษะในการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน (Barr et al., 2003) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมาย ติดตามตนเอง ประเมินตนเองและเสริมแรงตนเอง มีการฝึกการควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองตามกระบวนการกำกับตนเอง มีการวางแผนในการกระทำ (Kanfer & Goldstein, 1991) เพื่อที่จะควบคุมความดันโลหิตของตน เมื่อประสบผลสำเร็จ มีการเสริมแรงตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและคงไว้ตลอดไป

โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีสถาน

บริการปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 17 แห่ง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,273 คน ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มขึ้นเป็น 2,207 คนในปี พ.ศ. 2552 และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสารสนเทศโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว, 2553) จากประสบการณ์ปฏิบัติงานทางแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้วิจัยพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือ ผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต เนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับโรค ก็ยังรับประทานอาหารที่มีเค็ม ไขมันสูง ดื่มน้ำหวาน และขาดการออกกำลังกาย จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นควรจัดให้มีแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีทักษะและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท อันจะส่งผลให้ลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข และ โปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพมากขึ้น

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพ ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิก โรคความดันโลหิตสูง
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพ ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิก โรคความดันโลหิตสูง
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) ทั้งแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการจัดการตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อารมณ์ ความเชื่อ ปัญญา และชีวภาพส่วนบุคคล โดยทั้งพฤติกรรม ปัจจัย

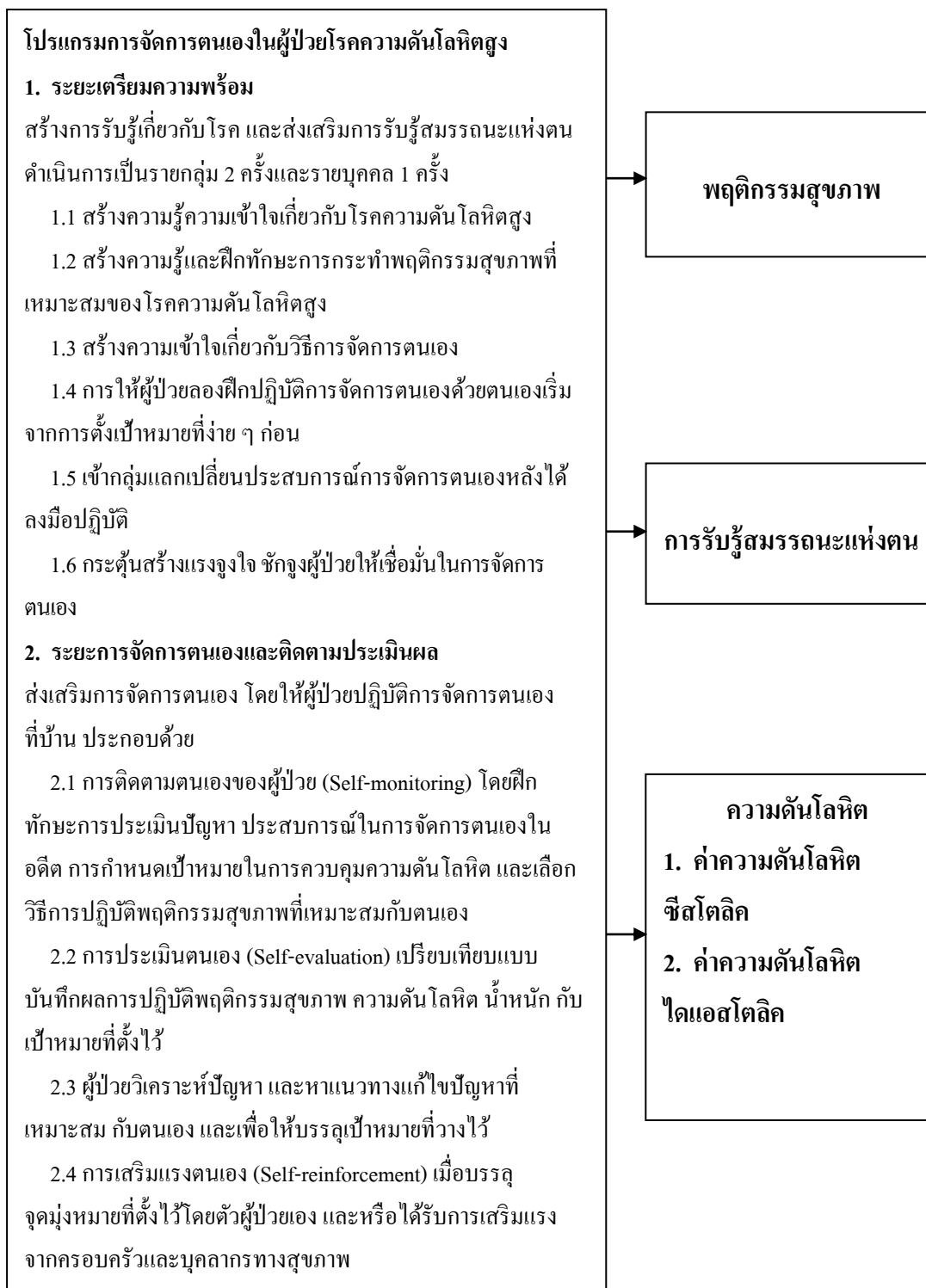
ส่วนบุคคลและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมต่างมีปฏิสัมพันธ์กัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal determination) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อการกระทำ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวคือการทำที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่าเมื่อกระทำแล้ว ผลลัพธ์เป็นประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ผู้ป่วยจะมีความ พยายามในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างสม่ำเสมอ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถทำได้ 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จโดยการลงมือทำด้วยตนเอง การได้เห็นแบบอย่าง จากบุคคลอื่นและ การใช้คำพูดชักจูง และการมีสภาพร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การดูแบบอย่างจากบุคคลอื่น ทั้งคู่มือวีดิทัศน์ และ การสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง การใช้คำพูดชักจูง ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถกระทำ พฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ในความสำเร็จแห่งตนก็จะยิ่งมั่นใจและสามารถจัดการ ดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคยิ่งขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องและไปในแนวทางเดียวกันกับแนวคิดการ จัดการตนเอง ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ของตนเอง โดยใช้ความรู้ ความสามารถและศักยภาพที่มี อยู่ในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Tobin et al., 1986) โดยการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพได้นั้นผู้ป่วยต้องม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง โดยการเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ฝึกทักษะในการปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการ ตนเองที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีความสามารถ ในการประเมินปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยความร่วมมือกับพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยกลวิธีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการ จัดการตนเองของผู้ป่วยคือ การกำกับตนเองของแคนเฟอร์ และ โกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) ซึ่งมีความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งถูกกระตุ้นมา จากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม หรือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะมีการบังคับควบคุมตนเอง และตั้งเกณฑ์มาตรฐานภายใน

ตนเอง สะท้อนให้เห็น โดยการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ การติดตามตนเอง (Self monitoring) การประเมินตนเอง (Self evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self reinforcement) โดยให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง การเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง มีการติดตามตนเองโดยการบันทึกการปฏิบัติของตนเอง การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบแบบบันทึกการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าบรรลุเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยกำหนดวิธีการให้แรงเสริมตนเอง หากไม่บรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ผู้วิจัยคาดหวังว่า หลังจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองนี้แล้ว ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้นและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ โดยเน้นมุ่งให้ผู้ป่วยมีการประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง โดยใช้ความดันโลหิต น้ำหนัก และพฤติกรรมสุขภาพที่กระทำในแต่ละวัน ประเมินตนเองและเสริมแรงตนเอง มีการฝึกการควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน มีการตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและควบคุมกำกับตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป้าหมายคือ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และการควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการปฐมภูมิตงแคนใหญ่ และสถานบริการปฐมภูมิลุมพุก อำเภอกำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2553-2554

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดการตนเอง

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. พฤติกรรมสุขภาพ
3. ความดันโลหิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิอำเภอกำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึงรูปแบบการจัดกิจกรรมอย่างมีแบบแผน ที่ผู้วิจัยจัดกระทำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีความสามารถในการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เพื่อที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา(Bandura, 1997) แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และโกลด์สไตน์(Kanfer& Goldstein, 1991) ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย การดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม ในสัปดาห์ที่ 1-3 และระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 4-7 โดยในระยะเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การฝึกทักษะ

ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 5 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยา การสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการสร้างแรงจูงใจโดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ในระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผล เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ตามวิธีการกำกับตนเอง ประกอบไปด้วยการประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติการจัดการตนเอง การติดตามตนเอง โดยการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมินตนเองของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และการให้แรงเสริมตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อร่วมกับผู้ป่วยประเมินผลการจัดการตนเอง มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมเป้าหมายกับแบบบันทึกการติดตามตนเอง และวัดความดันโลหิตผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้สำเร็จหรือไม่ พร้อมทั้งการร่วมกันกับผู้ป่วยแก้ไขปัญหาและเสริมแรงให้ผู้ป่วย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยครอบคลุมในเรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุภัทษร ชมภู (2551)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของอรสา พันธุ์ภักดี (2542)

ความดันโลหิต หมายถึง ตัวเลขแสดงค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) และความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีการแบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 6 ระดับ (ESH & ESC, 2007) คือ

ระดับดี (Optimal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ระดับปกติ (Normal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-84 มิลลิเมตรปรอท

ระดับสูงกว่าปกติ (High normal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Grade 1 hypertension: Mild) มีความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Grade 2 hypertension: Moderate) มีความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Grade 3 hypertension: Severe) มีความดันโลหิตซิสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

ซึ่งวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต Erkameter แบบตั้งโต๊ะ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 5 อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2553 ซึ่งมีการทดสอบค่า Standard reading ก่อนนำไปใช้

การบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ที่มีรูปแบบการบริการดังนี้ ผู้ป่วยยื่นบัตรนัด รับการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่สถานปฐมภูมิ ตรวจร่างกาย รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว คำแนะนำอื่น ๆ และรับยา โดยพยาบาลเวชปฏิบัติประจำสถานบริการปฐมภูมิ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัย ได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

โรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แนวคิดการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่หายขาด นับเป็นปัญหาทางด้าน สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบมากเป็นอันดับสี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 24.66 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ถ้าหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ ดังนั้น การทบทวนความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต และแนวทางการดูแลรักษา จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood pressure) หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของหลอดเลือดแดง ซึ่งแรงดันเลือดนี้เกิดจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว ทำให้เลือดไปหลอดเลือดแดงใหญ่เป็นระยะ ประกอบด้วยความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) เป็นค่าความดันของเลือดสูงสุดที่เกิดขึ้น ใกล้เคียงกับระยะที่หัวใจหดตัวเพื่อบีบเลือดออกมาจนหมดจากหัวใจด้านซ้าย และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) เป็นค่าความดันต่ำสุดที่เกิดขึ้นตามมาในระยะที่มีการขยายตัวเต็มที่ของห้องหัวใจเพื่อรับเลือด

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มีการวัดอย่างน้อยสอง ครั้งแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่

90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่ ถึงแม้ว่าความดันโลหิตปกติก็ตาม จะถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีความดันโลหิตสูง (JNC, 2003)

ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง

การแบ่งประเภทของโรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ แบ่งตามระดับความดันโลหิต แบ่งตามสาเหตุและแบ่งตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีการแบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 7 ระดับ (ESC & ESH, 2007, สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1.1 ระดับดี (Optimal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ระดับปกติ (Normal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 120 -129 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-84 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ระดับสูงกว่าปกติ (High normal) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130 -139 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท

1.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Grade 1 hypertension (Mild) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

1.5 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Grade 2 hypertension (Moderate) มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 100 -109 มิลลิเมตรปรอท

1.6 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Grade 3 hypertension (Severe) มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

1.7 Isolated systolic hypertension มีความดันโลหิตซิสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

โดยในการประเมินระดับความดันโลหิตนั้น ถ้ามีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ต่างระดับกัน ให้ใช้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์

2. การแบ่งตามสาเหตุ สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Kaplan & Flynn, 2006) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยปกติจะพบในผู้ที่มีอายุ 30-50 ปี สาเหตุการเกิดไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด

2.2 โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 อาจเกิดจากสาเหตุบางอย่างที่อธิบายได้ เช่น การมีพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคต่อมไร้ท่อ โรคครรภ์เป็นพิษ โรคและความผิดปกติของระบบประสาท นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากภาวะตับแข็ง (Bradley, 2007)

3. การแบ่งตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย (World Health Organization-International Society of Hypertension [WHO/ISH], 2003) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 ระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

3.2 ระดับที่ 2 ตรวจพบอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง
ต่อไปนี้

3.2.1 หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy)

3.2.2 หลอดเลือดแดงบริเวณเรตินา (Retina) มีการตีบทั่ว ๆ ไปหรือเฉพาะ
บางส่วน

3.2.3 มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และ/ หรือ ระดับครีตินิน (Creatinine)
สูงขึ้นเล็กน้อย (1.2-2.0 mg/ dl)

3.2.4 หลอดเลือดตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หรือการตรวจรังสี
พบแผ่นคราบไขมัน (Plaque) เกาะในผนังหลอดเลือดแดง

3.3 ระดับที่ 3 ตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

3.3.1 หัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว

3.3.2 สมออง สมอองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง สมอองบวม

3.3.3 ตา มีเลือดออกในเรตินา และหรือมีประสาทตาบวม

3.3.4 ไต มีระดับครีตินินในเลือดมากกว่า 2.0 mg/ dl

3.3.5 หลอดเลือดมีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting aneurysm)

หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้จำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูง ตามสาเหตุการเกิดโรค คือ เป็นชนิดที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ โดยศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากพบมากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และแบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 7 ระดับตาม 2007 Guidelines for Management of Hypertension (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; ESH & ESC, 2007)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง แต่อาการที่พบได้บ่อยคือ อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า และอาการอื่น ๆ ที่พบได้ คือ คลื่นไส้ ตาพร่ามัว วิงเวียนศีรษะอาการเหล่านี้พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บางครั้งอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ มึนงง อันตรายของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากโรคนี้อ่อนแรกไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ดังนั้นกว่าจะรู้ตัวก็มักจะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นอันตรายและสาเหตุการตายอย่างกะทันหันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2546) ที่พบว่า อาการปวดตึงท้ายทอย ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 มีการรับรู้ว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคของอวัยวะเป้าหมาย (Target organ Damage) ได้แก่ หัวใจ สมอง หลอดเลือดส่วนปลาย ไตและตา โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Bradley, 2007)

1. หัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้นเนื่องจากต้องทำหน้าที่บีบเลือดจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนปลายของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ต่อสู้กับแรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลาและเป็นเวลานาน ๆ ดังนั้นผนังจึงหนาขึ้นและอาจหนาได้มาก ๆ จนถึงระยะหนึ่งหัวใจทำการชดเชยไม่ไหว ก็จะเกิดการขยายตัวและเกิดอาการของหัวใจห้องล่างซ้ายวาย (Kaplan & Flynn, 2006) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีการตีบจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว เยื่อบุภายในหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มีการอุดตัน เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปีที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดอาการเจ็บหน้าอก และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 2-3 เท่า (Kaplan & Flynn, 2006)

2. หลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังของหลอดเลือดหนาและแข็งตัว เยื่อบุภายในหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้การไหลเวียนของเลือด

ไม่สะดวก เกิดการอุดตัน เกิดลิ่มเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ ได้ เช่น หัวใจ สมอง ไต และโรคที่พบได้มาก คือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด ไตเรื้อรัง เป็นต้น

3. สมอ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้บางส่วนของเนื้อสมองตาย เกิดอัมพาต บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง เมื่อความดันสูงขึ้นอีกอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยที่สุด

4. ไต โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ไตผลิตสารเรนิน โปสตาเกรนดิน ซึ่งมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาและแข็งขึ้น เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ที่สำคัญคือการคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด

5. ตา โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของจอร์ับภาพ ที่เป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงที่ตา ทำให้มองเห็นหลอดเลือดที่ตาหนาขึ้น และมีอาการบวมมากขึ้น รายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดนี้อาจแตกมีเลือดซึมออกมา เป็นผลทำให้ประสาทตาถูกทำลาย และเสื่อมสมรรถภาพและตาบอดได้

จะเห็นได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงมีอันตรายมาก เพราะเกิดกับอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ดังนั้นรักษาและการควบคุมความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และอาจลดลงต่ำกว่านี้อีกถ้าหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถทนได้ หรือต่ำกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอทในรายที่เป็นเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่น ๆ มิให้เสียหาย ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ต้องใช้วิธีการรักษาด้วยยา (Pharmacological therapies) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-style modification) (ESH & ESC, 2007; JNC, 2003; Kaplan & Flynn, 2006)

1. การรักษาด้วยยาและการใช้ยาลดความดันโลหิต เป้าหมายเพื่อลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total peripheral resistance) และเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ 8 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกอันดับแรก และเป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ทำให้ความดันโลหิตลดลงโดยการลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้

ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีด้วย และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการลดความดันโลหิต ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Furosemide, Metolazone, Amiloride, Hydrochlorothiazide เป็นต้น ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ

กลุ่มที่ 2 ยาต้านเบตา-อะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic blocker) ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมตัวกับเบตา-อะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic receptor) ซึ่งอยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อยับยั้งการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที ลดการหลั่งเรนิน และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atenolol, Propranolol, Labetalol เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาการปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย และระคายเคืองกระเพาะอาหาร

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงกับกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ หลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และลดแรงต้านในผนังหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine, Hydrochloride ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว และปวดศีรษะ

กลุ่มที่ 4 ยาต้านการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blocker) ออกฤทธิ์โดยปิดกั้นไม่ให้แคลเซียมเข้าไปในเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง ลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการไหลกลับของเลือดดำ และยับยั้งหลอดเลือดในการตอบสนองต่อ Norepinephrine หรือ Angiotensin ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Verapamil, Nifedipine, Amlodipine, Diltiazem ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาการปวดศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย หัวใจเต้นช้า หรืออาจมี Heart block ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน

กลุ่มที่ 5 ยาประเภทยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs]) ออกฤทธิ์ยับยั้ง ACEI ในการเปลี่ยน Angiotensin 1 เป็น Angiotensin 2 ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นจึงเป็นการป้องกันการหลั่งเรนิน และยับยั้ง Bradykinin Degradation ทำให้ไม่เกิดการสร้าง Angiotensin 2 และกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งการลดลงของ Angiotensin 2 ทำให้ลดการสร้างฮอร์โมน Aldosterone ลดการไหลเวียนของเลือดในไต ลดอัตราการกรองของไต การดูดกลับโซเดียมและน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และไม่มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพดีพอ ๆ กับยาขับปัสสาวะ และยาต้านเบต้า ใช้ได้ดีกับผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื่องจากอาจทำให้เกิด

ภาวะโพแทสเซียมสูงได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ Captopril, Enalapril, Lisinopril ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ ค้านยับยั้งตามร่างกาย ปากแห้ง ไอ และไตเสียหายที่ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดกรด

กลุ่มที่ 6 ยาประเภทปิดกั้นตัวเองจีโอเทนซิน ทุ (Angiotensin II Receptor Blocker [ARBs]) ออกฤทธิ์ในการจับ AT1-Receptor แทน Angiotensin 2 ซึ่งทำให้ไม่ออกฤทธิ์ต่อหลอดเลือด ช่วยขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ระดับของ Bradykinin เพิ่มขึ้น และไม่ให้มีกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Aldosterone ทำให้ลดความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการ ไอจากการใช้ยา ACEI Inhibitors มักเปลี่ยนมาใช้ยากลุ่มนี้แทน ยากลุ่มนี้ได้แก่ Losatan, Cadesatan เป็นต้น

ยากลุ่มที่ 7 ยาปิดกั้นแอลฟาวัน อะดรีเนอจิก (Alpha1-adrenergic blocker) ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย โดยการปิดกั้นผลของนอร์อิพิเนฟริน ที่มีต่อตัวรับแอลฟา (Alpha-receptors) ยากลุ่มนี้มักใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ๆ เสมอ ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) เนื่องจากใช้ยาตัวนี้เพียงกลุ่มเดียวจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เจ็บหน้าอกและหัวใจวายได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ Prazosin, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น

ยากลุ่มที่ 8 ยากระตุ้นแอลฟาทู (Central alpha2- agonists) ยาออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับแอลฟาทู (Alpha 2-receptors) และทำให้หลอดเลือดขยายตัว ช่วยลด vascular resistance ทำให้ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง โดยทั่วไปแล้วยากลุ่มนี้จะไม่ใช่เป็นยาตัวแรกในการรักษา ยกเว้นในกรณีโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอาการของไมเกรน ยากลุ่มนี้ได้ Clonidine, Methyldopa, Guanfacine เป็นต้น

2. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงต้น ๆ ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน ส่วนในรายที่ความดันโลหิตสูงมากจะต้องให้วิธีการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่

2.1 การลดหรือควบคุมน้ำหนัก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศชายที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 27.8 และ 27.3 ในเพศหญิง เมื่อลดน้ำหนักลง 1.8 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้การลดน้ำหนักยังจะช่วยลดระดับไขมันในกระแสเลือดด้วย (Groer, 2001)

2.2 การควบคุมอาหาร จากการศึกษาพบว่า การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปควรจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก ได้แก่ น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง

2.3 การออกกำลังกาย ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ได้แก่ การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ และการขี่จักรยาน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การออกกำลังกายด้วยวิธีดังกล่าว มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC, 2003)

2.4 การงดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จะต่อต้านการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต เพราะทำให้ต้องเพิ่มขนาดของยามากขึ้น (Kaplan & Flynn, 2006)

2.5 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ ต่อวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และยังคงประสิทธิภาพของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (JNC, 2003)

