

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



วิทยานิพนธ์เสนอที่ติวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ตุลาคม 2558  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง”

ของรุ่งโรจน์ พร moy

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอভะ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.สุภาร แนวบุตร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนัด วรรณาพรศิริ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก  
(ดร.สายชล จันทร์วิจิตร)

อนุมัติ

..... (ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

28 ตุลาคม 2558

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัย	รุ่งใจน์ พรมอยู่
ประธานที่ปรึกษา	ดร.สุภาพร แนวบุตร
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ชนนาด วรรณพิริ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2558
คำสำคัญ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ระดับความดันโลหิต โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวยพazu อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดอุทัยธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้ศึกษากำหนดจำนวน 52 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

### ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ,  $t = 2.28$ )

กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซีสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังเข้าโปรแกรมต่างกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ( $p\text{-value} < 0.01$ ) และต่างกว่ากลุ่มควบคุม ( $p\text{-value} < 0.01$ ,  $t = -2.84$  และ  $t = -3.04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Title	EFFECT OF HEALTH CARE PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS
Author	Rungrot Promyu
Advisor	Supaporn Naewbood, Dr.P.H.
Co-Advisor	Associate Professor Chommanard Wannapornsiri, D.N.S.
Academic Paper	Thesis M.N.S in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2015
Keywords	Hypertensive, Blood pressure level, Health care program, Health behaviors

## ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the results of a health care program on health behaviors and blood pressure levels. The study included fifty-two subjects. These were hypertensive patients living in the district of the Hui-poo health promotion hospital in Ban rai district, Uthaithani Province. Subjects were carefully selected based on the specific inclusion criteria. They were then assigned into experimental and control groups with 26 people per each group. The experimental group participated for 8 weeks in the applied Health Belief Model health care program. The control group received regular care. Questionnaire and home visit records were collected promptly to secure the data was properly monitored. The data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics such as percentage, mean, standard deviation, paired t-test and dependent t-test.

The results were found that the experimental group had a significantly higher score in health behaviors ( $p < 0.05$ ). The systolic blood pressure and diastolic blood pressure after the conclusion of the program were at a lower level than before the program started with a statistical significant at  $p < 0.01$ . Moreover, the results indicated that the experimental group had a considerably higher score in health behaviors ( $p < 0.05$ ). Again, the systolic blood pressure and diastolic blood pressure at the program's

conclusion showed a lower level than before program's start with a statistical significant at  $p < 0.01$  than those of the control group.



## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคความดันโลหิตสูง.....	7
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ.....	31
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	43
ตอนที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป.....	44
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับ ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	46
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับ ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม.....	48
5 บทสรุป.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	52
ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	61
ประวัติผู้วิจัย.....	82

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ระดับความดันโลหิตสูง (มม. ปีอห) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป.....	8
2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	15
3 ยาลดความดันโลหิตที่ควรให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก.....	18
4 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง.....	19
5 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ.....	20
6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 52$ ) โดยที่กลุ่มทดลอง ( $n = 26$ ) กลุ่มควบคุม ( $n = 26$ ).....	44
7 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	46
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	47
9 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	48
10 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	49

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงถึงความสัมพันธ์ของ Renin – Angiotensin – Aldosterone กับภาวะ ความดันโลหิตสูง.....	11
2 2014 Hypertension Guideline Management algorit.....	16
3 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน.....	20
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	24
5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
6 การออกแบบงานวิจัย.....	35

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2551 ขององค์กรอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 40.00 ของประชากร 25 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2523 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 600 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1 พันล้านคน ทวีปแอฟริกามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.00 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (WHO, A global brief on hypertension, 2013, p. 10) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 ความซุกซ่อนโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 21.40 ใกล้เคียงกับข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547 (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552, หน้า 145)

เมื่อพิจารณาความครอบคลุมในการคัดกรองการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ และการได้รับการดูแลรักษา พบว่า ในจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ในเพศชาย และร้อยละ 40.00 ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8.00–9.00 ได้รับการวินิจฉัยแต่ยังไม่ได้รับการรักษา ประมาณห้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ และประมาณ 1 ใน 4 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552, หน้า 147) จากข้อมูลการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551 – 2553 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 21.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2542 เพิ่มเป็น 981.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2554, หน้า 193)

ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2555 มีผู้ป่วยจำนวน 38,271 ราย คิดเป็น 11,264.86 ต่อแสนประชากร อำเภอหนองขายย่าง มีอัตราป่วยสูงที่สุด คิดเป็น 15,567.24 ต่อแสนประชากร รองลงมาอำเภอเมืองอุทัยธานี มีอัตราป่วยคิดเป็น 14,990.25 ต่อแสนประชากร และอำเภอหนองจาง มีอัตราป่วยคิดเป็น 12,747.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ปีงบประมาณ 2556 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 41,541 ราย อัตราป่วยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 12,227.26 ต่อแสนประชากร อำเภอหน่องชาหย่าง มีอัตราป่วยสูงที่สุด คิดเป็น 16,370.40 ต่อแสนประชากร รองลงมาอำเภอหนองจาง มีอัตราป่วยคิดเป็น 14,458.87 ต่อแสนประชากร และอำเภอเมือง อุทัยธานี มีอัตราป่วยคิดเป็น 13,737.88 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอุทัยธานีปี 2555 - 2556) อำเภอบ้านไทร มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7,180 ราย อัตราป่วยคิดเป็น 9,957.15 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2555 และในปีงบประมาณ 2556 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 7,800 ราย อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 10,816.40 ต่อแสนประชากร (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอุทัยธานี 2555 - 2556) จากข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวพูด อำเภอบ้านไทร จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 94 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 99 ราย ในปีงบประมาณ 2556 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140 และ DBP ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90) ปีงบประมาณ 2555 คิดเป็นร้อยละ 43.62 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.55 ในปีงบประมาณ 2556 (เป้าหมายร้อยละ 80)

จากข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่สามารถลดการรับประทานอาหารที่มีรสเด็ด ขาดการออกกำลังกาย และผู้ป่วยบางรายยังมีการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการกินยาไม่นิ่งเฉย เนื่องจากขาดผู้ดูแล (รายงานตัวชี้วัดพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวพูด ปี 2556 งวดที่ 2 เดือนมีนาคม – เดือนกันยายน 2556) จากการติดตามผู้ระหว่างพัฒนาร่วมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยมี BMI หากกว่า  $25 \text{ kg/m}^2$  จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 65.66 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ข้อมูล NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวพูด ปี 2556)

พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดการรับประทานอาหารที่มีรสเด็ด การออกกำลังกายการลดการดื่มแอลกอฮอล์ (พีระบุรณภิจเจริญ, 2555, หน้า 15) จากรายงานวิจัยของอัมพร วรรณรา (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีพฤติกรรมการรับประทานยาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ และจาก

งานวิจัยของนภาพร ห่วงสุขสกุล (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบร่วมปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยุคความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

จากการวิจัยของศุภารัชต์ ผาธรรม (2551) ได้ศึกษาฐานแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงศูนย์สุขภาพชุมชนพิงพวยอำเภอครีรัตน์จังหวัดศรีสะเกษ พบร่วมกับภัยหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่างกว่าก่อนการทดลองและต่างกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและงานวิจัยของสมพร พานสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้มงวดเบี้ยนรักษาที่สถานีอนามัยคลาดแคล ดำเนินการปรำสាព อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบร่วม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการดูแลตนของ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการดูแลตนของ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีผลต่างของระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง ต่างกว่าก่อนการทดลอง และต่างกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ดังนั้น ปัจจัยที่ส่งผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ประชอบด้วย ความสม่ำเสมอในการกินยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดูแลรักษาตัวเองดีมีผลก่อ效益 ชา กาแฟ

และการจัดการความเครียด เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโภคนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1996) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ส่วนสิงชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมการที่ต้องการ โดยวิธีการจัดทำข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย สงเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และใช้ระบบการเตือนที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแทนสิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

### คำถามการวิจัย

- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับพุทธิกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมหรือไม่
- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

- เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อระดับพุทธิกรรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
- เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อระดับความดันโลหิตต่อระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