2.6 การจัดการความเครียด ความเครียดส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ซึ่งในชีวิตประจำวันบุคคลมีประสบการณ์ในการเกิดความเครียด ดังนั้นการเรียนรู้ในการจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การทำสมาธิ โยคะ

2.7 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามผลของการรักษา โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายที่เริ่มรักษาด้วยยาควรกลับมาพบแพทย์ และปรับยาอย่างสม่ำเสมอตามนัด จนกระทั่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อน จะมีการนัดติดตามบ่อยขึ้น หลังจากที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายจึงนัดทุก 6 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; JNC, 2003) ผู้ป่วย รายที่หยุดการใช้ยาได้แล้วยังต้องมีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะความดันโลหิตอาจจะสูงขึ้นได้อีก นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัด ยังเป็นการติดตามความก้าวหน้าของโรค (ESH & ESC, 2007)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ตารางที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) = 18.5 - 24.9 กก./ ตร.ม.	5 - 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
การใช้ DASH(Dietary Approach to Stop Hypertension)	ให้รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว	8 - 14 มิลลิเมตรปรอท
จำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียม ต้องน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)	2 - 8 มิลลิเมตรปรอท
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน)	4 - 9 มิลลิเมตรปรอท
งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 Drinks/วันในผู้ชายและไม่เกิน 1 drink/วันในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย (1 drink เท่ากับ 44มล.ของสุรา (44%), 355 มล. ของเบียร์ (5%) หรือ 148 มล.ของเหล้าองุ่น (12%))	2 - 4 มิลลิเมตรปรอท

จากตารางจะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหากทำได้สำเร็จจะสามารถลดความดันโลหิตได้ กล่าวโดยสรุป สิ่งสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แยกเป็น 2 ปัจจัย ที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยประกอบไปด้วย อายุ เพศ การศึกษาระยะเวลาของการเจ็บป่วย และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังต่อไปนี้

1.1 เพศ จะมีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตในเพศชายและเพศหญิง โดยจะเริ่มมีความแตกต่างกันในช่วงวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 18 ปี เพศชายจะมีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1994) และในระดับอายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิงจะมีอัตราการมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน (ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, 2549) โดยเพศหญิงมากกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ จะมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากเพศหญิงในวัยก่อนหมดประจำเดือนมีแนวโน้มของการทำงานของเรนินในกระแสโลหิตต่ำ และเรนินจะมามีการทำงานมากขึ้นภายหลังหมดประจำเดือนในเพศหญิง (Olson & Warren, 2000) และเพศที่ต่างกันจะมีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ต่างกัน (สุชาติพิชญ์ รุ่งเรือง อนันต์, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิราร์ดและคณะ (Girerd et al., 2001) ซึ่งศึกษาการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญจาริยะศิลป์ (2543) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ (2549) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 การศึกษา การศึกษาเป็นพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญเล็งเห็นประโยชน์ และแสวงหาความรู้ การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำเอาความรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ให้เกิดประโยชน์ นอกจากนั้นการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986) และจากการศึกษาของศิริรัตน์ (Sirirat, 2005) พบว่า ระดับการศึกษา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคิงเกสและลาเดนเพร่า (Kyngas and Lahdenpera, 1999) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี หรือสูงกว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

1.3 อายุ วัยผู้ใหญ่ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นอย่างช้า ๆ และสม่ำเสมอ โดยความดันโลหิตซิสโตลิก มีแนวโน้มสูงกว่าความดันไดแอสโตลิก ซึ่งค่าความดันปกติในวัยผู้ใหญ่จะมีค่า ประมาณ 130/ 85 มม.ปรอท (JNC, 2003) และในวัยผู้สูงอายุจะมีความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะ ความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด เมื่ออายุ 60 ปี จะมีความดันโลหิตประมาณ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท (บั้งอร ชมเดช, 2544) นอกจากนี้ อายุยังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมความดันโลหิต (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่า ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก และมีคุณวุฒิสูงกว่า ย่อมเข้าใจเหตุผล มีความอดทน และรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องมากกว่า แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของไฮแมนและเพวลิก (Hyman and Pavlik, 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่อายุมากกว่า 65 ปี จะรับการรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 87.6

1.4 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) พบว่าการ ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมานาน จะได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเป็นระยะ ๆ ทำให้มีความรู้เรื่องโรค การจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลา การเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปสามารถเรียนรู้ และมีประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้เหมาะสม มีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่าผู้ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลา 5 -10 ปี ได้พบแพทย์ พยาบาล ได้รับคำแนะนำตลอด และยังสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นอีก ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเป็น โรคที่น้อยกว่า

1.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ และสถานภาพสมรส และการ สนับสนุนทางสังคมเป็นต้น รายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการ ขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender, 2002) ซึ่งจากการศึกษาของ คิงเกสและ ลาเดนเพร่า (Kyngas & Lahdenpera, 1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แต่งงานแล้ว หรือ อาศัยอยู่กับครอบครัว มีความร่วมมือในการรักษา และควบคุมพฤติกรรมได้ดีกว่า คนที่เป็น โสด

หรืออยู่ตัวคนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อย ทำให้มีรายได้น้อยไม่เพียงพอในการมารับการรักษา จึงทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในด้านสถานภาพสมรส เป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความร่วมมือด้านพฤติกรรมมารับประทานยา และการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น (Sirirat, 2005)

2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ และสัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการศึกษาของ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการการรักษากับแพทย์มากกว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เนื่องจากมีयरักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพดีกว่า และได้ผลในการรักษามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สเวนสัน โจลล์เกรน โอล์เนอร์และเชลโจ (Swenson, Kjellgren, Ahlner, & Saljo, 2000) ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษา และการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อใจในความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

2.2 สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลงบุคลากรทางสุขภาพจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่เคยเปลี่ยนแปลงบุคลากรทางสุขภาพ (Ch Yiannakapolou, Papodopulos, Cokkins, & Mountokalakis, 2005) และจากการศึกษาของศิริมาต บุญประสาร (2544) ที่พบว่า สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี ศรีสันต์ (2552) ที่พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาโดยรวม โดยปฏิสัมพันธ์รายด้านที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอด้านการให้ยา ได้แก่ ด้านความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และด้านการให้ข้อมูลทางสุขภาพ และปฏิสัมพันธ์รายด้านที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอ ด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ด้านความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพและด้านการสนับสนุนทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และสภาพเศรษฐกิจสังคม ส่วนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้

ความสามารถของผู้ให้บริการ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ควรที่จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างเหล่านี้ในแต่ละบุคคลประกอบด้วย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

กู๊ด (Good, 1959) ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพไว้ในพจนานุกรมทางการศึกษาว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หลังจากการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ภายในซึ่งสังเกตไม่ได้โดยตรง หรือเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยการปฏิบัติ เป็นการกระทำออกมาให้สังเกตเห็นทางอ้อม

พาแรง (Palang, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นปกติ และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

วัลลา ตันตโยทัย (2543) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมถึง พฤติกรรมภายนอกที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึนึกคิดของบุคคล ปฏิบัติเพื่อดำรง รักษา ฟื้นฟูและป้องกันหรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น และมีความหมายพฤติกรรมในแง่ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและแสดงศักยภาพของมนุษย์

ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติจนเป็นแบบแผน ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันโรคแทรกซ้อน

สุภัสสร ชมภู (2551) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหมายถึง พฤติกรรม การกระทำหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยครอบคลุมในเรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเลือก การเตรียม การรับประทานอาหาร รวมทั้งความชอบ ความเคยชิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง (อรุณลดา นามเยี่ยม, 2550) ซึ่งถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี หรือสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือการควบคุมโรค ดังนั้นการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยในการ ควบคุมความดันโลหิต และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

หลักการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วยอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผักผลไม้ในปริมาณมาก ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง (JNC, 2003; ESH & ESC, 2007) มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง มีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และปฏิกริยาการตอบสนองของร่างกายในการปรับระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และทำให้ลดสมรรถนะของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง (Levine,200) ซึ่งการจำกัดเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวันอาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา จะลด ความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; JNC, 2003) การจำกัดโซเดียมโดยทั่วไปปฏิบัติในรูปแบบ การจำกัดเกลือแกงในอาหาร เกลือโซเดียมนอกจากอยู่ในรูปเกลือแกงแล้วยังอยู่ในรูปอาหารอื่น ๆ ด้วย ข้อเสนอแนะในการลดโซเดียม เลี่ยงการใช้อาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตมากที่สุด เช่น ไส้กรอก ไส้ฉ่ำ แหนม กุนเชียง ซุปสำเร็จรูป ขนมหกัธยารอบ ถั่วใส่เกลือ

- ลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงแต่งรสที่มีโซเดียมสูง เช่น เกลือ ซีอิ๊ว น้ำปลา ซอสหอยนางรม ซอสถั่วเหลือง ใช้สมุนไพรและเครื่องเทศในการเพิ่มรสชาติ

- อ่านฉลากโภชนาการในการเลือกซื้ออาหาร อาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่าควรมีโซเดียมน้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อหน่วยบริโภค

- เพิ่มเครื่องปรุงรสแต่น้อยในการปรุงอาหาร และเลี่ยงการเพิ่มรสเค็มในงานอาหารที่รับประทาน

- ลดการบริโภคอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป

- เลี่ยงอาหารหมักดอง และอาหารทำแห้งทุกชนิด เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เต้าเจี้ยว

ไข่เค็ม

- เลี่ยงโซเดียมจากซूपก้อนหรือผงชูรส ผงฟู

- อาหารแทบทุกชนิดมีปริมาณโซเดียมเล็กน้อยแตกต่างกัน หากมีปริมาณมากจะรับรู้ได้จากรสเค็ม นอกจากนี้ยังมีอยู่ในอาหารแปรรูปหรืออาหารชนิดอื่น อาหารที่มีโซเดียมจำแนกได้ดังนี้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543)

1.1 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยธรรมชาติเนื้อสัตว์จะมีโซเดียมมากกว่าพืช แต่ไม่มีรสเค็ม ทำให้ผู้บริโภคคิดว่าไม่มีโซเดียม

1.2 อาหารที่มีการถนอมอาหาร ส่วนใหญ่ในการแปรรูปอาหารมักใช้เกลือเป็นหลักในการปรุงรส เพื่อเก็บอาหารไว้ได้นาน เช่น อาหารหมักดอง อาหารแห้ง

1.3 เครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว ซอสถั่วเหลือง กะปิ ปลาร้า นอกจากนี้ซอสที่ไม่มีรสเค็ม เช่นซอสพริก ซอสมะเขือเทศ ก็มีโซเดียมจำนวนหนึ่งแต่ปริมาณไม่มากเท่า น้ำปลา

1.4 ผงชูรส เป็นสารที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบร้อยละ 15 อาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่ในท้องตลาดมักมีการใส่ผงชูรสเพื่อให้อาหารมีรสชาติมากขึ้น ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน

1.5 อาหารบรรจุกระป๋อง เช่น ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง หรือ ขนมกรอบที่เป็นถุง เช่น มันฝรั่งทอด อาหารเหล่านี้มักมีเกลือ หรือการใส่สารกันบูดซึ่งมีโซเดียมจำนวนมาก

1.6 อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊กสำเร็จรูป ซุป อาหารเหล่านี้มักใส่เครื่องปรุงเรียบร้อยแล้ว หรือมีเครื่องปรุงบรรจุซองที่มีผงชูรสผสมอยู่ด้วย

1.7 ขนมชนิดต่าง ๆ ที่มีการเติมผงฟู เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปัง รวมทั้งแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนมดังกล่าวจะมีโซเดียมผสมอยู่ในรูปผงฟู

1.8 เครื่องดื่มเกลือแร่ ซึ่งจะมีการเติมสารประกอบโซเดียม

2. เลือกอาหารที่มีแคลเซียมสูง

จากการศึกษาพบว่า แคลเซียมมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความดันโลหิตได้ ถ้ารับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงถึงวันละ 1,000 มิลลิกรัม จะเน้นการดื่มนมสม่ำเสมอวันละ 2 แก้ว หรือดื่มนมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียม และอาหารอื่น ๆ ที่มีแคลเซียมสูง จะทำให้ได้แคลเซียมเพียงพอ กับที่ร่างกายต้องการ เช่น ปลาที่รับประทานได้ทั้งกระดูก ผักสีเขียวเข้ม ชีสหรือเนยแข็ง กุ้งฝอย เต้าหู้แข็ง ถั่วเมล็ดแห้งหรือถั่วเปลือกแข็ง งาม เป็นต้น

3. การบริโภคผัก ผลไม้เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีสารอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตได้ กล่าวคือ

3.1 มีโพแทสเซียมสูง ซึ่งปริมาณโพแทสเซียมภายในร่างกายต้องสมดุลกับปริมาณ โซเดียม การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงจะช่วยปรับสมดุล โซเดียม ซึ่งจะช่วยลด ความดันโลหิตได้

3.2 มีแมกนีเซียมสูง ซึ่งช่วยในการลดความดันโลหิต แมกนีเซียมมีมากในผักใบเขียว และถั่วต่าง ๆ

3.3 มีกากใยอาหารสูง ช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด

3.4 มีสารต้านอนุมูลอิสระ อนุมูลอิสระเปรียบเสมือนสารพิษที่ร่างกายจะต้องขจัด ออก เพราะเป็นบ่อเกิดของความเสื่อมของปัญหาสุขภาพต่างๆของร่างกาย เช่น อาการแก่ก่อนวัยอันควร โรคกระเพาะ ไขมันในเลือดสูง สารต้านอนุมูลอิสระเหล่านี้ ได้แก่ บีตาแคโรทีน วิตามินซี วิตามินอี ซีลีเนียม สารเหล่านี้ช่วยลดโคเลสเตอรอลและลดอนุมูลอิสระในร่างกาย

3.5 มีสารต้านออกซิเดชัน ซึ่งเกี่ยวกับการทำงานของระบบเลือด การคลายตัวของ กล้ามเนื้อ และการหดตัวของผนังหลอดเลือด มีผลในการลดความดันโลหิต ข้อเสนอในการ รับประทานผักผลไม้ของอาหาร DASH คือ รับประทานผักวันละ 1½ - 2½ ถ้วยตวง ผลไม้วันละ 2 - 3 ถ้วยตวง (1 ถ้วยตวงประมาณ 1 กำปั้นผู้ใหญ่) นอกจากนี้สมุนไพรบางชนิดจะมีผลในการลดความ ดันโลหิตได้ เช่น หอม และกระเทียม มีสารหลายชนิดที่ช่วยในการคลายตัวของกล้ามเนื้อ คลายตัว ของหลอดเลือด ช่วยลดความดัน ซึ่งกระเทียมสดจะมีผลมากกว่ากระเทียมสกัด และผักชีมีสารช่วย ลดความดันโลหิตได้เช่นกัน

4. ลดอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันชนิดอิ่มตัว ควรหลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารที่ใส่กะทิ เลือกรับประทานเนื้อล้วน เนื้อสัตว์ติดมัน เป็นแหล่งของกรดไขมันอิ่มตัว ซึ่งเป็น ตัวเร่งปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรเลือกรับประทานปลาให้บ่อยขึ้น เพราะปลามีกรดไขมัน อิ่มตัวต่ำ ถ้าเป็นปลาทะเลมีกรดโอเมก้า 3 ในปริมาณสูง

5. กรดโอเมก้า 3 หรือน้ำมันปลา การรับประทานปลาทะเลลึกปลาห้ำละ 2-3 ครั้ง จะช่วยให้ได้รับกรดโอเมก้า 3 เพียงพอ ช่วยลดการจับตัวของเกร็ดเลือด ลดความดันโลหิต และลดไตรกลีเซอไรด์ได้ ปลาทะเลที่มีกรดโอเมก้า 3 สูงได้แก่ ปลาทู ปลากระพง ปลาทูน่า เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยควบคุมความดันโลหิต และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ((ESH&ESC, 2007) มีข้อปฏิบัติดังนี้

1. ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic or isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เป็นการออกกำลังกายชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายชนิดนี้มีประโยชน์ทำให้ประสิทธิภาพของร่างกายดีขึ้น ได้แก่ การเดิน การขี่จักรยาน การวิ่ง ว่ายน้ำ หรือเต้นรำ เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ คือ เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นเร็วถึงอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับปานกลาง ประมาณร้อยละ 50 - 85 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Duration of exercise) โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 15 - 40 นาที ในการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความทนทานของปอดและหัวใจ ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที เวลาที่เหมาะสม คือ หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือในช่วงเย็นก่อนอาหาร 30 นาที หรือหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ (จุใจ ชัยวานิชศิริ, 2546) ดังนี้

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที ลักษณะของ การออกกำลังกายที่ใช้อบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและระบบต่าง ๆ ทำงานประสานกันดีขึ้น ป้องกันการเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อแบบไม่ใช้ออกซิเจน

3.2 ระยะออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความคงทน เป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาทีจะช่วยทำให้หัวใจและปอดมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น

3.3 ระยะชะลอการออกกำลังกาย เป็นระยะผ่อนคลายโดยออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

4. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise) ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เว้นห่างไม่มากเกินไปกว่า 2 วัน หรืออย่างน้อย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์

5. ควรมีการประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่รุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ควรออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ หรือหากมีอาการต่อไปนี้เป็นไข้ เจ็บแน่นหน้าอก มีการบวมอักเสบของร่างกาย ไม่ควรออกกำลังกาย

6. ขณะออกกำลังกายมีอาการผิดปกติเช่น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม เหนื่อยมาก ต้องหยุดออกกำลังกายทันที

7. ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก สวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม สะดวกสบายต่อการเคลื่อนไหว

สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรมีการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การรำมวยจีน การปั่นจักรยาน เพราะการออกกำลังกายแบบนี้ทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เป็นการเพิ่มความสามารถการทำงานของหัวใจและปอด ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อดีขึ้น โดยมีความหนักเบาร้อยละ 40 - 60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ใช้เวลา 20 - 40 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยมีความถนัด มีความสนใจ และเหมาะกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ปรีศินี ศรีกัน, 2547)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การลดการดื่มแอลกอฮอล์และการควบคุมน้ำหนัก มีข้อปฏิบัติดังนี้

1. งดการสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลังอดรีนาลีน มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น การสูบบุหรี่อาจไม่มีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต แต่เป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ หัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดของการตีบแคบของหลอดเลือดมีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่จะมีการทำลายผนังหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง อีกทั้งยังลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตที่รับประทานร่วมด้วย กลยุทธ์ในการเลิกบุหรี่มีหลายวิธีทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางอ้อมได้แก่ การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ในสังคม ส่วนทางตรงได้แก่ การพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ โดยการโน้มน้าวและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลัวตาย และต้องการที่จะเลิกบุหรี่ขึ้นเอง กำลั้งใจ (วารสารณ์ ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546) แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ได้มีผู้คิดค้นหาแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่หยุดสูบก้นมากมายหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีแนวทางที่คล้ายคลึงกัน มีหลักปฏิบัติดังนี้

1.1 หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องสูบบุหรี่ เช่น สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด สถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เช่น ระหว่างการดื่ม การดูทีวี จำเป็นต้องสร้างกำลังใจให้เข้มแข็งและหากิจกรรมอื่นๆมาประกอบเพื่อให้ลืมเรื่องบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากนักสูบทั้งหลาย หรือ ไม่ก็ชักชวนเพื่อน ๆ ที่ใกล้ชิดมาเลิกบุหรี่พร้อม ๆ กันเพื่อเป็นกำลังใจ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546)

1.2 หาสิ่งที่จะมาทดแทนการสูบบุหรี่ โดยการออกกำลังกาย หรือใช้เวลาว่าง ช่อมแซมสิ่งต่าง ๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน ในสถานที่ที่มีผู้คิดจะเลิกและตั้งใจแน่วแน่ก็ควรจัดตั้ง ชมรมผู้งดสูบบุหรี่เพื่อเป็นกำลังใจให้กันและกัน หรือ ไปอยู่ในที่ห้ามสูบบุหรี่ก็จะช่วยได้ในเวลาที่อยากสูบบุหรี่ ใจ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546)

1.3. การต่อสู้ทางจิตวิทยา โดยการควบคุมความคิดให้ห่างไกลจากการสูบบุหรี่หรือพยายามระงับความคิดนั้นทันทีที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ต้องค่อย ๆ ฝึก โดยให้คิดหรือทำอย่างอื่นทดแทน หรือการถ่วงเวลา ถ้าเมื่อใดนึกอยากสูบบุหรี่ก็หยิบงานอื่นที่ด่วนหรืองานที่ชอบทำขึ้นมาอ้าง โดยผลัดกับตนเองว่าเอาไว้เสร็จงานก่อนจึงจะสูบ ในที่สุดก็จะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ใจ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546) จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น สิ่งสำคัญอยู่ที่ผู้สูบบุหรี่ต้องมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีการตัดสินใจ มีกำลังใจเข้มแข็ง มีความพยายาม ความอดทน และเห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถเลิกสูบบุหรี่ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาแล้วจะสามารถลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้

2. การจำกัดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ในผู้ชายไม่ควรดื่มเอทานอล 30 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร หรือวิสกี้ 150 มิลลิลิตรและผู้หญิงหรือผู้ที่ มีน้ำหนักตัวน้อยถือเกณฑ์ลดปริมาณลงครึ่งหนึ่งของผู้ชาย เนื่องจากปริมาณดังกล่าวไม่มีผลต่อการเพิ่มของความดันโลหิตและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (JNC, 2003) ผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และลด ประสิทธิภาพการรักษาความดันโลหิต ซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (JNC, 2003)

3. การลดการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง เนื่องจากในชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ที่มีคาเฟอีนอยู่ ซึ่งคาเฟอีนจะมีผลเพิ่มความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (JNC, 2003) โดยจะไปกระตุ้น การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และจากรายงานการศึกษาในผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 - 3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าจะทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจ บีบตัวเพิ่มขึ้น 5 - 15 มิลลิเมตรปรอทภายในเวลา 15 นาที และจะคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง (Norton, 1995)

4. การควบคุมน้ำหนัก ให้มีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.5- 24.9 การควบคุมน้ำหนักจะช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น พบว่าการลดน้ำหนัก 4.5 กิโลกรัม จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิกได้ 7 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยการจำกัดแคลอรีและการออกกำลังกายควบคู่กันไปโดยควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ไขมันต่ำ และรับประทานผักและผลไม้ระหว่างมื้อ ควรดื่มนมหวาน ของขบเคี้ยว ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก และมีความคิดเชิงบวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมจัดการความเครียด

ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน (JNC, 2003) เพราะเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งฮอว์โมนอิพิเนพรีน ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารเรนิน ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัวและต่อมหมวกไตสร้างสารอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการดูดซึมน้ำโซเดียมกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Linden, Lenz, & Con, 2001)

สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงความเครียดที่เกิดขึ้น มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยกระตุ้นการหลั่งอิพิเนพรีนและนอร์อิพิเนพรีนจากต่อมหมวกไต ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง จากการที่อยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลให้บาโรเรเซพเตอร์ (Baroreceptor) ซึ่งทำหน้าที่ปรับความดันโลหิตให้เป็นปกติ มีการส่งกระแสประสาทผ่านประสาททากัส (Vagus nerve) ทำให้มีการทำงานลดลง ส่งผลให้ร่างกาย ปรับระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้นกว่าเดิม (สุพรัช กองวัฒนากุล, 2542) การจัดการด้านความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ใช่การระงับความเครียดหรือหลีกเลี่ยงความเครียด แต่เป็นการปรับตัวและการเผชิญความเครียดโดยไม่มีผลด้านลบ สามารถตระหนักถึงความเครียดที่มากเกินไป อาการที่แสดงออกว่าเครียด เช่น รู้สึกหงุดหงิด ไม่มีความสุข เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และการเรียนรู้วิธีปรับตัวของตนเอง และวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง (อุดมลักษณ์ จำสัจย์, 2550) โดยเน้นในเรื่องการลดสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดความเครียด และต้องให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้แนะนำวิธีผลคลายความเครียด ออกเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การคลายความเครียดในภาวะปกติ เป็นวิธีการคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติ

โดยมักเลือกวิธีที่เคยชิน ชอบหรือสนใจ เพื่อให้ความเครียดลดลง หรือสบายใจมากขึ้น เช่น การหยุดพักการทำงานหรือกิจกรรมที่กำลังกระทำอยู่นั้นชั่วคราว ลุกเดินไปห้องน้ำ ยืดเส้นยืดสาย สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ก็จะทำให้ผ่อนคลายมากขึ้น การทำงานอดิเรกที่สนใจและชื่นชอบ จะทำให้มีความสุข เพลิดเพลิน ลืมความเครียดที่มีอยู่ไปได้ขะหนึ่ง การเล่นเกมกีฬา หรือการบริหารร่างกาย การพบปะสังสรรค์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การเปลี่ยนบรรยากาศไปท่องเที่ยว หลีกเลี้ยงบรรยากาศที่จำเจไปชั่วคราว สิ่งสำคัญ คือ การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เล่นการพนัน การเที่ยวกลางคืน หรือการใช้สารเสพติด เพราะนอกจากทำให้เสียสุขภาพแล้วยังอาจทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมามากมาย เช่น เสี่ยงทรัพย์สินเงินทอง เกิดความขัดแย้ง ไม่เข้าใจกับคนในครอบครัว เป็นต้น

ระดับที่ 2 การคลายความเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง เมื่อมีความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง จิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบ ซึ่งมีวิธีง่าย ๆ และสามารถทำได้ด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

การผ่อนคลายความเครียด สามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้ (วรวรรณ พุททวงศ์, 2548)

1. การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal or diaphragmatic) การหายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยขณะหายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออก และยุบลงขณะหายใจออก เพื่อให้อากาศที่หายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

2. การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่ให้ความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใด สิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง การกำหนดสติ เป็นการมีสติรับรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย เป็นต้น

3. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ตรวจวัดการทำงานของร่างกายและป้อนกลับ ในรูปของการมองเห็นหรือได้ยินเสียง (Biofeedback) เพื่อให้ผู้ใช้สามารถทราบได้ว่าร่างกายมีความเครียดมากน้อยระดับใด โดยใช้ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีอื่น เช่น การใช้จินตภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะที่ตามปกติอยู่เหนือการควบคุม เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เป็นต้น

4. การออกกำลังกาย โดยไม่มุ่งการแข่งขันเอาชนะหรือเพื่อทำให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น กระทำตามวิธีที่ตนพอใจและทำสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

5. การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่

5.1 การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ ที่ประทับใจในชีวิตหรือภาพที่รื่นรมย์ (Visualization) ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

5.2 การนวด เป็นการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว

5.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน (Progressive muscle relaxation) มี 2 ประเภท คือ

5.3.1 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (Active Progressive Muscle Relaxation (PMR)) เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่าง ระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย และผ่อนคลายไปทั่วทุกส่วน

5.3.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อนำก่อน

6. การสะกดจิต เป็นการแบ่งแยกการรับรู้ของสมอง โดยมีฉนวนจากการสะกดจิตมากขึ้น ขวางระหว่างส่วนที่รับรู้ความรู้สึกจากสภาพความเป็นจริง กับส่วนที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทำให้การส่งสัญญาณการกระตุ้นขาดหาย ผู้ถูกสะกดจิตจึงเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย ซึ่งอาจทำโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือสะกดจิตด้วยตนเอง

พฤติกรรมกรับประทานยา

ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความดันโลหิต คือลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total peripheral resistance) เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Baroreceptor reflex) เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งการใช้ยานั้น แพทย์ผู้รักษาจะเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งต้องมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติ จึงพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 55.4 ไม่รับประทานยาลดความดันโลหิต (วารรัตน์ เหล่านภากุล, 2546) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสบายดี มีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการลืมรับประทานยา หยุคยา ลดหรือเพิ่มยาเองโดยปรับตามความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552; Burnier, 2000) และพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจาก ขาดความร่วมมือในการรักษา และในการรับประทานยา (Burnier, 2000)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์กำหนด ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ได้รับยาเกินขนาด หรือปริมาณยาไม่เพียงพอแก่การรักษา ไม่หยุคยาเองถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่าการดีขึ้น ควร ไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาในการนัดครั้งต่อไป ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง หรือนำยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนอื่นมารับประทาน

หรือนำยาลดความดันโลหิตสูงของตนเองไปให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนอื่น ที่มีลักษณะอาการคล้ายตนเอง เพราะยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายแตกต่างกัน และให้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน และผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ขนาดและปริมาณยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน โดยการรับประทานยา ควรรับประทานยาให้ตรงตามเวลา และหากลืมรับประทานยาให้ รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาในมือนั้นและรับประทานยาในมื้อต่อไปตามปกติ โดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า ควรสังเกตอาการผิดปกติ หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อที่จะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไขได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตอาจทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงได้ ซึ่งจะมีอาการหน้ามืด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อเกิดอาการดังกล่าว ควรหยุดพักเวลาเปลี่ยนท่า นั่ง หรือท่านอนควรทำอย่างช้า ๆ ยกขาสูงกว่าศีรษะ งอกล้ามเนื้อต้นขา และงอเข่าขึ้น จะช่วยทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการยืนอยู่เฉย ๆ นาน ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังรับประทานยา 1-2 ชั่วโมง เพราะการยืนนาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดที่ขาขยายตัว เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ซึ่งควรแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการดังกล่าว เพื่อที่แพทย์จะได้พิจารณาปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องกระทำ เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ในการควบคุมความดันโลหิตและกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีความสุข

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการประเมินพฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ วิธีการประเมินโดยตรง และวิธีการประเมินทางอ้อม (Cone, 1978 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนี้

1. วิธีการประเมินโดยตรง (Direct method of assessment) ประกอบด้วย

1.1 การสังเกตพฤติกรรม (Observation)

การสังเกตพฤติกรรม จัดได้ว่าเป็นวิธีการประเมินที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมนี้สามารถดำเนินการได้ใน 2 สภาพการณ์ คือในสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาติ และ

ในสภาพการณ์ที่จัดขึ้นที่คลินิก ไม่ว่าจะทำการสังเกตในสภาพการณ์ใดก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ผู้สังเกตจะต้องพึงระวัง คือการเข้าไปเกี่ยวข้องกับตัวในสภาพการณ์นั้น เพราะอาจมีผลต่อการแสดงออกของผู้ถูกสังเกตได้

1.2 วิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-monitoring)

การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ผู้ถูกปรับพฤติกรรมจะต้องเป็นผู้ดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองทั้งหมด การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองอาจนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรม ที่ตนเองกำลังสังเกตและบันทึกอยู่ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น แต่นักปรับพฤติกรรมจะต้องตระหนักว่าจะใช้การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมเพื่อเป้าหมายใด เพราะถ้าจะใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมของบุคคลก่อนดำเนินการปรับพฤติกรรมอาจไม่เหมาะสมนัก เพราะอาจเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ แต่ถ้านำเอาการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิกิริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ก็อาจเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมได้

1.3 การวัดผลที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม (Measurement of product)

การวัดผลที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก เนื่องจากไม่จำเป็นต้องฝึกผู้สังเกตหรือผู้รวบรวมข้อมูลเป็นกรณีพิเศษ เพียงแต่นำผลจากการกระทำพฤติกรรมของบุคคลมาบันทึกรวบรวมเท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องไปเกี่ยวข้อง หรือรบกวนการกระทำของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ถ้าต้องการดูว่าผู้ป่วยโรคจิตสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด ก็ดูจากจำนวนก้นบุหรี่ในที่ทิ้งบุหรี่ในแต่ละวัน

1.4 การวัดทางสรีระ (Physiological measures)

การวัดทางสรีระนั้นมีวัตถุประสงค์ที่จะดูการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ การวัดทางสรีระมีจุดเด่นอยู่ตรงที่ผลที่ได้จากการวัด นั่นคือ ผู้ถูกวัดจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของตนเองทันที อีกทั้งผลที่ได้นั้นค่อนข้างจะมีความเที่ยงสูง

การวัดทางสรีระที่นิยมใช้กันมากในการประเมินพฤติกรรม คือ การวัดระบบการทำงานของหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ การเต้นของหัวใจ การเต้นของชีพจร ความดันโลหิต และระบบการหายใจ เป็นต้น

2. วิธีการประเมินทางอ้อม (Indirect method of assessment) ประกอบด้วย

2.1 การสัมภาษณ์ (Interview)

การสัมภาษณ์ จัดเป็นการประเมินทางอ้อมที่มีความสำคัญอย่างมากในการประเมินและวิเคราะห์พฤติกรรม เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น ที่จะนำไปกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย

เพื่อกำหนดขอบเขต ในการรวบรวมข้อมูล และเป็นแนวทางในการดำเนินการปรับพฤติกรรมต่อไป ในอนาคต โดยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมนั้น จะเน้นถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ สภาพการณ์ที่บุคคลกระทำและการตอบสนองของบุคคลอื่น

2.2 การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (Information from other people)

การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น จะใช้ในกรณีที่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากบุคคล ที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยตรง จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลที่จะได้รับการปรับพฤติกรรม บุคคลเหล่านี้อาจเป็น ผู้ปกครอง สามี ภรรยา ญาติ เป็นต้น ซึ่งวิธีการการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นนี้ ส่วนใหญ่แล้วมักจะใช้การสัมภาษณ์เป็นหลัก

2.3 การรายงานตนเอง (Self report)

การรายงานตนเอง เป็นการที่บุคคลบอกว่าเขาสนใจอะไร มีเจตคติอย่างไร ตลอดจน มีความรู้สึกนึกคิดอย่างไร เป็นต้น วิธีการที่ใช้ในการรายงานตนเองนั้น ส่วนใหญ่มักจะใช้การทดสอบทางจิตวิทยา แบบสอบถาม หรือไม่กี่ให้จดบันทึกประจำวัน

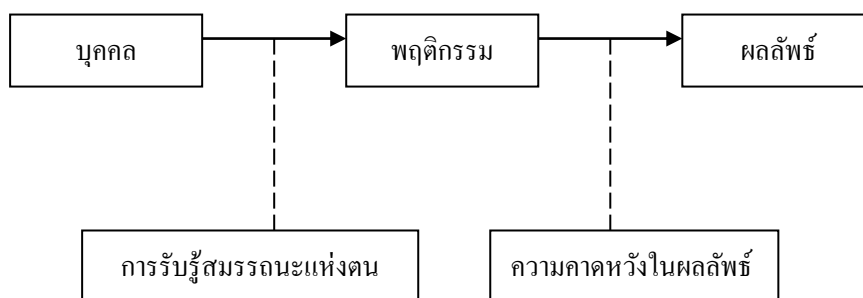
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประเมิน พฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทางตรง คือ การให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-monitoring) ลงในแบบบันทึกการติดตามตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกผลการปฏิบัติตนที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม และมีการวัดทางสรีระ คือ มีการประเมินความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และ ระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินพฤติกรรมทางอ้อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัย ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุภัทสร ชมภู (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ มีความครอบคลุม พฤติกรรมสุขภาพทุกด้านของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน คือ ด้าน การรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจตามนัด ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตรา ส่วนแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งได้นำไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิต สูงจำนวน 60 รายที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .76

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy theory) เป็นแนวคิดของ Albert Bandura (Bandura, 1997) โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อารมณ์ ความเชื่อ ปัญหา และชีวภาพส่วนบุคคล โดยทั้งพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมต่างมีปฏิสัมพันธ์กัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal determination) จากแนวคิดนี้ Bandura เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคล มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใด ก็จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น

Bandura (1997) ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิดหลัก 2 แนวคิด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของบุคคลต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997, p 22)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self efficacy)

เป็นความเชื่อมั่น หรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นการประเมินความสามารถทางการปฏิบัติของตนเองของแต่ละบุคคล (Operative capabilities) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลที่มีความสามารถไม่แตกต่างกัน อาจได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ถ้าหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกัน หรือในบุคคลเดียวกัน ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาพการณ์ที่ต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกัน

ความสามารถของบุคคลนั้นสามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่แสดงออก (Bandura, 1997) กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความอดทน ความพยายาม และประสบความสำเร็จได้

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation)

เป็นการคาดคะเนหรือการตัดสินใจของบุคคลว่า ผลลัพธ์ใดที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรม เมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งบุคคลคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจหรือความเชื่อมั่นของบุคคลว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ การที่บุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ถ้าบุคคลนั้นไม่มีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนร่วมด้วย

บุคคลอาจเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมบางอย่างอาจจะให้ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ แต่อาจจะไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนถ้ามีอยู่สูง จะเป็นตัวกำหนดการริเริ่มและความพยายามในการกระทำพฤติกรรม โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและคงพฤติกรรมนั้นไว้ ถึงแม้ผลลัพธ์ที่คาดหวังจะไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการ ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ แม้ว่าจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงหรือต่ำ บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล จึงเป็นสิ่งสำคัญในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Bandura, 1997)

ถึงแม้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แต่ไม่ได้หมายความว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว การกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยทั้ง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทักษะหรือความสามารถของบุคคล รวมทั้งการเสริมแรงที่เพียงพอร่วมด้วย (อาภรณ์ ดินาน, 2551)

มิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 3 มิติ ซึ่งต่างก็มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) ดังนี้

1. มิติตามระดับความยากง่าย (Level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะรู้สึกว่าคุณสามารถกระทำได้เฉพาะพฤติกรรมที่ง่ายๆ ส่วนบุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะสามารถกระทำได้ แม้แต่สิ่งที่ยากที่สุด

2. มิติความครอบคลุม (Generality) เป็นการที่บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากประสบการณ์ที่บุคคลประสบผลสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมในอดีต มาสู่สถานการณ์ปัจจุบันที่คล้ายคลึงกัน จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

3. มิติความเข้มแข็ง (Strength) เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลตามความเข้มแข็งอดทนของบุคคล บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูง บุคคลนั้นจะมีความเพียรพยายามในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนน้อย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ทำให้ประสบความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมได้ง่าย

การสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)

เป็นวิธีที่มีอิทธิพล และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพราะมีพื้นฐานจากประสบการณ์ตรงของตนเอง การที่บุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้สูงขึ้นได้ (Bandura, 1997) การประสบความสำเร็จจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ในทางตรงข้ามความล้มเหลวที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง โดยเฉพาะเมื่อความล้มเหลวที่เกิดขึ้นทั้ง ๆ ที่ได้ใช้ความพยายามอย่างมาก แต่ถ้าบุคคลได้พัฒนาสมรรถนะแห่งตนจากความสำเร็จซ้ำ ๆ อย่างแข็งแกร่งแล้ว ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในบางครั้ง มักไม่ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนั้น นอกจากนี้ถ้าบุคคลสามารถเอาชนะความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นได้ในภายหลัง จะยังสามารถภูมิใจให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น ดังนั้นผลกระทบของความล้มเหลวต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงขึ้นอยู่กับเวลาและแบบแผนทั้งหมดของ ประสบการณ์ที่ล้มเหลวนั้น (อาภรณ์ ดินาน, 2551) ดังนั้นจึงควรมีส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการฝึกทักษะอย่างถูกต้องและเพียงพอที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพเหล่านั้นให้บรรลุเป้าหมายได้ ทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

2. การได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น (Vicarious experiences)

เป็นการได้เห็นแบบอย่างการกระทำ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพฤติกรรมของตนเองแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของตนเอง และรู้ว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ซึ่งตัวแบบอย่างมี 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Living modeling) คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ทำให้บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ข้อดีคือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ตามธรรมชาติได้ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงจะกระตุ้นความสนใจได้มากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์

ลักษณะของตัวแบบบุคคลที่ดี ควรจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ เพราะจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และตนเองสามารถทำได้ เพราะมีความคล้ายคลึงกับตนเอง ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงพอสมควรในสายตาผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไป ผู้สังเกตอาจคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่อาจเป็นจริงได้สำหรับตนเอง มีระดับความสามารถใกล้เคียงหรือสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อย จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สังเกตมากที่สุด และควรมีลักษณะอบอุ่นเป็นกันเอง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยู โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ ข้อความ เป็นต้น การนำเสนอตัวแบบวิธีนี้ จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ตรงกับความต้องการ มีความชัดเจน หรือเน้นจุดสำคัญที่ต้องการนำเสนอ สามารถนำไปใช้ในสถานที่ต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลจำนวนมากหรือหลาย ๆ ครั้งได้

การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจ และสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมตัวแบบ จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น เป็นต้น และประสบการณ์เดิม ความแตกต่างทางสติปัญญาของผู้สังเกต จะทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรม และตีความสิ่งรับรู้จากการสังเกตได้แตกต่างกัน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบ ในรูปแบบของสัญลักษณ์ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของหลักการและแนวคิด โดยการจัดโครงสร้างทางปัญญาเพื่อง่ายต่อการจดจำ

3. กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้ว จะมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความจูงใจในการกระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น รางวัล สิ่งของ การยกย่องชมเชย

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)

เป็นการชักจูง การพูดให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยุ่งยากที่จะตัดลึนความสามารถของตนเอง การชักจูงเป็นวิธีที่ง่ายและนิยมใช้ คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะชักจูง แนะนำ อธิบาย ทำให้เกิดกำลังใจ แต่จะมีผลระยะสั้นๆ และมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบ ความสำเร็จ และแบ่งวิธีการใช้คำพูดชักจูง เป็น 4 วิธี คือ การแนะนำ การกระตุ้นหรือชักจูง การชี้แนะและการอธิบาย

4. สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states)

การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้นั้น บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และมีอารมณ์ทางบวก เช่น ความตื่นตื้น จึงจะส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ควรสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่น การศึกษาของอดุมลักษ์ณ์ จำสัดย์ (2550) เรื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาความสามารถแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถแห่งตน ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทั้ง 4 วิธี ตามแนวคิดของแบนคูรา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และสามารถลดความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรัพย์ทรงวง จอมพงษ์ (2546) ที่ได้ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ครั้ง ใช้เวลาทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นว่า หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองที่เหมาะสมแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดมั่นใจในการจัดการตนเองและการกระทำพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ในการศึกษารั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือความเชื่อมั่น หรือการตัดสินใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นการประเมินความสามารถทางการปฏิบัติของตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน โดยใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถ

ของตนเอง โดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ การกระทำที่ประสบผลสำเร็จของตนเอง ประสบการณ์ของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และความพร้อมของสภาพร่างกายและอารมณ์ ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่สูง จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและมีความสามารถในการจัดการตนเองที่เหมาะสม และจะส่งผลให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมั่นใจและสม่ำเสมอต่อเนื่องมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองทั้ง 4 วิธี โดยการประสบการณ์การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง คือ การให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและกลวิธีการจัดการตนเอง และลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองและกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน เพื่อควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยมีการฝึกตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพง่าย ๆ ก่อน และการได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น ใช้ทั้งตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ โดยตัวแบบที่มีชีวิต คือผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้กระทำพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเรื่องหรือควบคุมความดันโลหิตได้ประสบผลสำเร็จ ให้ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ในแต่ละครั้งที่ทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นแบบอย่างและเปรียบเทียบกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ได้เหมือนกัน และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ทั้งสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูง โดยการแนะนำ การกระตุ้น และการอธิบาย ชี้แนะ ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ได้ตระหนักและมองเห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และใช้คำพูดชื่นชม เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อมีอุปสรรคและไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่ง ที่มีการพัฒนาและนำไปใช้ในหลากหลายสาขาวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด (Tobin et al., 1986) ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมาย และคำจำกัดความของการจัดการตนเองที่แตกต่างกันออกไป ในปัจจุบันจึงยังไม่มีผู้ให้ความหมายที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันดังนี้