### ความสำคัญของการวิจัย

เพื่อเป็นรูปแบบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

### ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพูด อําเภอบ้านไผ่ จังหวัดอุทัยธานี ได้รับการอนุมัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556 จำนวน 99 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวยพлу อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดอุทัยธานี ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 52 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากโรงพยาบาลบ้านไผ่ และกินยา.rักษาโรคความดันโลหิตต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวยพлу ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556 ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนยา กินอะไรทั้งหมด สำหรับการวินิจฉัย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดื่มน้ำ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การจัดการความเครียด และการพับเพทายตามนัด

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรม ส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ติดตามการกินยา ของผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์สปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 สอบถามอาการผิดปกติของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพประเมินการกินยา ของผู้ป่วยโดยการตรวจนับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรมกระเบื้อง

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) มี 2 ค่า คือ ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือความดันซิสโติก (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure)

### สมมุติฐานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้น หลังเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลง  
หลังเข้าโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพุทธิกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดทางชีวีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตเกิดจากแรงดันของเลือดที่มีต่อผนังหลอดเลือด ขณะหัวใจมีการบีบและคลายตัวหัวใจเพื่อส่งเลือดออกจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย (WHO, A global brief on hypertension, 2013, p.17) ความดันโลหิตมีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปอนด์ (mmHg) มี 2 ค่า คือค่าความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง ได้แก่

1. ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือ ความดันซิสโตรลิก (Systolic blood pressure) คือ ค่าความดันโลหิตสูงสุดขณะที่หัวใจมีการบีบตัว

2. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือ ความดันไดแอสโตรลิก (Diastolic blood pressure) คือค่าของแรงดันโลหิตต่ำสุดขณะที่หัวใจมีการคลายตัว

ค่าความดันปกติในผู้ใหญ่ ระดับความดันโลหิตซิสโตรลิก (Systolic blood pressure, SBP) เท่ากับ 120 มม.ปอนด์ และระดับความดันไดแอสโตรลิก (Diastolic blood pressure, DBP) 80 มม.ปอนด์ (WHO, A global brief on hypertension, 2013, p.17)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตรลิก (Systolic blood pressure, SBP)  $\geq$  140 มม.ปอนด์และ/หรือ ระดับความดันไดแอสโตรลิก (Diastolic blood pressure, DBP)  $\geq$  90 มม.ปอนด์ (WHO, A global brief on hypertension, 2013, p.17)

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP  $\geq$  140 มม.ปอนด์ แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปอนด์ (พีระ บุรณากิจเจริญ, 2555, หน้า 1)

Isolated office hypertension หรือ White - coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยายาลหรือสถานบริการสาธารณสุขพบว่าสูง (SBP มีค่า  $\geq 140$  มม.ปดาทและ/หรือ DBP  $\geq 90$  มม.ปดาท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าไม่สูง (SBP มีค่า  $< 135$  มม.ปดาท และ DBP  $< 85$  มม.ปดาท (พีระ บูรณະกິຈເຈົ້າຍຸ, 2555, หน้า 1)

Masked hypertension หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยายาล หรือสถานบริการสาธารณสุขพบว่าปกติ (SBP มีค่า  $< 140$  มม.ปดาท และ DBP  $< 90$  มม.ปดาท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าสูง (SBP มีค่า  $\geq 135$  มม.ปดาท และ DBP  $\geq 85$  มม.ปดาท) (พีระ บูรณະກິຈເຈົ້າຍຸ, 2555, หน้า 1)

ตาราง 1 ระดับความดันโลหิตสูง (มม. ปดาท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปี ขึ้นไป

Category	SBP (ມີລັບຕຽບປອກ)	DBP (ມີລັບຕຽບປອກ)
Optimal	< 120	ແລະ
Normal	120- 129	ແລະ/หรือ
High normal	130-139	ແລະ/หรือ
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	ແລະ/หรือ
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	ແລະ/หรือ
Grade 3 hypertension (severe)	$\geq 180$	ແລະ/หรือ
Isolate systolic hypertension	$\geq 140$	ແລະ

หมายเหตุ: SBP – systolic blood pressure; DBP – diastolic blood pressure; เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกันให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์สำหรับ isolated systolic hypertension ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