ความหมายของการจัดการตนเอง

Tobin et al (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง โดยร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการรับรู้ข้อมูลใหม่เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความร่วมมือและสมัครใจของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมดูแลตนเองด้วย

การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง (Kanfer & Goldstein, 1991)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญคือการกำกับตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต, 2541)

กล่าวโดยสรุป การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการการเรียนรู้ การกระทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย โดยเกิดจากความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพ และสมัครใจของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรม

การจัดการตนเองเป็นเทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกันระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยจะมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลา ในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1997) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้แล้วแม้จะไม่มีการแสดงออกก็ตาม การเปลี่ยนแปลงภายในนั้นคือปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก แต่ในทฤษฎีของแบนดูรา ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา

ต่อมามีการพัฒนาโดยโทริเซนและเคอร์มิล เกรย์ (Trosesen & Kirmil-Gray, cited in Tobin et al., 1986) ซึ่งเห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่ง เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Tobin et al., 1986)

การจัดการตนเอง ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมีลักษณะดังนี้ (Tobin et al., 1986)

1. เป็นกระบวนการที่มีทิศทางของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ผลที่ได้จากกระบวนการประเมินได้จากความพึงพอใจ หรือความทนต่อความเจ็บปวดที่นานขึ้น
2. มีรูปแบบที่เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งหมายรวมถึงการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติเพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
3. เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและพฤติกรรม

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการจัดการในการดูแลสุขภาพที่เป็นพลวัตร ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องดำเนินไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับความสามารถและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับต้องมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปรับใช้ในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงจะทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยประสบความสำเร็จ (Connelly, 1993)

การจัดการตนเองในโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้มากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Clark et al., 1991) โดยมีส่วนประกอบคือ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดงและแนวทางการรักษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพ กิจกรรมที่กระทำมุ่งเน้นให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคได้ และต้องใช้ทักษะที่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ทางจิตสังคมที่เพียงพอ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มุ่งเน้นเพื่อลดผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น โดยบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Bartholomew, Parcel, Swak, & Czyzewski, 1993) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการจัดการตนเองที่ดีมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน อัตราตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ การกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยบุคคลเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการตั้งเป้าหมาย วิธีการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น โดยร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ การป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค มีทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การติดตามพฤติกรรม และประเมินผลพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งสามารถหาทวิวิธี

ในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ในบริบทที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง

กลวิธีการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้น บุคคลจะต้องมีวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งได้มีผู้เสนอกลวิธีต่างๆ ไว้หลายวิธี กลวิธีหนึ่งที่ใช้ได้ผลได้แก่ การกำกับตนเองตนเอง (Self-Regulation) ซึ่งแคนเฟอร์และโกลสไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) ได้นำเสนอไว้ โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งถูกกระตุ้นมาจากความชอบ หรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น เพราะมีการบังคับควบคุมตนเอง และตั้งเกณฑ์มาตรฐานภายในตนเอง สะท้อนให้เห็นโดยการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการกระทำพฤติกรรม ซึ่ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) มีรายละเอียดดังนี้

การติดตามตนเอง (Self monitoring) หรือการเตือนตนเอง เป็นขั้นตอนของการตั้งเป้าหมาย รวมถึงการรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความรู้สึกตอบสนองที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ รวมถึงขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบ พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตามและบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วยการเตือนหรือติดตามด้วยตนเอง

ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิช, 2550)

1. เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน
2. จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน
3. กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก
4. ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
5. แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน
6. วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

ประโยชน์ของการติดตามตนเอง คือเป็นการให้ข้อมูลต่อตนเอง การสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ พฤติกรรมไปในทิศทางใด และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยถ้าบุคคลมีการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง บุคคลจะพยายาม

แสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย และถ้าทราบว่าพฤติกรรมแตกต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมมาให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

การประเมินตนเอง (Self evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบการกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเอง กับเกณฑ์มาตรฐานหรือ เป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง (Kangchai, 2002)

การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) คือข้อตกลงในรูปแบบที่แต่ละบุคคล ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับทำให้รางวัลหรือการลงโทษ และต้องต่อสู้กับพลังอำนาจของตนเอง ในการอยากที่จะกระทำพฤติกรรมอื่น การเสริมแรงตนเองเป็นการเสริมแรงจากภายใน การควบคุมการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นการปิดบังซ่อนเร้นหรือเปิดเผยก็ได้ การเสริมแรงในตนเองเป็นความหนักแน่นในตนเองอยู่แล้วและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในด้านตรงข้ามกับการเสริมแรงจากภายนอก คือการพยายามต้านทานสิ่งล่อใจจากภายนอก โดยการให้การเสริมแรงตนเองเป็นเครื่องมือสำหรับทำพฤติกรรมให้สำเร็จ ส่วนการลงโทษตนเองใช้ในการใช้ในการเบี่ยงเบนหรือลดความต้องการสิ่งล่อใจ การเสริมแรงเป็นหน้าที่ของบุคคลในการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในการกระทำกิจกรรม ซึ่งถือเป็นการยืดระยะเวลาของการเสริมแรง หรือการเสริมแรงในทันที สำหรับพฤติกรรมที่ตนเองเลือกทำอย่างเต็มใจให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมสำเร็จ

การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเสริมแรงที่มีผลทำให้ พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงมีความถี่เพิ่มขึ้น
2. การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวนั้นสามารถถอดถอนจากสิ่งรบกวนที่ไม่พึงพอใจออกมาได้

การเสริมแรง ควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี ควรเป็นวิธีที่ง่าย และทำให้ตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการเสริมแรงแก่ตนเอง เพราะบุคคลอื่นไม่สามารถทราบได้ว่าบุคคลนั้นต้องการแรงเสริมหรือไม่ ในการเสริมแรงที่ดีที่สุด คือต้องเสริมแรงทันทีหลังการกระทำกิจกรรมที่เหมาะสม (สุภัสสร ชมภู, 2551) ตัวอย่างเช่นการให้ข้อเสนอที่เป็นพิเศษแก่ตนเอง เช่น การไปชมภาพยนตร์ หรือเป็นความคิดทางบวกต่อพฤติกรรมอย่างหนึ่ง เป็นวิธีที่ง่ายให้ตามความต้องการและเหมาะสมของบุคคล โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา ตลอดจนการวางแผนให้รางวัลอย่างรวดเร็วทันใจ และการออกแบบการบันทึกที่ดี สามารถช่วยทำให้การเสริมแรงตนเองได้ผลดียิ่งขึ้น

การเสริมแรงจากบุคคลอื่น ก็มีผลสำคัญที่จะกระตุ้นหรือสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง มีการนำมาใช้แพร่หลายในการเสริมแรงเพื่อให้เกิดความเต็มใจ และความร่วมมือในการรักษาทางการแพทย์ วิธีที่ง่ายที่สุดคือการยกย่องชมเชยผู้ป่วย การให้เกียรติกล่าวยกย่องผู้ป่วยให้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยอื่นๆ หากผู้ป่วยสามารถกระทำสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

จากการศึกษาพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การติดตามตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 69 ราย และติดตามผลในเดือนที่ 2, 4 และ 6 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (Halme, Vesalainen, Kaaja & Kantola (2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิริติยุตวงศ์ (Keeratiyutawong, 2005) ซึ่งได้ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 81 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มทดลอง 41 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มจัดการดูแลตนเองมีการเข้ากลุ่มเรียนรู้การจัดการตนเองในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาล และมีการฝึกทักษะในการควบคุมอาหาร การรับประทานยาเบาหวานและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การดูแลเท้า การออกกำลังกาย และการติดตามตนเองที่บ้าน ซึ่งเนื้อหานี้เน้นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยเบาหวานด้านกระบวนการคิดและการฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง มีการติดตามผลทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และมีค่าน้ำตาลสะสมลดลง ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6

พรทิพย์ อุ่นจิตร (2548) ได้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากเรื้อรังจำนวน 42 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มควบคุม 21 ราย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินทดลอง 16 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่งเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการกับภาวะหายใจลำบาก ระยะที่สอง เป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะในการบริหารการหายใจและการใช้ยาพ่น โดยมีการนัดติดตามในสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 และระยะที่สามเป็นระยะประเมินผลในสัปดาห์ที่ 16 พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองดีขึ้น และมีสภาวะการหายใจลำบากลดลง

พนิดา จันดา (2551) ได้ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 72 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลอง

ได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร และการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลอง

พัชรินทร์ ดวงคล้าย (2546) ได้ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย กลุ่มควบคุม 10 ราย ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์แล้วประเมินผลและมีการติดตามผลซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 10 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเอง คือ ตั้งเป้าหมาย ติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และให้แรงเสริมตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดเข่า และมีความเครียดลดลง รวมถึงมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ทั้งหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และการติดตามผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 10

สุกัศธร ชมภู (2551) ได้ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต การจัดการตน และเน้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง ใช้เวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาของ ชูดาสและคณะ (Chodosh et al., 2005) ซึ่งทำการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ) จำนวน 53 งานวิจัย เป็นงานวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 13 งานวิจัย สรุปได้ว่าพบว่าสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 5 มม.ปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิก ได้ 4.3 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาของโปรแกรม 8-12 สัปดาห์ และได้สรุปลักษณะ โปรแกรมการจัดการตนเองที่ประสบผลสำเร็จ มีลักษณะดังนี้

1. เป็นโปรแกรมที่มีการเสริมสร้างทักษะที่เฉพาะและเหมาะสมสำหรับโรคเรื้อรังแต่ละโรค
2. เป็นโปรแกรมที่ทำในรูปกิจกรรมกลุ่มมากกว่าเป็นรายบุคคล
3. โปรแกรมที่มีติดตามประเมินผลโดยทีมสุขภาพดีกว่าไม่มีการติดตาม
4. โปรแกรมที่ใช้ในเรื่องจิตวิทยาร่วมด้วย
5. โปรแกรมที่ได้รับจากทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มการเรียนรู้ในการติดตามพฤติกรรมของตนเอง การประเมิน

อาการของตนเอง และแสวงหากลวิธีในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และปรับตัวเข้ากับ โรคและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกลวิธีในการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) มาประยุกต์และพัฒนาเป็น โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความรู้และสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น การช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และรับประทานยาอย่างต่อสม่ำเสมอ ควรมีทั้งการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ทั้งแบบรายบุคคล หรือแบบกระบวนการกลุ่ม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (สว่างจิตต์ จันทร, 2544) อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปความร่วมมือในการรักษา และความรู้จะลดลงเรื่อย ๆ (Devine & Reifschneider, 1995) และการให้ความรู้อย่างเดียว ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องถาวร (Ebrahim, 1998) สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง มีทักษะ มีทัศนคติที่ดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป โดยผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเองดังกล่าว โดยเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญคือ การช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการจัดการตนเอง กลวิธีการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ และ โกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) มาประยุกต์และพัฒนาเป็น โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และ โกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) เพื่อมุ่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค และแบบ

แผนการดำเนินชีวิตผู้ป่วยแต่ละบุคคล ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการปรับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และทักษะการจัดการตนเอง และการสร้างความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองของผู้ป่วย และการควบคุมกำกับตนเองในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ใช้เวลาดำเนินโปรแกรม 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1-3 ระยะที่ 2 ระยะการจัดการตนเองและการติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 4-7 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อม เป็นระยะที่ผู้วิจัยทำการประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการจัดการตนเอง มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น โดยมีการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายกลุ่ม 2 ครั้ง ที่สถานบริการปฐมภูมิ และรายบุคคลที่บ้าน 1 ครั้ง ที่บ้านผู้ป่วยแต่ละราย โดยการสร้างความตระหนักและการรับรู้ถึงความสำคัญของโรค ความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสาเหตุ อากาศ ภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมรักษาความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง กลวิธีในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติการจัดการตนเองได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การติดตามตนเอง คือการคิดพิจารณาอย่างรอบครอบในการที่จะกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคและเหมาะสมกับผู้ป่วย เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยา โดยมีการสังเกตและจดบันทึกประจำวัน การติดตามผลอย่างใกล้ชิด การลงบันทึกในกลุ่มมือการจัดการตนเองที่แจกให้ สิ่งที่เป็นที่กคือเป้าหมายในการกระทำและพฤติกรรมที่กระทำจริง เรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร เช่น ลดอาหารลดเค็ม ไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มในอาหาร การออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตที่ระดับเท่าใดและความดันโลหิตที่วัดได้จริงเป็นเท่าใด

ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการกำกับตนเอง กับ เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น ในเรื่องการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา ว่าสามารถกระทำได้หรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป

ขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเอง เป็นการกระทำของผู้ป่วยที่กระทำการเสริมแรงให้ตนเอง เมื่อสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้ ซึ่งการเสริมแรงนี้อาจเป็นทั้งการเสริมแรงตนเองจากภายใน ได้แก่ การยกย่องชมเชยตนเอง ความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจ และการเสริมแรงจากภายนอก คือการให้รางวัลตนเอง เช่น การซื้อของขวัญ

ในขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองมากขึ้น โดยฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และการดูแลอย่างจากบุคคลอื่น สื่อการสอนที่ใช้และการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย และฝึกทักษะในการกำกับตนเอง ได้แก่ การสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง หลังจากได้รับความรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ และให้ผู้ป่วยได้ลองกลับไปปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีการตั้งเป้าหมายในการลดความดันโลหิต การกระทำพฤติกรรมสุขภาพ แจกคู่มือการจัดการตนเอง แบบบันทึกการติดตามตนเอง จากนั้นมีการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการรับรู้และทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ จากนั้นให้ผู้ป่วยได้มีการทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การจัดการตนเองที่ได้ปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างของผู้ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้

ระยะที่ 2 ระยะการจัดการตนเองและการติดตามประเมินผล เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองโดยมีการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล 2 ครั้ง ที่บ้านผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ส่งเสริมการจัดการตนเองและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะและกระทำจริงเรียบร้อยแล้ว ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยทำการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยใช้กลวิธีการกำกับตนเอง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถกระทำตามเป้าหมายได้ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำการบันทึกการกระทำกิจกรรมดังกล่าวในแบบบันทึกการติดตามตนเอง ที่แจกให้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยติดต่อขอคำปรึกษาผู้วิจัยได้เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติ โดยการใช้โทรศัพท์หรือการมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาล

จากนั้นผู้วิจัยทำการติดตามและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย ที่บ้านผู้ป่วยแต่ละราย จุดมุ่งหมายเพื่อ ประเมินความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการกระทำการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต มีการประเมินผลการกระทำกิจกรรมการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าสำเร็จทำการเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ ชมเชยผู้ป่วย ให้กระทำต่อไป หากไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วย พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายใหม่ที่จะกระทำ

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง คือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สาเหตุเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคไม่สม่ำเสมอ ถึงแม้จะได้รับความรู้ หรือได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตแล้วก็ตาม ในระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยยังกลับมีความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ผลดีและยั่งยืน ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยจึงได้มีสนใจที่จะศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการมุ่งเน้นเสริมสร้างให้ผู้ป่วย มีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการปฏิบัติ และมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ดำเนินการจัดการตนเอง ฝึกการใช้กระบวนการ แก้ไขปัญหา และการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการหาแนวทางควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน และเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความมั่นใจว่าสิ่งที่กระทำถูกต้อง ส่งผลให้กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ยั่งยืน

ผู้วิจัยคาดหวังว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้อย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน คือการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การรับประทานยา และกลวิธีการกำกับตนเอง ให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้ ไปทำการจัดการตนเองที่บ้าน มีการเยี่ยมบ้าน ทบทวนความรู้และทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำกลุ่มร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์

แนะแนวทางการปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มั่นใจในความสามารถของตนเองว่า สามารถปฏิบัติได้ จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีในการจัดการตนเอง กระทำพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมถึงการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง และการให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย แต่ถ้าผู้ป่วยประเมินตนเองแล้วพบว่า ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือมีปัญหาในพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ผู้วิจัยจะให้กำลังใจ และช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งจะช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ 4 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 8) ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร นำเสนอระเบียบวิธีวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษา ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 68,186 คน ในอำเภอคำเขื่อนแก้ว มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,207 ราย ในปี พ.ศ. 2552 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว, 2553) มีสถานบริการปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 17 แห่ง โดยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว มีขั้นตอนการให้บริการดังนี้

1. ประชากรในอำเภอคำเขื่อนแก้ว ตรวจคัดกรองพบภาวะความดันโลหิตสูงจากสถานบริการปฐมภูมิ ส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาครั้งแรกที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ซึ่งให้บริการในวันจันทร์เวลา 8.00 น.-12.00 น.
2. ผู้ป่วยยื่นใบส่งตัวจากสถานบริการปฐมภูมิ หรือบัตรนัด ชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติ และให้คำแนะนำในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน
3. ทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ประจำการของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ที่ผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจที่คลินิกตามที่ได้รับมอบหมาย ตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดวันนัด

คำแนะนำในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

5. ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หรือกำลังปรับเปลี่ยนยา นัดตรวจทุก 1 เดือน ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 2 ครั้ง จะส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาต่อเนื่อง ที่สถานบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง สถานบริการปฐมภูมิ มีขั้นตอนการบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยยื่นใบส่งตัวหรือบัตรนัด ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ และซักประวัติ โดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการปฐมภูมิ
2. พยาบาลเวชปฏิบัติประจำสถานบริการปฐมภูมิ ตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และให้ยาตามแผนการรักษาที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว
3. นัดตรวจประเมินความดันโลหิตและรับยาทุก 1 เดือน
4. ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งต่อพบแพทย์ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว เพื่อตรวจร่างกาย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ และปรับเปลี่ยนยา ทุก 6 เดือน
5. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 160/ 100 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 เดือน จะส่งต่อผู้ป่วยกลับรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการประเมินความดันโลหิตตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จากการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง (JNC, 2003) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,207 ราย (ศูนย์ข้อมูลสารและสนเทศโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษา ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการรักษาทั้งวิธีการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตในการนัดครั้งสุดท้าย และความดันโลหิต ก่อนเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ต่ำกว่า 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง
5. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือการมองเห็น ซึ่งคัดกรองโดย การสนทนาเพื่อประเมิน การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล อ่านออกเขียนได้ มีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกระหว่างดำเนินการทดลอง
2. ผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ สถานบริการอื่น นอกเหนือจาก คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของสถานบริการปฐมภูมิ ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคไต
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มยาลดความดันโลหิตระหว่างการทดลอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 36 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมมีกลุ่มตัวอย่าง 72 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนเพียงพอที่จะลด Type II error (ตามทฤษฎี Central limited theorem; Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันในกรณีอาจจะมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดจนถึงการเก็บข้อมูลครั้งสุดท้าย ซึ่งมีประมาณไม่เกินร้อยละ 15 โดยทบทวนจากงานวิจัยที่ผ่านมา (พนิดา จันดา, 2551) และในระหว่างการดำเนินการวิจัย มีกลุ่มกลุ่มควบคุม 1 รายไม่สามารถติดต่อได้ และกลุ่มทดลอง 1 ราย จำเป็นต้องเดินทางไปพักอาศัยกับบุตรสาวที่ต่างจังหวัดไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) เลือกสถานบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง จากสถานบริการปฐมภูมิทั้งหมด 17 แห่ง โดยจับสลากครั้งแรกให้เป็นกลุ่มควบคุม ได้สถานบริการปฐมภูมิดงแดนใหญ่ และจับสลากครั้งที่สองให้เป็นกลุ่มทดลองได้สถานบริการปฐมภูมิคุ้มพุก

2. หลังจากคัดเลือกสถานบริการแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดในสถานบริการปฐมภูมิวงแหวนใหญ่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เขียนชื่อผู้ป่วยใส่กระดาษและทำการสุ่มคัดเลือกด้วยวิธีจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 ราย แล้วจึงคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิวงแหวนเล็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เขียนชื่อผู้ป่วยใส่กระดาษและทำการสุ่มคัดเลือกด้วยวิธีจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้แก่ คุณสมบัติที่เป็นเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และใช้ยาความดันโลหิตในกลุ่มเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การสูบบุหรี่ เป็นคำถามลักษณะแบบเลือกตอบ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคที่พบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิต ชนิดและจำนวนยาลดความดันโลหิตที่รับประทานในแต่ละวัน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของ ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ (2549) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของสุภาพร แนวนบุตร (Neawbood, 2005) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = .89 และได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 248 ราย ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3 ข้อ อาการและภาวะแทรกซ้อนจำนวน 8 ข้อ การ

รักษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 16 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น ด้านการควบคุมอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 4 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ ฤทธิ์ของยา 4 ข้อ การรับประทานยา 7 ข้อ และอาการข้างเคียงของยา 7 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดไว้ดังนี้

ตอบถูก ใต้ 1 คะแนน

ตอบผิด หรือไม่ทราบ ใต้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-45 คะแนน โดยตามการแปรผลของสก็คีนรินท์ หลิมเจริญ (2549) และประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละของกลุ่มเป็นเกณฑ์ โดยที่ค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนที่สูงกว่า หมายถึงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนต่ำกว่า ซึ่งแบ่งค่าคะแนนเป็นสองระดับตามการแปรผลดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยหรือร้อยละของคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยหรือร้อยละของคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 และสำราญภชรินทร์ (2543) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 ราย พบว่าค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 3 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 10 อันดับ ลักษณะคำถามทุกข้อเป็นคำถามด้านบวก ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ท่านไม่มั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้น ๆ เลย ให้ 0 คะแนน

ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้น ๆ เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน

ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นมากกว่า 1 ให้ 2 คะแนน

ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นมากขึ้นตามลำดับตัวเลข ให้ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

คะแนน

ท่านมั่นใจอย่างเต็มที่ในการกระทำกิจกรรมข้อนั้น ๆ ให้ 10 คะแนน
 การแปลผลคะแนน ไม่น่าใจในการปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน มั่นใจเต็มที่ในการปฏิบัติได้
 10 คะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด
 มีค่าระหว่าง 0 -230 คะแนน โดยค่าคะแนนที่มากแสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าค่า
 คะแนนที่น้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้
 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสุภัทสร ชมภู (2551) ซึ่งประยุกต์
 มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
 สาเหตุของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity Index [CVI])
 เท่ากับ .86 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย
 จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 โดย
 แบบสอบถามดังกล่าวมีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบไปด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน คือ ด้านการ
 ควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ ด้าน
 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อด้านการรับประทานยา 5 ข้อ และด้านการมาตรวจตามนัด 3 ข้อ คือ ข้อ
 21-23 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ลักษณะคำถามทุกข้อ
 เป็นคำถามด้านบวก ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	ให้	4	คะแนน
ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้น ๆ บ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้น ๆ ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้น ๆ บางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ท่านไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้น ๆ เลย	ให้	0	คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวม
 ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้งชุดมีค่าระหว่าง 0 – 92 คะแนน โดยค่าคะแนนที่มากแสดงว่ามี
 พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าค่าคะแนนที่น้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูง เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบ โปรแกรมการจัดการตนเอง
 เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องชั่งน้ำหนัก รายละเอียดดังนี้

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็น โปรแกรมที่ใช้
 เป็นแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น สามารถจัดการตนเองอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาและทบทวนจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Goldstein, 1991) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อม ในสัปดาห์ที่ 1-3 ใช้เวลา 3 สัปดาห์ และระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 4-7 ใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย จำนวนสมาชิกกลุ่ม สถานที่ ระยะเวลา ในการดำเนินการ วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม วัตถุประสงค์การเรียนรู้ หัวข้อกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม สื่อที่ใช้ประกอบ และการประเมินผล

2.2 สื่อที่ใช้ประกอบโปรแกรมการจัดการตนเอง

2.2.1 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้า ศึกษา จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้และเป็นเอกสารที่แจกให้กับกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลเพื่อนำไปทบทวน และปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุการเกิด อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การควบคุมความดันโลหิต การบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การตรวจตามนัด

2.2.2 ภาพพลิเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นภาพพลิที่ใช้ประกอบการสอนตามคู่มือการจัดการตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในเนื้อหา เกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการจัดการตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการตรวจตามนัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างให้สอดคล้องกับคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประกอบการบรรยาย และให้ความรู้เมื่อไปเยี่ยมบ้านและ การทำกลุ่ม

2.2.3 แบบบันทึกการติดตามตนเอง เป็นแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ การรับประทานยาลดความดันโลหิต การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ น้ำหนักตัว และความดันโลหิต โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองทุกวัน ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง เป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ที่ทำให้ผู้ป่วยทราบและสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีการ

จัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และเพื่อนำไปใช้ในการเสริมแรงตนเองต่อไป ตลอดจนเป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและประเมินผลการทดลอง

2.2.4 สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ประกอบการบรรยาย การให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รวมถึงการมาตรวจรักษาตามนัด โดยเนื้อหา มีความสอดคล้องกับคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประกอบการบรรยายและการให้ความรู้ในการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วย มีความยาว 20 นาที

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต Erkameter รุ่นตั้งโต๊ะ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพจาก ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 5 อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2553 ซึ่งมีการทดสอบค่า Standard reading ที่ระดับ 0, 50, 80, 100, 120, 150, 180, 200 และ 250 มิลลิเมตรปรอท พบว่าค่า Error เท่ากับ 0 มิลลิเมตรปรอท และนำไปตรวจสอบคุณภาพจากหน่วยซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล คำเขื่อนแก้ว ก่อนใช้ในการทดลอง ส่วนหูฟัง (Stethoscope) เป็นชนิด Teruace Duai Head stethoscope Catalog Number 5252 ผลิตจากประเทศญี่ปุ่น

2.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก RCZ-120 heath scale (Made in china) ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 5 อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2553 มีการทดสอบค่า Standard Reading ที่ 0 กิโลกรัม 20 กิโลกรัม 40 กิโลกรัม 60 กิโลกรัมและ 80 กิโลกรัม พบว่าค่า Error เท่ากับ 0 และได้นำไปตรวจสอบคุณภาพจาก หน่วยซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล คำเขื่อนแก้วก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของ สักดีนรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและทดลองใช้มาแล้ว โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีครอนบาค (Conbach's alpha correlation) ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาคเท่ากับ .84 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุภัทสร ชมภู (2551) ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและทดลองใช้มาแล้ว โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีครอนบาค (Conbach's alpha correlation) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4. โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพพลิกเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สื่อวีดิทัศน์ และแบบบันทึกการติดตามตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับเนื้อหา

ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ภาพพลิกเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการติดตามตนเอง สื่อวีดิทัศน์ ที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างใน งานวิจัย ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จำนวน 5 ราย ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า เนื้อหาในโปรแกรมการจัดการตนเองมีความเหมาะสมและสามารถ นำไปใช้ได้จริง แต่ต้องปรับปรุงเรื่องภาษาที่ใช้สื่อสารกับผู้ป่วย ที่ต้องใช้ภาษาล้านเพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจในเนื้อหามากขึ้น สำหรับคู่มือการจัดการตนเองและภาพพลิกประกอบคำบรรยาย มีความ เหมาะสม ภาพและตัวหนังสือประกอบคำบรรยายชัดเจนดี แบบบันทึกการติดตามตนเองผู้ป่วย เข้าใจและสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ส่วนสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดูวีดิทัศน์ เพื่อประเมิน ความชัดเจนของเนื้อหา พบว่าหลังดูวีดิทัศน์ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น ภาพประกอบมีความชัดเจน แต่เสียงบรรยายเบา ได้ยินไม่ชัดเจน จึงนำสื่อวีดิทัศน์ไปปรับปรุง ให้เสียงบรรยายดังมากขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิทักษ์สิทธิดังนี้

1. ผู้วิจัยจะนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อ พิจารณา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณา ตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองเป็นอิสระ การปฏิเสธไม่เข้าในการวิจัย จะไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้มีการลง นามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากต้องการยุติการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถทำได้ ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาล

4. ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการศึกษาที่ได้จะ
ถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย และขั้นตอน
ดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เพื่อขอ
อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว
หัวหน้าสถานบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งที่มีกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
การศึกษา วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร โดยผู้ช่วยผู้วิจัยมีหน้าที่ วัดความดันโลหิต
รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบสอบถามรู้
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการ
ทดลองทันที ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ดำเนินการโดย ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย
และวิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทำความเข้าใจ ชักถามเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิต
และการลงบันทึกความดันโลหิต การใช้แบบสอบถาม การถามข้อคำถาม วิธีการเก็บข้อมูล และฝึก
การวัดความดันโลหิต การใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิก
โรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 10 คน เพื่อ
ฝึกความชำนาญในการวัดความดันโลหิต และการใช้แบบสอบถาม ซึ่งการวัดความดันโลหิตใช้การ
ตรวจวัดความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และการบันทึกค่า
ความดันโลหิต ภายใต้อาการดูแลและแนะนำของผู้วิจัย ก่อนไปทำการเก็บข้อมูลจริง ตามขั้นตอน
ดังต่อไปนี้

1.4 การเตรียมเครื่องวัดความดันโลหิต และการเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการวัดความดันโลหิตผู้ป่วย

1.4.1 กลุ่มตัวอย่างต้องไม่รับประทานชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ไม่พูดคุยขณะวัด วางแขนที่ต้องการวัดบนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

1.4.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท ที่ได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานก่อนใช้ทุกครั้ง และใช้ Arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วยกล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ Arm Cuff ที่มีถุงลมขนาดกว้าง 12-13 ซม. และ ยาว 35 ซม.

1.4.3 วิธีการวัดความดันโลหิต

1.4.3.1 พัน Arm Cuff ที่ดันแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็ก ๆ ที่ขอบให้อยู่เหนือ Brachial Artery

1.4.3.2 ให้ประมาณระดับ SBP โดยการคลำก่อน แล้วจึงบีบลูกยาง (Rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่ Brachial Artery ไม่ได้ ค่อย ๆ ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วค่อย ๆ ลดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรต่อวินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ ถือเป็นระดับความดันโลหิตซิสโตลิก คร่าว ๆ

1.4.3.3 วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟังให้วาง bell หรือ diaphragm ของ Stethoscope เหนือ Brachial artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่า SBP ที่คลำได้ 20-30 มิลลิเมตร แล้วค่อย ๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff sound phase I) จะเป็นความดันโลหิตซิสโตลิก ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff sound phase V) จะเป็นความดันโลหิตไดแอสโตลิก ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกันครั้งละ 1-2 นาที นำ 2 ค่าที่วัดได้มาเฉลี่ย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว สาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว และหัวหน้าสถานบริการปฐมภูมิที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลเวชปฏิบัติประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงสถานบริการปฐมภูมิ และหัวหน้าสถานบริการปฐมภูมิที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติ และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 36 คู่

2.4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่สถานบริการปฐมภูมิ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ข้อมูลระยะก่อนการทดลอง

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาดำเนินการ ทดลองแต่ละกลุ่ม 16 สัปดาห์ และมีขั้นตอนในการดำเนินการ 5 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 โดยในกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ บริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง สถานบริการปฐมภูมิ

2.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 12 และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 4 ระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 16 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

2.7 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามที่ได้กำหนดไว้ต่อไป

การดำเนินการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ และทำการประเมินผล 4 ครั้ง คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 16 รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ณ.สถานบริการปฐมภูมิลุมพุก อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ทั้งหมด 16 สัปดาห์ และมีขั้นตอนในการดำเนินการ 5 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการ ทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 โดยผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นผู้ทำหน้าที่วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงโดยใช้แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การประเมินสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประเมินพฤติกรรมโดยใช้

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่คลินิกความดันโลหิตสูง สถานบริการปฐมภูมิ แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยทำการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น และนัดหมายวัน เวลา เพื่อให้ผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 เป็นรายกลุ่ม ที่สถานบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 7 สัปดาห์ และมีขั้นตอนในการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1-3 ระยะที่ 2 ระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 4-7 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย : สัปดาห์ที่ 1-3

สัปดาห์ที่ 1 การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1

ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน ที่สถานบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ โดยการกล่าวทักทายแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้วิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงอาการ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก

การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยา ใช้เวลา 20 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา สรุปและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต

3. ให้ความรู้และสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย เกี่ยวกับชนิด ขนาด การออกฤทธิ์ของยาและอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทาน โดยนำตัวอย่างยาความดันโลหิตชนิดต่าง ๆ มาแสดง การสนทนาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมกับแจกคู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกการติดตามตนเอง ให้ผู้ป่วยฝึกบันทึกแบบบันทึกการติดตามตนเอง และให้ผู้ป่วยฝึกตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตของแต่ละบุคคล โดยให้เริ่มจากเป้าหมายที่ง่าย ๆ ก่อน และกำหนดวันนัดหมาย เพื่อดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 เป็นรายบุคคล ที่บ้านผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. แนะนำผู้ป่วยว่าในระหว่างการดำเนินการวิจัยนี้ ถ้าหากผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง สามารถติดต่อสอบถามโดยตรงได้กับผู้ทำการวิจัยหรือติดต่อทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด

สัปดาห์ที่ 2 การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และครอบครัว วัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนัก หลังจากนั้นซักถามเรื่องสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคย

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย โดยให้ครอบครัวผู้ป่วย หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยได้ร่วมสนทนาและรับฟังด้วย

3. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมา หลังจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ถึงวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนว่า ที่ผ่านมามีอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือลดลง

4. ผู้วิจัยทบทวนวิธีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย โดยให้กำหนดเป้าหมายว่าจะลดความดันโลหิตลงเหลือระดับใด โดยเป้าหมายนี้ต้องมีความเป็นไปได้ ไม่ยากเกินไปสำหรับผู้ป่วยและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
 5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกลวิธีในการปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตในด้านการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย ความเครียดและการจัดการความเครียด การดื่มสุรา ชา กาแฟ และการสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยา ที่ผู้ป่วยพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมในแต่ละด้าน แต่ถ้าผู้ป่วยเลือกกลวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจะนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมและให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเอง
 6. ผู้วิจัยทบทวนแนวทางและวิธีการติดตามผลการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การลงบันทึกในแบบบันทึกการติดตามตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา ชา กาแฟ และการสูบบุหรี่ รวมถึง และการชั่งน้ำหนัก และการวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทดลองลงบันทึกการติดตามตนเองที่ได้จากการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และสังเกตการลงแบบบันทึกการติดตามตนเองที่บ้าน หลังจากนั้นซักถามปัญหาในการลงบันทึกการติดตามตนเองและหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน
 7. ผู้วิจัยอธิบายการประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา ชา กาแฟ และการสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยา น้ำหนักตัว และระดับความดันโลหิต โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติตนเทียบกับเป้าหมายของแต่ละกิจกรรมที่กำหนดไว้ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และจะนำไปสู่การตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะคงพฤติกรรมนั้นไว้หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
 8. ให้ผู้ป่วยแต่ละราย เลือกชนิดของการให้แรงเสริมตนเอง ที่สามารถทำได้และเหมาะสมกับตนเองเมื่อผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้
 9. สนทนากับครอบครัวผู้ป่วยให้รับรู้ถึงความสำคัญและบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิต กรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนในการตัดสินใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติ
 10. กำหนดวันนัดหมายในการดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 เป็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ที่สถานบริการปฐมภูมิ
- สัปดาห์ที่ 3 การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3**

ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน (โดยเป็นกลุ่มเดิมจากการทำกลุ่มครั้งที่ 1) ที่สถาน
บริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทักทายตนเอง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองที่
ผ่านมาใน 2 สัปดาห์ เชื่อมโยงถึงแบบบันทึกการติดตามตนเองที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้บันทึกไว้
เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละรายกับความดันโลหิตเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ
ถึงผลของการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เป็นการให้คุณค่าของกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และให้ผู้ป่วยได้
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติทั้งที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จ ให้สมาชิกกลุ่มที่
สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ เพื่อให้สมาชิกได้เห็นแบบอย่างผู้ที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ

3. เสริมแรงแก่ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตนได้สำเร็จ ให้กำลังใจกับผู้ป่วยที่ปฏิบัติไม่สำเร็จ
เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและเกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตัว
ให้เหมาะสม

4. ทบทวนทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และเพิ่มเติมทักษะในส่วน
ที่ขาดหายไปให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
กับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย

5. นัดหมายผู้ป่วยเพื่อดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 4 เป็นรายบุคคล ใน
สัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผลการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 4-5 ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองที่บ้าน ใช้เวลา 2 สัปดาห์

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ พัฒนาการรับรู้ การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะในการ
ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นแล้ว ผู้ป่วยมี
ความพร้อมในการจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการตนเองตามแนวทางที่ได้รับการแนะนำที่บ้าน
เป็นเวลา 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 4 เพื่อติดตามประเมินผลการจัดการตนเอง

ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และครอบครัว วัดความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
หลังจากนั้นซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยและปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและการลง
บันทึกแบบบันทึกการจัดการตนเอง และผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยเมื่อ

ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง หากพบปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยช่วยชี้แนะแนวทางแก้ไข และให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง

2. ผู้วิจัยติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองจากแบบบันทึกการติดตามตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก็ให้ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองต่อเนื่องต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ผู้ป่วยตรวจสอบประเมินตนเองว่าปฏิบัติตนถูกต้องเหมาะสมตามกลวิธีที่เลือกปฏิบัติหรือไม่ และให้ทบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น หลังจากนั้นร่วมกันหาแนวทางการให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือปรับการตั้งเป้าหมายใหม่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้

4. ถ้าบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยให้แรงเสริมกับผู้ป่วยโดยการชมเชย และให้กำลังใจในการจัดการตนเองต่อเนื่องต่อไป และผู้ป่วยให้แรงเสริมตนเองตามที่ผู้ป่วยกำหนดไว้เมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยให้แรงเสริมกับผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจในการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายในครั้งต่อไป

5. กำหนดวันนัดหมายในการดำเนินการจัดการตนเองครั้งที่ 5 ติดตามและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 7 การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 5 เพื่อติดตามประเมินผลการจัดการตนเอง ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย วัดความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย หลังจากนั้นซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยและปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและการลงบันทึกการติดตามตนเอง และผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง หากพบปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยช่วยชี้แนะแนวทางแก้ไข และให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง

2. ผู้วิจัย ติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วย จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยประเมินตนเองจากแบบบันทึกการติดตามตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก็ให้ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองต่อเนื่องต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ผู้ป่วยตรวจสอบประเมินตนเองว่าปฏิบัติตนถูกต้องเหมาะสมตามกลวิธีที่เลือกปฏิบัติหรือไม่ และให้ทบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ

พฤติกรรมเหล่านั้น หลังจากนั้นร่วมกันหาแนวทางการให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือปรับการตั้งเป้าหมายใหม่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้

4. ถ้าบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยให้แรงเสริมกับผู้ป่วยโดยการชมเชย และให้กำลังใจในการจัดการตนเองต่อเนื่องต่อไป และผู้ป่วยให้แรงเสริมตนเองตามที่ผู้ป่วยกำหนดไว้เมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยให้แรงเสริมกับผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจในการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายในครั้งต่อไป

5. กำหนดวันนัดหมายเพื่อทำการประเมินผลการทดลอง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในสัปดาห์ที่ 8

ระยะหลังการทดลอง

เป็นการเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูล ประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลการทดลอง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยแต่ละราย และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

2. ผู้วิจัยซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง ภายหลังจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองจนครบ 7 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยแสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิต โดยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยร่วมกับชมเชย และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป

3. กำหนดวันนัดหมายในประเมินผลการทดลอง ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 12 ที่สถานบริการปฐมภูมิ (เป็นวันเดียวกับที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดปกติ)

สัปดาห์ที่ 9-11 ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองที่บ้านตามแนวทางที่แนะนำ

ระยะติดตามผลครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 12

เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการทดลอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูล ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

2. ผู้วิจัยซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการดำเนินการจัดการตนเองด้วยตัวผู้ป่วยเอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว จากนั้นผู้วิจัยแสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการควบคุมความดันโลหิต โดยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยร่วมกับชมเชย และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป

3. กำหนดวันนัดหมายในการประเมินผลการทดลอง ในระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ที่สถานบริการปฐมภูมิ ในสัปดาห์ที่ 16 (วันเดียวกับที่ผู้ป่วยตรวจตามนัดปกติ)

สัปดาห์ที่ 13-15 ผู้ป่วยดำเนินการจัดการตนเองที่บ้านตามแนวทางที่แนะนำ

ระยะติดตามผลครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 16

เป็นเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการทดลอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูล ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพสูงโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

2. ผู้วิจัยซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการดำเนินการจัดการตนเองด้วยตัวผู้ป่วยเอง จากนั้นผู้วิจัยแสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิต ย้ำให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการตนเองที่เหมาะสม ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยร่วมกับชมเชย และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิคงแค้นใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธรดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง สถานบริการปฐมภูมิ แนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักตัว วัดความดันโลหิต เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยแต่ละรายไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น

2. ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมอีก 3 ครั้งใน สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง สถานบริการปฐมภูมิ (วันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดปกติ) โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยผู้วิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติจากสถานบริการปฐมภูมิ คือ ผู้ป่วยยื่นบัตรนัด รับการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพจากเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ ตรวจร่างกาย รักษา และรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและคำแนะนำอื่น ๆ และรับยาโดยพยาบาล เวชปฏิบัติประจำสถานบริการปฐมภูมิ

3. ในสัปดาห์ที่ 16 หลังจากการดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยา โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือการจัดการตนเอง และอธิบายถึงวิธีการบันทึกแบบบันทึกการติดตามตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค คชณีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอล วิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test และ Chi-square

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance)

5. เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ให้ทำการทดสอบเป็นรายคู่แบบ Bonforroni



ภาพที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ณ สถานบริการปฐมภูมิ อำเภอคำชะนอก จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปก่อนทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ได้ผลการทดสอบดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้มาจากการสุ่มประชากร และมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of variances) ของตัวแปรตามแต่ละตัวพบว่า มีความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน ยกเว้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ความดันโลหิตซิสโตลิกระยะก่อนการทดลอง พฤติกรรมสุขภาพระยะหลังการทดลอง และพฤติกรรมสุขภาพระยะติดตามครั้งที่ 1 ที่ความแปรปรวนไม่เท่ากัน จึงเลือกใช้ค่าสถิติ Welch' test แทน t-test และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากัน จึงไม่มีผลต่อค่า t และค่า p ที่คำนวณได้

ผลการทดสอบ Assumption of compound symmetry พบว่าตัวแปรตามที่มีความแปรปรวนลักษณะเป็น Compound symmetry ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ซึ่งจะอ่านค่า F จาก Sphericity assumed ส่วนตัวแปรตามที่มีลักษณะไม่เป็น Compound symmetry ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ จะอ่านค่า F จาก Greenhouse-geisser ที่มีการปรับแก้ Degree of freedom แล้ว

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ จึงสามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance) ได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการปฐมภูมิ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จำนวน 70 ราย จับฉลากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยกลุ่มละ 35 ราย นำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การสูบบุหรี่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ไขมันที่พบ และจำนวน ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าที นำเสนอรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าที