ที่มา: พีระ บูรณະກິຈເຈົ້າຍຸ, 2555, หน้า 3

การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามชนิดของสาเหตุ (สุจินดา วิมศรีทอง, 2551)  
แบ่งออกได้ 2 ชนิดคือ

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension หรือ Essential Hypertension) พบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ประมาณร้อยละ 90 - 95) และพบว่ามีปัจจัยสังเคราะห์ต่างๆ ที่ชักนำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ได้แก่

- 1.1 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นด้วย
- 1.2 ประวัติครอบครัว ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมีประวัติบุคคลในครอบครัว มีญาติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ความอ้วน การที่มีน้ำหนักตัวมากสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง
- 1.4 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมาก
- 1.5 ความเครียด ความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความเปลี่ยนระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้นชั่วคราว
- 1.6 การใช้ยาคุมกำเนิด พบร่วมกับยาคุมกำเนิดร้อยละ 5.00 ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงน้อย และระดับความดันโลหิตกลับมาปกติเมื่อเลิกรับประทานยาคุมกำเนิด พยาธิสรีวิทยา

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่ทราบกลไกการเกิดแน่นอน แต่มีการศึกษาหลายทฤษฎีพยายามอธิบาย ดังนี้

1. Genetic defect มีความผิดปกติของไตเองตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถ Excrete Sodium และน้ำได้
2. Sympathetic nervous system มี Overactivity เพิ่มการหลั่งสาร Adrenaline และ Noradrenaline

3. Renin angiotensin system ผู้ที่มีระดับเรนินในพลาสม่าสูงมีโอกาสเกิดพยาธิสภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดสูง

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ซึ่งมีสาเหตุจากโรคไต เช่น โรคหลอดเลือดแดงของไตตีบ (Renal artery stenosis) โรคระบบต่อมไร้ท่อ (Cushing's syndrome, Pheochromocytoma) สาเหตุจากระบบประสาทผิดปกติ เช่น เนื้องอกในสมองที่สร้าง Catecholamine สาเหตุจากเลือดออกในสมอง และการได้รับยาหรือสารกระตุ้นจากภายนอกทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น ยาคุมกำเนิด, Corticosteroid, Caffeine, Narcotic cocaine และ amphetamine เมื่อแก้ไขสาเหตุได้ ระดับความดันโลหิตจะกลับมาปกติ

## พยาธิสรีวิทยา

หล่ายระบบของร่างกายทำงานสัมพันธ์กันในการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้  
ตัวกำหนดระดับความดันโลหิตที่สำคัญ คือ ปริมาณที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac output)  
และแรงต้านทานของหลอดเลือด (Peripheral resistance) ดังนี้