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		X ²	t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ					.00		1.0
ชาย	9	25.7	9	25.7			
หญิง	26	74.3	26	74.3			
อายุ (ปี)	(Max = 66, Min = 40) $\bar{X} = 57.91, SD = 5.92$		(Max = 66, Min = 37) $\bar{X} = 57.97, SD = 6.71$.38	.97
30-39	0	0	1	2.9			
40-49	3	8.6	2	5.7			
50-59	17	48.5	15	42.9			
60-69	15	42.9	17	48.5			
สถานภาพสมรส					.00		1.0
คู่	32	91.4	32	91.4			
หม้าย	3	8.6	3	8.6			
ระดับการศึกษา					.00		1.0
ประถมศึกษา	33	94.3	33	94.3			
มัธยมศึกษา	2	5.7	2	5.7			
รายได้ต่อเดือน(บาท)					2.07		.36
ต่ำกว่า 1,000	0	0	0	0			
1,000-4,999	24	68.6	24	68.6			
5,000-10,000	11	31.4	11	31.4			
สิทธิการรักษาพยาบาล					.17		.69
เบิกได้	3	8.6	4	11.4			
บัตรสุขภาพ	32	91.4	31	88.6			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		X ²	t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
การสูบบุหรี่					1.27		.53
สูบ	2	5.7	3	8.6			
ไม่สูบ	33	94.3	31	88.6			
เคยสูบบุหรี่แล้ว	0	0	1	2.8			

จากตารางที่ 2 พบว่า จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ย 57.91 ปี (SD = 5.92) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 48.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 94.3) มีรายได้ต่อเดือน 1, 000-4,999 บาท (ร้อยละ 68.6) เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 91.4) และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.3)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ย 57.97 ปี (SD = 6.71) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 94.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาท (ร้อยละ 68.6) เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 88.6) และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.6)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล และการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและและเปรียบเทียบความแตกต่างของ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		X ²	t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)						.06	.96
1 – 5	30	85.7	27	77.1			
6 – 10	5	14.3	8	22.9			
	(Max = 8, Min = 1)		(Max = 8, Min = 1)				
	$\bar{X} = 3.63, SD = 1.86$		$\bar{X} = 3.66, SD = 2.44$				
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)						.67	.31
18.5 – 24.9	21	60	19	54.3			
25.0 – 29.9	14	40	14	40.0			
ตั้งแต่ 30.0	0	0	2	5.7			
	(Max = 28.90, Min = 19.63)		(Max = 30.43, Min = 19.23)				
	$\bar{X} = 24.29, SD = 2.46$		$\bar{X} = 24.73, SD = 3.03$				
ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด(มล./ดล.)						.56	.58
ต่ำกว่า 200	27	77.2	26	74.3			
200 – 239	6	17.1	8	22.8			
ตั้งแต่ 240	2	5.7	1	2.9			
	(Max = 267, Mim = 157)		(Max = 267, Mim = 158)				
	$\bar{X} = 190.74, SD = 25.49$		$\bar{X} = 187.54, SD = 22.03$				
โรคร่วมที่พบ						.03	.51
ไม่มี	32	91.4	31	88.5			
ไขมันในเลือดสูง	2	5.7	1	2.9			
เบาหวาน	1	2.9	3	8.6			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		X ²	t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ขาดความดันโลหิตที่รับประทาน					.00		1.0
HCTZ	12	34.3	12	34.3			
Enalapril	10	28.6	10	28.6			
Amlodipine	5	14.3	5	14.3			
Amlodipine+	2	5.7	2	5.7			
Enalapril							
HCTZ+Propranolol	3	8.6	3	8.6			
HCTZ+Atenolol	1	2.9	1	2.9			
HCTZ+Enalapril	2	5.7	2	5.7			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.63 ปี (SD = 1.86) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 85.7) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.29 (SD = 2.46) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 60) ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 190.74 มก./ดล (SD = 25.49) มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 200 มก./ดล (ร้อยละ 77.2) ซึ่งถือว่า มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ โรคที่พบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง คือ ไ้ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 5.7) ส่วนใหญ่รับประทานขาดความดันโลหิต 1 ชนิด และชนิดของยาที่รับประทานมากที่สุดคือ HCTZ (ร้อยละ 34.3)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.66 ปี (SD = 2.44) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 77.1) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.73 (SD = 3.03) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ เมตร² (ร้อยละ 54.3) มีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 187.54 มก./ดล. (SD = 22.03) มีระดับโคเลสเตอรอล ต่ำกว่า 200มก/ ดล. (ร้อยละ 74.3) ซึ่งถือว่า มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 88.5) โรคที่พบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 8.6) ส่วนใหญ่รับประทานขาดความดันโลหิต 1 ชนิด และชนิดยาที่รับประทานมากที่สุดคือ HCTZ (ร้อยละ 34.3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ในด้านระยะเวลาที่

เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด โรคร่วมที่พบ และขาดความดันโลหิตที่รับประทาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้
2.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 นำเสนอดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง (35)		กลุ่มควบคุม(35)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	180.54	9.89	180.51	11.71	-.01	.99
ระยะหลังการทดลอง	191.57	7.76	180.49	10.12	-5.14	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	191.20	7.88	180.37	10.50	-4.88	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	191.06	7.57	180.43	10.98	-4.71	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้น จาก 180.54 (SD =9.89) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 191.57 (SD = 7.76) ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 191.20 (SD = 7.88) และ 191.06 (SD = 7.57) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เท่ากับ 180.51 (SD = 11.71), 180.49 (SD = 10.12), 180.37 (SD = 10.50) และ 180.43 (SD = 10.98) ตามลำดับ ซึ่งเป็นคะแนนที่ใกล้เคียงกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระยะก่อนการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = -.01, p = .99$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ นำเสนอดังตารางที่ 5, 6 และภาพที่ 4

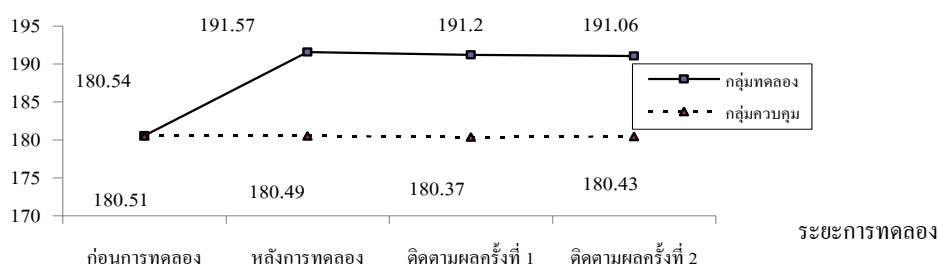
ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Subjects					
กลุ่ม (Group)	4641.429	1	4641.429	13.751	<.001
ความคลาดเคลื่อน	22951.943	68	337.529		
Within Subjects					
ระยะเวลาทดลอง (Time)	1491.329	2.069	720.924	40.973	<.001
กลุ่ม X ระยะเวลาทดลอง	1538.143	2.069	743.555	42.260	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2475.029	140.667	17.595		
Total	33097.873	213.805			

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,68} = 13.751, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,069,140.667} = 40.973, p < .001$) และกลุ่มกับช่วงระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,069,140.667} = 42.260, p < .001$)

เนื่องจากกลุ่มและช่วงระยะเวลาของการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยนำเสนอกราฟรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ ดังภาพที่ 4

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ภาพที่ 4 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 4 พบว่าเส้นกราฟของทั้งสองกลุ่มตัดกัน นั่นคือ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) และคงที่ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

เนื่องจากรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในช่วงระยะเวลาต่างๆของการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 21 ในภาคผนวก จ) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงนำเสนอผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ดังตารางที่ 6 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
			ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	ระยะติดตามผลครั้งที่ 2
ระยะก่อนการทดลอง	180.54	9.886	11.029*	10.657*	10.514*
ระยะหลังการทดลอง	191.57	7.758		.371	.514
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	191.20	7.877			.143
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	191.06	7.569			

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

3.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 นำเสนอดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของ
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	72.23	7.56	71.80	7.39	-.24	.81
ระยะหลังการทดลอง	83.49	5.11	70.03	7.09	-9.11	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	83.29	5.03	70.04	7.07	-8.79	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	82.91	4.97	69.94	6.10	-9.76	<.001

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นจาก 72.23 (SD = 7.56) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 83.49 (SD = 5.11) ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 83.29 (SD = 5.03) และ 82.91 (SD = 4.97) ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็น 71.88 (SD = 7.39), 70.03 (SD = 7.09), 70.04 (SD = 7.07) และ 69.94 (SD = 6.10) ตามลำดับ ซึ่งเป็นคะแนนที่ใกล้เคียงกัน ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = -.24, p = .81$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ นำเสนอตารางที่ 8, 9, 10 และภาพที่ 5

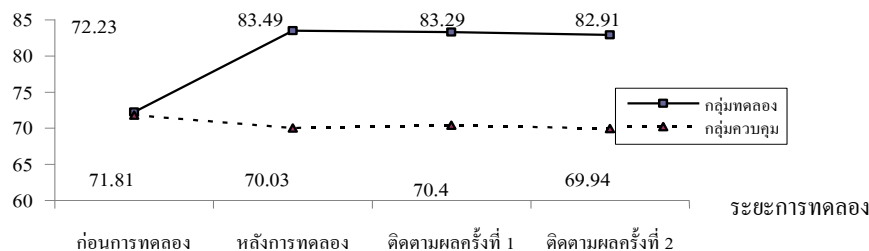
ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Subjects					
กลุ่ม (Group)	6910.289	1	6910.289	48.167	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	9755.929	68	143.470		
Within Subjects					
ระยะเวลาทดลอง (Time)	1147.696	2.200	521.654	60.324	<.001
กลุ่มX ระยะเวลาทดลอง	2112.325	2.200	960.100	111.026	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	1293.729	149.607	8.647		
Total	10901.968	223.007			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,68} = 48.167, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,200,149.607} = 60.324, p < .001$) และกลุ่มกับช่วงระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($F_{2,200,149.607} = 111.026, p < .001$)

เนื่องจากกลุ่มและระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยนำเสนอกราฟรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ ดังภาพที่ 5

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ 5 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 5 พบว่า เส้นกราฟของทั้งสองกลุ่มตัดกัน นั่นคือรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) คงที่ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ลดลงเล็กน้อย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

เนื่องจากรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 23 ในภาคผนวก จ) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงนำเสนอผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ดังตารางที่ 9 และตารางที่ 10 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	ระยะติดตามผลครั้งที่ 2
ระยะก่อนการทดลอง	72.23	7.562	11.257*	11.057*	10.686*
ระยะหลังการทดลอง	83.49	5.113		.200	.571
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	83.29	5.033			.371
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	82.91	4.967			

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	ระยะติดตามผลครั้งที่ 2
ระยะก่อนการทดลอง	71.80	7.368	1.771	1.400	1.857*
ระยะหลังการทดลอง	70.03	7.086		.371	.086
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	70.40	7.072			.457
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	69.94	6.097			

* $P < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองสูงกว่าระยะติดตามผลครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลครั้งที่ 1 ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าของความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 นำเสนอดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าของความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	147.43	6.11	147.43	8.52	.00	1.00
ระยะหลังการทดลอง	127.14	4.58	148.00	4.73	18.74	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	127.14	4.58	147.71	5.98	16.15	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	128.29	3.82	148.00	4.73	19.18	<.001

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงจาก 147.43, (SD = 6.11) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 127.14 (SD = 4.58) ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีค่าใกล้เคียงกันคือ 127.14 (SD = 4.48) และ 128.29 (SD = 3.82) ตามลำดับ

ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเป็น 147.43 (SD = 8.52), 148.00 (SD = 4.73), 147.71 (SD = 5.98) และ 148.00 (SD = 4.73) ตามลำดับ ซึ่งเป็นคะแนนที่ใกล้เคียงกัน

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = .00, p = 1.0$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ข้อมูลแสดงร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับของความดันโลหิตซิสโตลิก นำเสนอดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลแสดงร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับความดันซิสโตลิก ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระดับความดันโลหิต (SBP)	ระยะก่อนการทดลอง		ระยะหลังการทดลอง		ระยะติดตามผล ครั้งที่ 1		ระยะติดตามผล ครั้งที่ 2	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
SBP <140 มิลลิเมตรปรอท	0	0	100	5.7	97.1	5.7	100	2.9
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	82.9	74.3	0	91.4	2.9	85.7	0	94.2
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	17.1	25.7	0	2.9	0	8.6	0	2.9

จากตารางที่ 12 พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 82.9 ระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งหมดมีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองร้อยละ 97.1 ที่ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระดับ 1 ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 74.3, 91.4, 85.7 และ 94.2 ตามลำดับ

4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ นำเสนอดังตารางที่ 13, 14 และภาพที่ 6

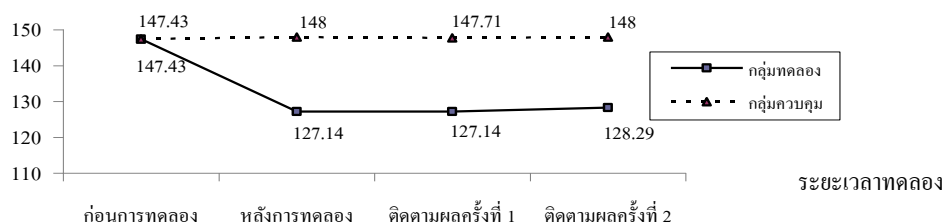
ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between Subjects					
กลุ่ม(Group)	16355.714	1	16355.714	372.147	<.001
ความคลาดเคลื่อน(Error)	2988.571	68	43.950		
Within Subjects					
ระยะเวลาทดลอง(Time)	4974.286	3	1658.095	62.507	<.001
กลุ่มX ระยะเวลาทดลอง	5464.286	3	1821.429	68.664	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	5411.429	204	26.527		
Total	35194.286	279			

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,68} = 372.147, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,204} = 1658.095, p < .001$) และกลุ่มกับช่วงระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($F_{3,204} = 68.664, p < .05$)

เนื่องจากกลุ่มและช่วงระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยนำเสนอกราฟรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ ดังภาพที่ 6

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก



ภาพที่ 6 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองในระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 6 พบว่าเส้นกราฟของทั้งสองกลุ่มตัดกัน นั่นคือรูปแบบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) คงที่ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ก่อนข้างคงที่ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11)

เนื่องจากรูปแบบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 24 ในภาคผนวก จ) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงนำเสนอผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ดังตารางที่ 14 ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกภายในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	ระยะติดตามผลครั้งที่ 2
ระยะก่อนการทดลอง	147.43	6.108	20.286*	20.286*	19.143*
ระยะหลังการทดลอง	127.14	4.583		.000	1.143
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	127.14	4.583			.371
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	128.29	3.824			

* $p < .05$

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

5.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 นำเสนอดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติค่าทีของความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n =35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	90.86	5.07	90.86	3.74	.000	1.00
ระยะหลังการทดลอง	77.43	5.05	91.14	5.30	11.08	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	78.29	3.82	91.14	5.30	11.64	<.001
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	78.57	3.55	91.43	4.30	13.64	<.001

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงจาก 99.86, (SD = 5.07) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 77.43 (SD = 5.05) ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีค่าใกล้เคียงกันคือ 78.29 (SD = 3.82) และ 78.57 (SD = 3.55) ตามลำดับ

ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเป็น 90.86 (SD = 3.74), 91.14 (SD = 5.30), 91.14 (SD = 5.30) และ 91.43 (SD = 4.30) ตามลำดับ ซึ่งเป็นคะแนนที่ใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = .000, p = 1.0$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

5.2 ข้อมูลแสดงร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับของความดันโลหิตไดแอสโตลิก นำเสนอดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ข้อมูลแสดงร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามระดับของ

ความดันโลหิต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล
ครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

ระดับความดันโลหิต	ระยะก่อน		ระยะหลัง		ระยะติดตามผล		ระยะติดตามผล	
	การทดลอง		การทดลอง		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	0	0	100	0	100	5.7	100	2.9
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	82.8	74.3	0	97.1	0	85.7	0	94.2
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	17.2	25.7	0	2.9	0	8.6	0	2.9

จากตารางที่ 16 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความดันโลหิตไคเอสโตลิกสูงระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 82.8 และในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองทั้งหมดมีความดันโลหิตไคเอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 74.3, 97.1, 85.7 และ 94.2 ตามลำดับ

5.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไคเอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ นำเสนอดังตารางที่ 17, 18 และภาพที่ 7

ตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Subjects					
กลุ่ม(Group)	6801.429	1	6801.429	333.761	<.001
ความคลาดเคลื่อน(Error)	1385.714	68	20.378		
Within Subjects					
ระยะเวลาทดลอง(Time)	2030.000	3	676.667	32.145	<.001
กลุ่มX ระยะเวลาทดลอง	2275.714	3	758.571	36.036	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	4294.286	204	21.050		
Total	16787.143	279			

จากตารางที่ 17 พบว่าโดยภาพรวมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,68} = 333.761, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,204} = 32.145, p < .001$) และกลุ่มกับช่วงระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($F_{3,204} = 36.036, p < .05$)

เนื่องจากกลุ่มและระยะเวลาการทดลองมีปฏิสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำเสนอกราฟรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ ดังภาพที่ 7

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก



ภาพที่ 7 กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 7 พบว่า เส้นกราฟของทั้งสองกลุ่มตัดกัน นั่นคือรูปแบบการเปลี่ยนแปลง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) คงที่ ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) กลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะ ติดตามผลครั้งที่ 2 สูงขึ้นเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 17)

เนื่องจากรูปแบบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโต ลิกในช่วงระยะเวลาต่างๆของการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 25 ใน ภาคผนวก จ) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงนำเสนอผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ดังตารางที่ 18 ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ไดแอสโตลิกภายในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็นรายคู่โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	ระยะติดตามผลครั้งที่ 2
ระยะก่อนการทดลอง	90.86	5.071	13.429*	12.571*	12.286*
ระยะหลังการทดลอง	77.43	5.054		.857	1.143
ระยะติดตามผลครั้งที่ 1	78.29	3.824			.286
ระยะติดตามผลครั้งที่ 2	78.57	3.550			

* $p < .05$

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำสี่ระยะ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ณ สถานบริการปฐมภูมิ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับสลากสถานบริการปฐมภูมิ ครั้งแรกให้เป็นกลุ่มควบคุม และครั้งที่สองให้เป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นจับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 35 ราย

ดำเนินการวิจัยโดย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จำนวน 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ทำการประเมิน ผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเอง ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค และแบบบันทึกการติดตามตนเอง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Chi-square และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance)

สรุปผลการวิจัย

โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติจาก

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ย 57.91 ปี (SD = 5.92) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 48.5) อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 42.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 94.3) มีรายได้ต่อเดือน 1,000 บาท-4,999 บาท (ร้อยละ 68.6) เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 91.4) ไม่สูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.63 ปี (SD = 1.86) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 85.7) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.29 (SD = 2.46) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 60) มีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 190.74 มก./ดล (SD = 25.49) มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 200มก/ดล (ร้อยละ 77.2) ซึ่งถือว่าไม่มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม(ร้อยละ 91.4) ส่วนใหญ่รับประทานยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด และชนิดของยาที่รับประทานมากที่สุดคือ HCTZ (ร้อยละ 34.3)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ย 57.97 ปี (SD = 6.70) มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 48.5)มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 42.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ(94.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 – 4,999 บาท (ร้อยละ 68.6) เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ(ร้อยละ 88.6) และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(ร้อยละ88.6) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.66 ปี (SD = 2.44) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 77.1) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.73 (SD = 3.03) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ เมตร² (ร้อยละ54.3) มีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล187.54 มก./ดล. (SD = 22.03) มีระดับโคเลสเตอรอล ต่ำกว่า 200มก/ดล. (ร้อยละ 74.3) ซึ่งถือว่าไม่มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 88.5) ส่วนใหญ่รับประทานยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด และชนิดยาที่รับประทานมากที่สุดคือ HCTZ (ร้อยละ 34.3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล การสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคร่วม และชนิดของยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน

2. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่า

ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่สถานบริการปฐมภูมิ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 4 ที่ตั้งไว้

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างมีแบบแผน ประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น โดยการให้ความรู้และมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการควบคุมความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพพลิกประกอบคำบรรยาย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด พร้อมกับแจกคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและ

เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 วิธีคือ จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและกลวิธีการจัดการตนเอง ลงมือปฏิบัติการจัดการตนเอง และกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน เพื่อควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยมีการฝึกตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมจากง่าย ๆ ก่อน เมื่อประสบผลสำเร็จแล้วค่อยตั้งเป้าหมายที่ยากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติ การได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น ใช้ทั้งตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ โดยตัวแบบที่มีชีวิต คือผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้กระทำพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเรื่องหรือควบคุมความดันโลหิตได้ประสบผลสำเร็จ ให้ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในแต่ละครั้งที่ทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นแบบอย่างและเปรียบเทียบกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เหมือนกัน และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ทั้งสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูง โดยการแนะนำ การกระตุ้น และการอธิบายชี้แนะให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้ตระหนักและมองเห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และความจำเป็นของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และใช้คำพูดชื่นชม เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อมีอุปสรรคและไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ ให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองครบ 7 สัปดาห์ และทำการประเมินผลการทดลองในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นกว่าในระยะก่อนการทดลอง จาก 180.54 (SD = 9.89) เป็น 191.57 (SD = 7.76) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพนิต ปวงนิม (2552) ที่ทำการศึกษา ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ระยะเวลา

การทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องเท่ากับ 191.20 (SD = 7.88) และ 191.06 (SD = 7.57) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพยายามปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพฤติกรรมนั้นประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายยิ่งทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ดังนั้นเมื่อ กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถและทักษะในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติการจัดการตนเองของตนเอง จึงมุ่งมั่นปฏิบัติการจัดการตนเอง และกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไม่ย่อท้อ แม้ว่าจะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยคาดหวังผลลัพธ์คือ การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ทำให้เมื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะประเมินผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) คะแนนยังคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 และข้อ 5 ที่ตั้งไว้

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อมุ่งส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง โดยการทำกิจกรรมดังนี้ คือ ในระยะเตรียมความพร้อมได้ดำเนินการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต ได้ฝึกทักษะในการจัดการตนเองและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้ทำการปฏิบัติการจัดการตนเองด้วยตนเองที่บ้าน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลอื่น จนผู้ป่วยรับรู้ในความสามารถของตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น จากนั้นได้ดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองที่บ้านในระยะการจัดการตนเองและประเมินผลการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต เป้าหมายของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

ภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และควบคุมความดันโลหิตได้สำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ และพยายามใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการสังเกตติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ หากยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และผู้ป่วยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ โดยการแบบบันทึกและเปรียบเทียบจากแบบบันทึกการติดตามตนเอง และเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ให้แรงเสริมตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และกำลังใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้มากขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้เห็นผลดีของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ก็ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ได้ ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและคงการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) จาก 72.23 (SD = 7.56) เป็น 83.49 (SD = 5.11) และเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยังคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (12 สัปดาห์) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) เท่ากับ 83.29 (SD = 5.03) และ 82.91 (SD = 4.97) ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในระยะติดตามผลหลังทดลองระยะ 12 สัปดาห์และ 16 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซู พูน สุยและชาน (Siu, Poon, Chui & Chan, 2007) ที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 และ 6 ที่ตั้งไว้ น่าจะเป็นผลจากการที่ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค ภาวะสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีการควบคุมกำกับตนเอง ส่งผลให้

ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานุ (2551) ที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการศึกษาและแยกระดับความความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองพบว่า ในการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตในระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 1 ทั้งหมดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ และยังสามารถควบคุมได้ต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับ 2 จำนวน 1 รายจาก ทั้งหมด 6 ราย กลับมามีความดันโลหิตสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 แต่สามารถควบคุมได้ในสัปดาห์ที่ 16 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่ระดับความดันโลหิตสูงกว่าการควบคุมความดันโลหิตจะทำได้ยากกว่า (Kaplan & Flynn, 2006)

กล่าวโดยสรุป จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และยังคงที่แม้การทดลองเสร็จสิ้นไปแล้วในสัปดาห์ที่ 16 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงหลังการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งยังสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง แม้การทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 เดือน น่าจะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ตามแนวคิดกำกับตนเองของแคนเฟอร์และโกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) มีการทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเองรายกลุ่ม 2 ครั้ง รายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิต เกิดแรงจูงใจในการใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะของตนเอง ในการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ และรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ทำให้สามารถจัดการตนเองที่บ้าน ควบคุมกำกับตนเองในการควบคุมความดันโลหิตจนบรรลุเป้าหมาย ได้ใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และเห็นผลดีของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และยิ่งมั่นใจ มีความรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้นซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง ควรเน้นการทำงานเป็นทีม ร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพในการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลในการนำเสนอต่อทีมนำทางการพยาบาล และทีมสุขภาพในการวางแผนการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถใช้โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไปประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาไปใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 16 สัปดาห์ ซึ่งสามารถประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตได้ระยะหนึ่งเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาวได้ ควรมีการติดตามผลในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องและยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน เนื่องจากการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ต้องใช้เวลามากขึ้นในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานยา หรือการมาตรวจตามนัด ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ
4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อน

5. การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การรับประทานยา เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ พฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าด้านอื่น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติสาธารณสุข*. วันที่ค้นข้อมูล 10 เมษายน 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือคลายเครียดในการทำงาน*. กรุงเทพฯ. ยูเรนีสอินเมทกรุป.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 183-187)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา จรูญสิทธิ์. (2545). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. (2547). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬารัตน์ คำพานุศย์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชาติรี แมตศรี. (2547). *โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพร่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คุณใจ ชัยวานิชศิริ. (2546). *กิจกรรมทางกาย บทบาทในการป้องกันโรค*. ใน *วิศาล คันธารัตนกุล และระพีพล ญูชรรณ อ.อุยธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ (หน้า 87-101)*. กรุงเทพฯ: เอสพีเพรส.
- คำรงค์ กิจกุล. (2544). *คู่มือการออกกำลังกาย (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546). *ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บั้งอร ชมเดช. (2544). *สรีระวิทยาของระบบไหลเวียน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยการทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประกิจ วาทีสาชกกิจ. (2541). บุหรี: ภัยโรคหมายเลขหนึ่งในปี 2563. *คลินิก*, 61, 303- 305.
- ประเทือง ภูมิภัทราคม. (2540). *การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีศณี ศรีกัน. (2546). *ผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. (2538). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- พนิดา จันดา. (2551). *ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ อุ่นจิตร. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พรพนิต ปวงนิยม. (2552). *ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรินทร์ ดวงคล้าย. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. (2546). *การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี ทับทอง. (2548). *การออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเป่า อำเภอกะเปอร์สมุทรปราการ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). *ความดันโลหิตสูงใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 133-145) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิคั๊ พับลิเคชั่น.*
- ภาวิณี ศรีสันต์. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชวรรณ ตู่แก้ว. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจิรา สัมมะสุด. (2542). *หลักการปฏิบัติด้านโภชนบำบัด (พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธณชัย สิทธิเลิศ. (2546). *พฤติกรรมเสี่ยง ความตระหนัก การรักษา และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ.(2546). *แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. วันที่ค้นข้อมูล 10 มีนาคม 2553, เข้าถึงได้จาก*
www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter11.../vol2.pdf

- วรารัตน์ เหล่านภากุล. (2546). *เหตุผลในการขาดการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาล โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ จาริยะศิลป์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัลลา ตันตโยทัย. (2543). *ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล* (หน้า 29-46). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วิษุตา เจริญกิจการ (2543). *การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาดา. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). *โภชนาบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. สงขลา: ชานเมือง.
- วรวรรณ พุททวงศ์. (2548). *ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริมาส บุญประसार. (2544). *การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานุ.(2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว. (2553). รายงานประจำปี 2552, โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว. ยโสธร: ยโสธรการพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. วันที่ค้นข้อมูล 2 พฤษภาคม 2555, เข้าถึงได้จาก [http:// www.thaihypertension.org/news](http://www.thaihypertension.org/news).
- สว่างจิตต์ จันท. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเฉพาะโรค และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2545). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่างๆ. ใน บรรลุ สิริพานิช (บรรณาธิการ), การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (หน้า 21-27). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2544). คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิตร สุทชนะ. (2541). ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2546). การจัดการกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุขุมล ด้อยแก้ว. (2540). การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติพิศ รุ่งเรืองอนันต์. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต การศึกษา, สาขาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. นนทบุรี: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภัทษร ชมภู. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาวดี ด่านธำรงกุล. (2543). การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง: คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ลดาวัลย์ ปรินท์ติ้ง.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลำราญญู ชรินทร์. (2543). ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ความผาสุก และภาวะการฉีกควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวณี ศรีจิตระกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธรากุล, โปยม บัลลัง โปธิ์ และอุษา เกานิบล (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 29(1), 49-58.

- หทัยรัตน์ ชิตศักดิ์. (2540). *การศึกษากิจกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ ดีนาน. (2551). *แนวคิดและวิธีการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. ชลบุรี: ไฮเดนกรุ๊ป ปรีน แอนด์ มีเดีย.
- อรพินท์ กายโรจน์. (2543). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณดา นามเข้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุดมลักษณ์ จำสัดย์. (2550). *ผลลัพธ์ของการพัฒนาความสามารถแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Appel, M. A. (1986). Hypertension. In K. A. Holroyd, & T. L. Creer (Eds.), *Self management of chronic disease*.(pp. 347-372). New York: Academic Press.
- Banegas, J.R., Segura, J., Ruilope, L., Garcia – Robles, R., Compo., Rodriguez – Artalejo, F., & Tamargo, J., (2004). Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension Units in Spain. *Hypertension*, 43, 1338-1344.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underrhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaaras, S. (2003). The expanded chronic care model: an intergration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-81.

- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swak, P. R., & Czyzewski, J. I. (1993). Measuring self-efficacy expectation for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, *103*, 1524-1530.
- Belardinelli, R. (2002). Exercise training in heart failure patients. In K. Wasserman (Ed.), *Cardiopulmonary Exercise Test and Cardiovascular Health* (pp. 209-220). New York: Futura Publishing.
- Borzecki, A. N., Oliverria, S. A., & Berlowitz, D. R. (2005). Barrier to hypertension control. *American Heart Journal*, *149*, 85- 94.
- Boulware, L. E., Daumit, G. L., Frick, K. D., Minkovitz, C. S., Lawrence, R. S., & Poew, N. R. (2001). An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *American Journal of Preventive Medicine*, *21*(3), 221-232.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Dudley, T., Orr, M., Neary, A., Harrelson, M., Adams, M., Svetkey, K. P., Dolor, R. J., & Oddone, E. Z. (2005). The take control of your blood pressure (TCYB) study: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, *28*, 33-47.
- Bradley, E. G. (2007). Nursing management hypertension. In Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., & Bucher, L. (Eds.), *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems* (pp.761-783). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Burn, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct critique & utilization*. (5th ed.). St Louis: Elsevier Saunders.
- Burnier, M., (2000). Compliance in hypertension. *EDTNA/ ERCA Journal*, *13*, 152-155
- Clark, N. M., Clark, N.M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, *3*(5), 3-27.
- Ch Yiannakapolou, E., Papodopulos, L. S., Cokkins, D. V., & Mountokalakis, T. D. (2005). Adhererance of antihypertensive treatment: A critical factor for blood pressure control. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, *12*(3), 243- 249.
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta- analysis: Chronic disease self- management programs for older adults. *American College of Physicians Internal Medicine*, *143*(6), 427-438.

- Coates, V. E. & Boore, J. R. R. (1995). Self-mangement of chronic illness: Implications for nursing. *International Journal of Nursing Student*, 32(6), 628-640.
- Connelly,C., (1993,). An Empirical study of a model of self-care in chronic illness. *Clinical Nurse Specialist*, 7(5) 233-281.
- David, J., & Valory, N. (2001). Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *The New England Journal o Medicine*, 345(7), 479-487.
- Deakin, T., Welschen, M. C., Nijpels, G.,& Singh, D. (2006). Self management program for older people may help reduce blood pressure. *Evidence- base Cardiovascular Medicine*, 10, 52- 55.
- Devine, E. C. & Reifschneider, E. (1995). Meta - analysis of the effects of psycho educational care in adults hypertension. *Nursing Research*, 44, 237-245.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218.
- Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P., Yi-e, S., Huiqin, Y., Jianguo, M., Shitai, Z., Yongming, D., & Zhihua, W. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self management program in Shanghi, China: Randomize controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3), 174-182.
- Dulmen, S., Sluijs, E., Dijk , L.,Ridder, D., Heerdink, R. ,& Bensing, J.(2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007, Retrieved October 30, 2008 from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/55>.
- Elley, C. R. & Arroll, B. (2005). Refining the exercise prescription for hypertension. *The Lancet*, 366, 1248-1249.
- Ebrahim, S. (1998). Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 2(11). 151-156.
- Fahey, T., Schroeder, K. & Ebrahim, S. (2006). Review: Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *The Cochrane Library*, 4, 101 -105.
- Fodor, G., Cutler, H., Irvine, J., Ramsden, V., Tremblay, G., & Chockalingam, A. (1998). Adherence to non-pharmacologic therapy for hypertension: Problems and solutions. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), 1-70.

- Girerd, X., Radauceanu A., Achard, J. M., Fourcade, J., Tournier, B. Boillet, G., Silhol, F., & Hanon, O. (2001). Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists, *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 94 (8), 839-842.
- Groer, M.W. (2001). *Advance Pathophysiology: Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Gruman, J. & Von Korff, M. (1996). *Indexed Bibliography on Self- management for People with Chronic Disease*. Washington, DC: Center for Advancement in health.
- Halme, L., Vesalainen, R., Kaaja, M., & Kantola, I. (2005). Self- monitoring of blood pressure promotes achievement of blood pressure target in primary health care. *American Journal of Hypertension*, 18, 1415- 1420.
- Halpern, M. T. (2006). Recommendation for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. *American Heart Association*, 47, 1039-1048.
- Hyman, D. J. & Pavlik, V. N. (2001). Characteristic of patient with uncontrolled hypertension in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 345(7), 479-486.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1991). *Helping People Change: A Text Book of Method* (4th ed.). New York: Pregragon Press.
- Kangchai, W. (2002) Efficacy of self management program for elderly women with urinary incontinence. *Thai Journal of Nursing Research*, 6(3), 101-114
- Kaplan, N. M. & Flynn J. T. (2006). *Kaplan's Clinical Hypertension*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Karanja, N., Lancaster, K. J., Vollmer, W., Lin, P., Most, M., Jamy, F., Swain, J., Sacks, F., & Obarzaek, E. (2007). Acceptability of Sodium-Reduced Research Diets, Including the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, among Adults with Prehypertension and Stage 1 Hypertension. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 1530-1538.

- Keeratiyutawong, P. (2005). *A Self-management Program for Improving Knowledge, Self-care Activities, Quality of Life, and Glycosylated HbA1c in Thais with Type 2 Diabetes Mellitus*. Doctoral dissertation, Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Kotchen, T. A., & Kotchen, J. A. (1999). Lifestyle modification. In J. L. Izzo & H. R. Black (Eds.), *Hypertension Primer: The Essential of High Blood Pressure* (2nd ed.), (pp. 339- 341). Dallas: American Heart Association.
- Kyngas H. & Lahdenpera T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 832- 839.
- Lesley, M. L. (2007). Social problem Solving training for American: Effects on dietary problem solving skill and DASH diet - related behavior change. *Patient Education and Counseling*, 65, 137 – 146.
- Levine, B. S. (2000). Nursing Management hypertension. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds). *Medical-surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problem* (pp. 817-840). St. Louis: C. V. Mosby.
- Linden, W., Lenz, J. W., & Con, A. H. (2001). Individualized stress management for primary hypertension. *Archive Internal Medicine*, 161(23), 1071-1080.
- Lorig, K. (1993). Self -management of chronic illness: A model for the future. *Generations*, 17(3), 11-14.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Reseach*, 35(6), 334-8.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & WilKins.
- Naewbood, S. (2005). *Factors Related to Medication Adherence among persons with Hypertension*. Master' s thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies , Mahidol University.
- Norton, J. M. (1995). *Introduction Nursing Care of Adults*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Olson, J. P., & Warren, D. (2000). Hypertension and ischemic heart disease. In M. A. Smith & L. A. Shimp (Eds.), *Woman's Health Care*. (pp. 517- 537). New York: McGraw-Hill.
- Palang, C. L. (1991). Determinant of Health-Promoting Behavior: A Review of Current Research. *Nursing Clinics of North of America*, 26, 815-832.

- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange
- Pender, N. J. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Peterson, A. M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). *Meta-analysis of Trials of Intervention to Improve Medication Adherence*. Retrieved August 22, 2008, from <http://www.medscape.com/viewarticle/452568>
- Philip, S. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 504-511.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- PREMIER Collaborative Research Group. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. *Journal of American Medical Association*, 289(16), 2083-2093
- Sirirat, L. (2005). *Illness Representations in Thai Women Diagnosed with Hypertension and Relationships to Medication-taking Behavior*. Doctoral dissertation, Nursing, University of Michigan.
- Staessen, J. A., Gasowski, J., Wang, J. G., Thijs, L., Hond, E. D., Boissel, J., Coope, J., & Ekblom, T., Gueyffier, F., Liu, L., Kerlikowske, K., Pocock, S., & Fagard, R. H. (2005). Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in elderly: Meta analysis of outcome trials. *THE LANCET*, 355, 865-872.
- Siu, M. H., Chan, C. H., Poon, K. K., Chui, Y. Y., & Chan, C. C. (2007). Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling*, 65, 42-50.
- Swenson, S., Kjellgren, K. I., Ahlner, J., & Saljo, R. (2000). Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 76, 157- 163.
- Swales, J. D. (1994). *Textbook of Hypertension*. USA: Blackwell Scientific Publications.

- Swerissen, H. (2006). A randomized control trial of a self- management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education and Counseling*, 64, 360- 368.
- The European Society of Hypertension [ESH] and the European Society of Cardiology[ESC]. (2007). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 25, 1105 -1187.
- The Joint National Committee [JNC]. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *The Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2560-2572.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and Social Learning Theory. In K. A., Holroyd & T. L., Creer. (Eds.), *Self-management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research*, (pp. 29-55). New York: Academic.
- Wang, P. S., Bohn, R., Kinght, E., Glynn, R. J., Mogan, H., 7 Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 504-511.
- World Health Organization. (2009). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Retrieved October 30, 2010 from <http://www.who.int/whr/>
- World Health Organization-International Society of Hypertension [WHO/ISH]. 2003 World Health Organization /International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003, 21(11), 1983-1992.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยศวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. แพทย์หญิงอุษณา เขียนมงคล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลโสธร
4. คุณอังศุมาลิน โคตรสมบัติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลโสธร
5. คุณศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (English) EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR AND BLOOD PRESSURE AMONG ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS

2. ชื่อนิสิต นางสาวศิริณี โพธิ์ศรี

รหัสประจำตัวนิสิต 50910248 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคปกติ

ภาคพิเศษ

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็น สิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(✓) รับรองโครงการวิจัย (Approval)

() ไม่รับรอง (Not Approval)

4. วันที่ให้การรับรอง: 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2553

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ดิฉันนางสาวศิริราณี โพธิ์ศรี เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หากท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านช่วยตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยจะใช้เวลาในการตอบแต่ละครั้งไม่เกิน 45 นาที ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะทำในลักษณะของภาพรวม คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต การสอบถาม/สัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง และจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง โดยท่านจะได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการจัดการตนเอง เพื่อใช้ในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง และคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านต้องการที่จะปฏิเสธหรือออกจากการศึกษา ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ กับท่าน หรือการเข้ารับการรักษาของท่าน หากท่านมีปัญหาใด ๆ เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงได้ที่ดิฉัน นางสาวศิริราณี โพธิ์ศรี ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่าน หรือกรุณาโทรมาที่เบอร์โทรศัพท์ 081-9661354 ได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ศิริราณี โพธิ์ศรี

ผู้วิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

เรื่อง ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพและ ความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ดิฉันนางสาวศิริภาณี โพธิ์ศรี เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 16 สัปดาห์ หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต การสอบถาม/ สัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และภายหลังการสอบถาม/ สัมภาษณ์ หลังจากนั้นท่านจะได้เรียนรู้การจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมความดันโลหิต เป็นรายกลุ่ม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 และเรียนรู้การจัดการตนเอง เป็นรายบุคคล 3 ครั้ง โดยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การฝึกทักษะในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาลดความดันโลหิต และวิธีการจัดการตนเอง เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเองในการควบคุมความดันโลหิต เลือกรูปแบบการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต การให้แรงเสริมตนเอง และแบบบันทึกผลการติดตามตนเอง โดยให้ท่านบันทึกชนิดของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ การรับประทานยาลดความดันโลหิต การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ น้ำหนักตัว และวัดความดันโลหิต ได้รับคู่มือการจัดการตนเอง และทำการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 โดยในการประเมินผล ท่านจะได้รับการชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต การสอบถาม/ สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยยินดีตอบคำถามข้อสงสัย ให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมตามความเหมาะสม และผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง และจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง โดยท่านจะได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการจัดการตนเองที่จะช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านต้องการที่จะปฏิเสธหรือออกจากการศึกษา ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ กับท่าน หากท่านมีปัญหาใด ๆ เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงได้ที่ดิฉันนางสาวศิริณี โพธิ์ศรี ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่าน หรือกรุณาโทรมาที่เบอร์โทรศัพท์ 081-9661354 ได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ศิริณี โพธิ์ศรี
ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
 สาเหตุ

วันที่คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
 ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
 บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
 ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
 ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
 ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
 ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวศิราณี โพธิ์ศรี)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวศิราณี โพธิ์ศรี)

แบบสอบถามลำดับที่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

โดยกาเครื่องหมาย “ X ” หรือเติมข้อความในช่องว่าง กรุณาตอบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง [.....]
2. อายุ ปี [.....]
7. การสูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน () สูบบุหรี่ วันละ.....มวน () ไม่สูบบุหรี่ [.....]
() เคยสูบ แต่หยุดมานานเดือน/ปี

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน..... ปี [.....]
9. ส่วนสูง.....เซนติเมตร [.....]
13. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดมิลลิกรัม/ เดซิลิตร [.....]
14. การมีโรคอื่นร่วม [.....]
() ไม่มี
() มี (โปรดระบุ) () ไต [.....]
() เบาหวาน [.....]
() ไ้ไขมันในเลือดสูง [.....]
() อื่นๆ (โปรดระบุ)..... [.....]

แบบสอบถามลำดับที่.....

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย “X” ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบคำถามทุกข้อโดยการเลือกตอบ และใช้เกณฑ์ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านไม่ทราบ

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
1	สาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น				
3	คนที่มีความเครียดหรือกลุ่มใจมากติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง				
4	อาการและภาวะแทรกซ้อน คนที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นอาจไม่มีอาการเลยก็ได้				
11	ถ้าไม่รักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดอันตรายหรือตายจากโรคแทรกซ้อนได้				
12	การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน การควบคุมอาหาร คนที่เป็นความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารประเภทไขมันสูง				
14	การควบคุมหรือลดน้ำหนักมีส่วนช่วยในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้				
15	การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ก่อนออกกำลังกายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจร่างกายและขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลก่อน				
18	การพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างเพียงพอมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือช่วยในการควบคุมความดันโลหิต				

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
19	การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การสูบบุหรี่มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น				
21	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผลทำให้ฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตลดลงได้				
22	การจัดการกับความเครียด คนที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด เพื่อไม่ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น				
23	การทำสมาธิจะช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้				
26	การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คนที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องไปพบแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อตรวจเช็คความดันโลหิต อาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการรับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต				
27	คนที่มีความดันโลหิตสูงต้องไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้				
28	ฤทธิ์ของยา การหยุดรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงเป็นบางครั้ง ไม่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต				
31	การรับประทานยาลดความดันโลหิตบางชนิด ทำให้ปัสสาวะบ่อย				
32	การรับประทานยา คนที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ เพราะจะทำให้ความดันโลหิตต่ำมาก				
39	อาการข้างเคียงของยา เมื่อสังเกตพบว่ามีอาการผิดปกติหลังรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น ใจสั่น หน้ามืดควรกลับไปพบแพทย์ก่อนวันนัด				
45	คนที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงแล้ว มีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงจากการใช้ยา สามารถรับประทานยาต่อไปได้				

แบบสอบถามลำดับที่

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

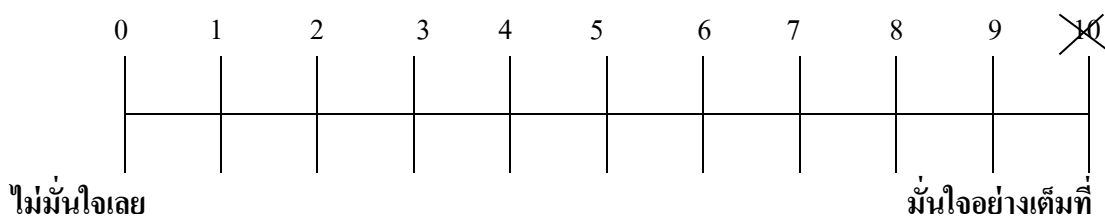
คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบประเมิน

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แต่ละข้อ ถามถึงความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วให้คะแนนความมั่นใจในความสามารถของท่าน ที่จะกระทำการดูแลตนเองในแต่ละข้อได้สำเร็จ โดยทำเครื่องหมาย “X” บนตัวเลขที่แสดงความมั่นใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นๆเลย
1	หมายถึง	ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นๆเล็กน้อย
2	หมายถึง	ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นๆมากกว่า 1
3,4,5,6,7,8,9	หมายถึง	ท่านมั่นใจในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นๆมากขึ้นตามลำดับตัวเลข
10	หมายถึง	ท่านมั่นใจอย่างเต็มที่ในการกระทำกิจกรรมข้อนั้นๆ

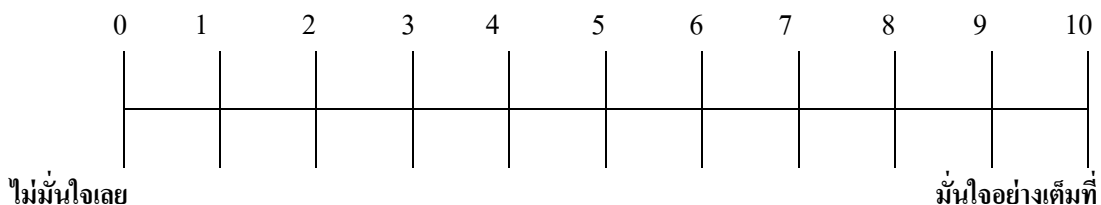
ตัวอย่าง

ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถอาบน้ำได้วันละ 2 ครั้ง

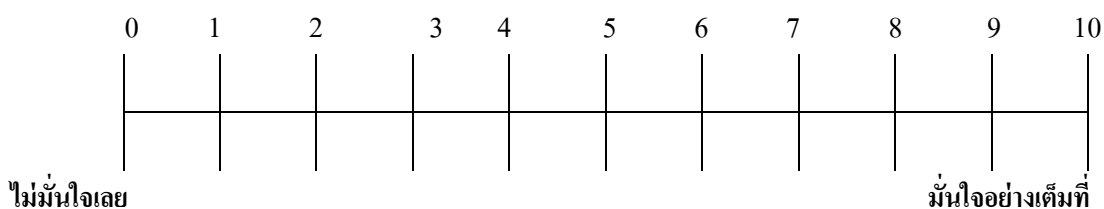


การแปลความหมาย การที่ท่านเลือก 10 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นใจอย่างเต็มที่ว่า ท่านสามารถอาบน้ำได้วันละ 2 ครั้ง

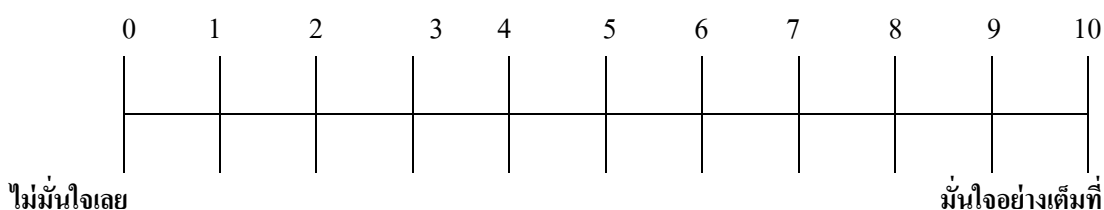
1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถกินอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสระหว่างการกินอาหาร



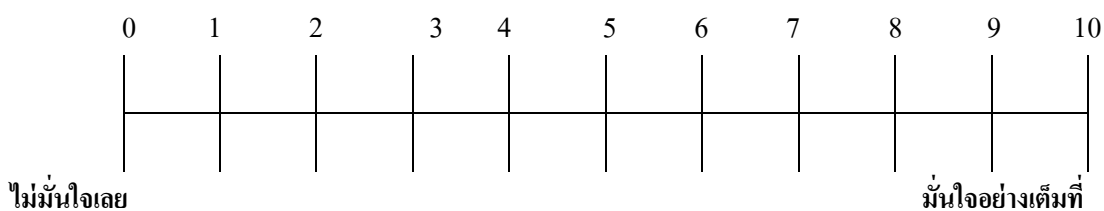
3. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ๆ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ไข่แดง อาหารที่มีกะทิ และของทอดต่าง ๆ ให้น้อยลงได้



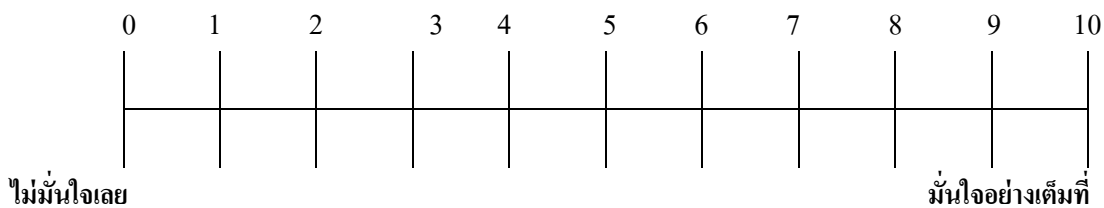
8. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้เวลาไม่น้อยกว่า 20 - 30 นาทีต่อครั้ง



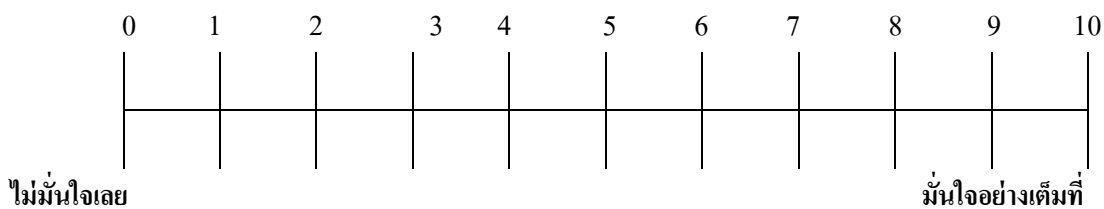
12. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถบรรเทาอาการข้างเคียงก่อนไปพบแพทย์ได้ เมื่อเกิดอาการที่เป็นผลมาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ปวดศีรษะ



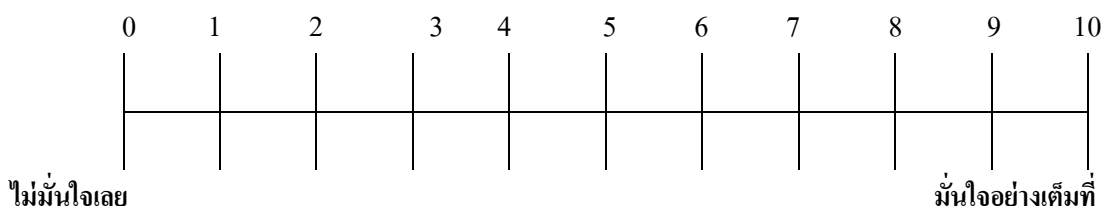
14. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถบรรเทาหรือลดความเครียดได้ เช่น นอนหลับ อ่านหนังสือ ฟังเพลง
เมื่อมีปัญหาทำให้เครียดหรือกุ่มใจ



22. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถจะไปตรวจวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยใกล้บ้าน
ทุกครั้งเมื่อฉันสงสัยว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงขึ้น



23. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถจะปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลฉันเสมอ เมื่อ
มีปัญหาสุขภาพ



แบบสอบถามลำดับที่.....

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตสูงของท่านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย “X” ในข้อที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 4 หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอ (ทุกวัน)
- 3 หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆบ่อยครั้ง (5 - 6 วันต่อสัปดาห์)
- 2 หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆปานกลาง (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)
- 1 หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆบางครั้ง (2 - 1 วันต่อสัปดาห์)
- 0 หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆเลย (ไม่ปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์)

ตัวอย่าง

ข้อ	คำถาม	การปฏิบัติ				
		0 ไม่ได้ ปฏิบัติ	1 ปฏิบัติ บางครั้ง	2 ปฏิบัติปาน กลาง	3 ปฏิบัติ บ่อย	4 ปฏิบัติ สม่ำเสมอ
1	นั้นอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง					X

การแปลความหมาย การที่ท่านเลือกข้อ 4 หมายถึง ท่านอาบน้ำวันละ 2 ครั้งอย่างทุกวัน

ข้อ	คำถาม	การปฏิบัติ				
		0 ไม่ได้ ปฏิบัติ	1 ปฏิบัติ บางครั้ง	2 ปฏิบัติปาน กลาง	3 ปฏิบัติ บ่อย	4 ปฏิบัติ สม่ำเสมอ
1	ฉันรับประทานอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรส ระหว่างกินอาหาร					
2	ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ของหมักดอง					
7	ฉันเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การเต้นแอโรบิก					
12	ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย วันละ 6-8 ชั่วโมง					
18	ฉันรู้จักสรรพคุณของยาและผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่					
23	เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฉันปรึกษาและขอคำแนะนำ จากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลฉันเสมอ					

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

เรื่อง การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ดำเนินการ นางสาวศิริณี โพธิ์ศรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับความดันโลหิตสูง
- 2.
5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิต ได้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 35 ราย

ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ ที่สถานบริการปฐมภูมิและ

1. ระยะเตรียมความพร้อม สัปดาห์ที่ 1-3

การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 เป็นรายกลุ่ม ที่สถานบริการปฐมภูมิ

การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 เป็นรายบุคคล ที่บ้านผู้ป่วย

การส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 เป็นรายกลุ่ม

2. ระยะการจัดการตนเองและติดตามประเมินผล สัปดาห์ที่ 4-5

การเรียนรู้การจัดการตนเองครั้งที่ 4 เป็นรายบุคคล ที่บ้านผู้ป่วยแต่ละราย

การเรียนรู้การจัดการตนเองครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 7

อุปกรณ์และสื่อ

1. คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ภาพพลิกความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทาง
3. สื่อการสอนวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่อง
4. แบบบันทึกการติดตามตนเอง

วิธีการ การบรรยาย การสาธิต และการทำกลุ่ม

วิธีการประเมินผล

1. การสังเกต การซักถาม การตอบคำถาม
- 2'
- 3'
4. การปฏิบัติ

- สัปดาห์ที่ 1** ส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 1 เป็นรายกลุ่ม ที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ
- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และรับรู้เกี่ยวกับ
 3. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	เวลาที่ใช้	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ...	สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ	5 นาที	ผู้วิจัย - กล่าวทักทาย ... ผู้ป่วย - แนะนำตนเอง	-	- ผู้ป่วยมีการพูดคุย ตอบโต้.....
3. ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้					
8. ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้.	ต่อไปนี้เป็นปฏิบัติด้วยตัวเอง เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิตของท่านเอง.....	15 นาที	ผู้วิจัย - ชักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ผู้ป่วย - แนะนำตนเอง	ภาพพลิก	ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับ.....

สัปดาห์ที่ 2 ส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ปวยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 2. เพื่อให้ผู้ปวยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	เวลาที่ใช้	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้ปวยอธิบายเกี่ยวกับ.....	ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปวย.....	10 นาที	ผู้วิจัย - ชักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปวย.....	ภาพพลิก	ผู้ปวยอธิบายเกี่ยวกับ.....
10. ผู้ปวยอธิบายถึงวิธีการให้แรงเสริมตนเองได้	การให้แรงเสริมตนเองเป็นขั้นตอนการ..... ผู้วิจัยสรุปถึง การตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต.....	5 นาที 5 นาที	ผู้วิจัย - อธิบายกลวิธีในการให้แรงเสริมตนเอง ผู้ปวย - กำหนดวิธีการให้แรงเสริม.....		ผู้ปวยสามารถบอกถึงวิธีการ.....

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3

- วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. มีทักษะใน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	เวลาที่ใช้	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี.....	ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย	3 นาที	ผู้วิจัย กล่าวทักทาย ผู้ป่วย ทักทาย สมาชิก.....		การมีส่วนร่วม ร่วมพูดคุย โต้ตอบกัน
5. ผู้ป่วยอธิบายถึงการออกกำลังกาย.....	ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่อง.....	20 นาที	ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยน..... ผู้ป่วย พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น.....		ผู้ป่วยอธิบายถึงการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 7

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	เวลาที่ใช้	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยบรรลุนเป้าหมาย.....	<p>ผู้วิจัยซักถาม สุขภาพทั่วไปของ ผู้ป่วยและปัญหา และอุปสรรคใน การจัดการตนเอง</p> <p>ถ้าบรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้...</p> <p>ถ้าไม่บรรลุ เป้าหมายที่กำหนด ไว้.....</p>	45 นาที	<p>ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ป่วย พูดคุยถึงปัญหา และอุปสรรคใน การจัดการตนเอง</p> <p>ผู้ป่วย - พูดคุย ถึง ปัญหาและ อุปสรรคในการ จัดการตนเอง.....</p>	แบบ บันทึก.....	- ผู้ป่วยบรรลุนเป้าหมายที่วางไว้

คู่มือการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



สำหรับ

ชื่อ.....

คำนำ

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งในการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติได้

ศิราณี โพธิ์ศรี

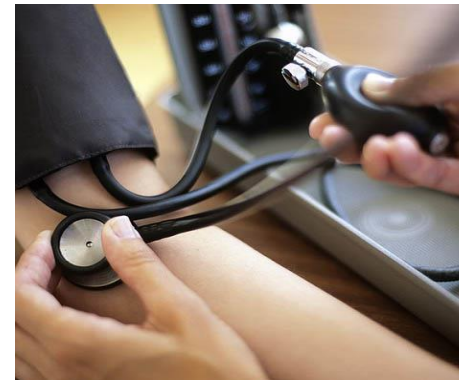
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางการนัดหมาย

ครั้งที่	วันที่/เดือน/พ.ศ.	เวลา	สถานที่
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

โรคความดันโลหิตสูง



- ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจบีบตัว และ
สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย
- ผลการวัดความดันโลหิตจะอ่านเป็น 2 ค่า เช่น 120/80 มิลลิเมตร

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ($n=35$)

	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		Mean difference	t	df	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
คะแนนความรู้ก่อน การทดลอง	35.34	2.65	36.60	2.78	1.26	1.94	68	.057
คะแนนความรู้หลัง การทดลอง	40.06	1.55	36.20	2.07	-3.86	-8.82	68	<.001

จากตารางที่ 19 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t_{68} = 1.94, p = .057$) ระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{68} = -8.82, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ตารางที่ 20 ผลของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะ
 ติดตามผลครั้งที่ 2

รายด้าน	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ของกลุ่มทดลอง (n = 35)				คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ของกลุ่มควบคุม (n = 35)			
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม ผลครั้งที่ 1	ติดตาม ผลครั้งที่ 2	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม ผลครั้งที่ 1	ติดตาม ผลครั้งที่ 2
	ด้านการควบคุม อาหาร (คะแนนเต็ม 60)	40.25	43.50	43.15	43.15	39.80	40.26	39.53
ด้านกิจกรรมและ การออกกำลังกาย (คะแนนเต็ม 20)	13.00	15.60	16.06	15.60	13.36	13.50	13.78	13.48
ด้านการจัดการ ความเครียด (คะแนนเต็ม 30)	25.58	26.43	25.90	26.85	25.75	25.35	25.35	25.58
ด้านการหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยง (คะแนนเต็ม 40)	35.70	36.49	36.49	36.36	34.90	35.50	35.30	35.34
ด้านการ รับประทานยา (คะแนนเต็ม 50)	40.71	44.13	43.60	43.40	41.53	40.58	41.24	40.86
ด้านการตรวจตาม นัด (คะแนนเต็ม 30)	25.30	25.42	26.00	25.70	25.17	25.30	25.17	25.12
รวม 230 คะแนน	180.54	191.57	191.20	191.06	180.51	180.49	180.37	180.43

จากตารางที่ 20 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาหาร
 ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในระยะหลังการทดลองจาก 40.25 เป็น 43.50 และยังคงค่อนข้าง

คงที่ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 12) และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 16) เป็น 43.15 และ 43.15 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในระยะหลังการทดลองจาก 12.78 เป็น 15.60 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 เป็น 16.06 และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 16 เป็น 15.60 และคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับประทานยาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 40.71 เป็น 43.13 และค่อนข้างคงที่ในระยะ ติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็น 43.60 และ 43.40 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยด้านการ จัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาตรฐานนัด ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 มีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายด้านทั้ง 6 ด้าน ในแต่ละระยะมีความแตกต่างกันเพียง เล็กน้อย

ตารางที่ 21 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และ ระยะติดตามผลครั้งที่ 2

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value
กลุ่มทดลอง					
ระยะเวลา(Time)	3029.050	1.257	2410.213	195.906	<.001
ความคลาดเคลื่อน	525.700	42.730	12.303		
Total	3554.75	43.987			
กลุ่มควบคุม					
ระยะเวลา(Time)	.421	2.031	.207	.007	.993
ความคลาดเคลื่อน	1949.329	69.069	28.223		
Total	1949.7500	71.100			

จากตารางที่ 21 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่าง กันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,257, 42.730} = 195.906, p < .001$) ส่วนคะแนน เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

รายด้าน	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ของกลุ่มทดลอง (n = 35)				คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ของกลุ่มควบคุม (n = 35)			
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผลครั้งที่ 1	ติดตามผลครั้งที่ 2	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผลครั้งที่ 1	ติดตามผลครั้งที่ 2
ด้านการควบคุมอาหาร (คะแนนเต็ม 24)	16.73	20.89	20.77	20.54	16.53	15.64	15.40	15.60
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (คะแนนเต็ม 8)	5.70	6.51	6.50	6.44	5.71	5.68	5.66	5.59
ด้านการจัดการความเครียด (คะแนนเต็ม 12)	10.63	11.32	11.25	11.30	10.47	10.50	10.63	10.77
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (คะแนนเต็ม 16)	13.80	14.70	14.50	14.54	13.94	13.51	13.71	13.58
ด้านการรับประทานยา (คะแนนเต็ม 20)	15.25	18.73	18.80	18.60	15.10	14.84	14.73	14.53
ด้านการมาตรฐานติดตามนัด (คะแนนเต็ม 12)	10.12	11.34	11.47	11.49	10.05	9.89	9.91	9.87
รวม 92 คะแนน	72.23	83.49	83.29	82.91	71.80	70.03	70.04	69.94

จากตารางที่ 22 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองอย่างชัดเจนจาก 16.73 เป็น 20.89 และยังคงค่อนข้างคงที่ใน

ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็น 20.77 และ 20.54 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระยะหลังการทดลองจาก 15.25 เป็น 18.73 และยังคงที่สม่ำเสมอในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เป็น 18.80 และ 18.60 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ในระยะหลังการทดลอง และค่อนข้างคงที่ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ในแต่ละระยะของการทดลองมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 23 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
ระยะเวลา (Time)	3182.136	1.153	2759.799	181.496	<.001
ความคลาดเคลื่อน	596.114	39.203	15.206		
Total	3778.250	40.356			
กลุ่มควบคุม					
ระยะเวลา (Time)	77.886	2.516	30.950	3.796	.018
ความคลาดเคลื่อน	697.614	85.560	8.153		
Total	775.500	88.076			

จากตารางที่ 23 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,153, 39,203} = 181.496, p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,516, 85,560} = 3.796, p = .018$)

ตารางที่ 24 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
ระยะเวลา(Time)	10430.714	3	3476.905	245.550	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1444.286	102	14.160		
Total	11875.000	105			
กลุ่มควบคุม					
ระยะเวลา(Time)	7.857	3	2.619	.067	.977
ความคลาดเคลื่อน	3967.143	102	38.894		
Total	7.3975.000	105			

ตารางที่ 24 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,102} = 245.550, p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 25 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
ระยะเวลา(Time)	4300.000	3	14333.333	74.974	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1950.000	102	19.118		
Total	6250.000	105			

ตารางที่ 25 (ต่อ)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มควบคุม					
ระยะเวลา(Time)	5.714	3	1.905	.083	.969
ความคลาดเคลื่อน	2344.286	102	22.983		
Total	2350.000	105			

ตารางที่ 25 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,102} = 74.974, p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