$$\text{BP} = \text{CO} \times \text{PR}$$

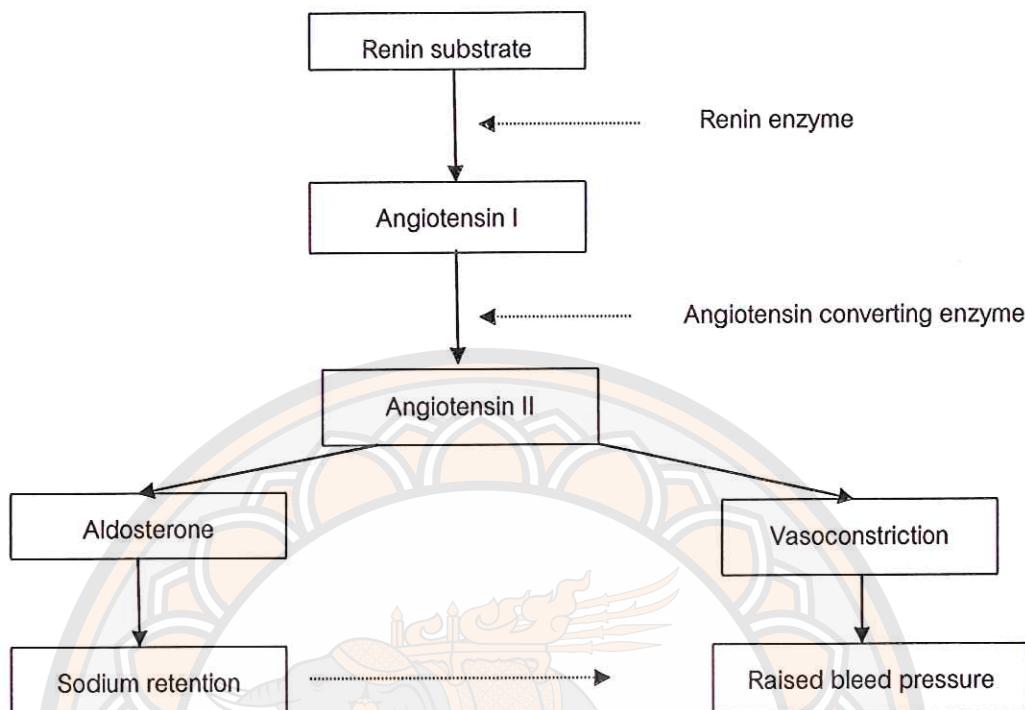
BP = Blood pressure

CO = Cardiac output

PR = Peripheral resistance

เมื่อมีการเพิ่มของ Cardiac output และ/หรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

การที่ไตถูกทำลายหรือหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงที่ไตเป็น จะกระตุ้น Renin angiotensin aldosterone system กล่าวคือ Renin enzyme ถูกหลั่งออกมานอกจาก Juxtaglomerular cell ของ Renal afferent arteriole มากขึ้น ทำปฏิกิริยาต่อ Renin substrate จากตับ เป็น Angiotensin I แล้ว Angiotensin converting enzyme จากปอดจะเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นตัวทำให้หลอดเลือดหดตัว และ Angiotensin ยังกระตุ้นให้ Adrenal gland หลัง Aldosterone ซึ่งเป็น Hormone ที่เพิ่มความสามารถในการดูดซึมโซเดียมและนำที่ Distal tubule เพื่อแลกเปลี่ยนโปแทสเซียม ทำให้มีการเพิ่มปริมาณในระบบหลอดเลือดเพิ่มขึ้นมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงถึงความสัมพันธ์ ของ Renin – Angiotensin – Aldosterone กับภาวะความดันโลหิตสูง

ที่มา: สุจินดา ริมครีทง, 2551, หน้า 54

การที่มีความผิดปกติของ Adrenal gland ในส่วน Adrenal medulla หรือมีการกระตุ้น sympathetic nervous system ทำให้มีการหลั่งของ Epinephrine, Norepinephrine มีผลให้ arteriole หดตัว ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

ความผิดปกติของ Adrenal gland ในส่วนของ Adrenal cortex มีผลให้ ACTH (Adrenocorticotropic hormone) สูงขึ้น ทำให้มีการหลั่งของ Cortisol มากขึ้นเกิดการดูดซึมกลับของ Sodium เพิ่ม Blood volume และ Vasoconstriction ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

ความผิดปกติของระบบประสาท เมื่อมี Ischemia ของ brain จะมีการกระตุ้นของ ส่วนกลางของ Pons และ Medulla จึงจะส่ง Impulses ไปที่ Sympathetic nervous system ของ spinal cord และ sympathetic nerve ที่ไปยังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัว ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

### ลักษณะทางคลินิกของโรคความดันโลหิตสูง (จินดา วิมศรีทอง, 2551)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจงที่ปั้งนักถึงโรคความดันโลหิตสูง อาการที่อาจพบได้ มีดังนี้

1. ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้าฯ อาจมีคลื่นไส้ ตามัว เลือดกำเดาออก พบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงปอยๆ และอาการหายไปเองเมื่อควบคุมระดับความดันได้ปกติ

2. อาการอื่น ได้แก่ เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่น อ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2550)

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างหดซ้ายโดยจนกระทั้งเกิดภาวะหัวใจวายซึ่งจะมีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หลอดเลือดผิดปกติ เกิดอาการตีบตันแข็งตัวและเปราะง่าย ทำให้หัวใจขาดเลือด ถ้ารุนแรงถึงกับเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. ภาวะแทรกซ้อนต่อสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตาย อาจเกิดเป็นอัมพาตได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ถ้าเป็นเรื้อรัง บางครั้นถูกมองเป็นโรคความจำเสื่อม สมาริลล์ลง ในรายที่มีความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชัก หรือหมดสติได้

3. ภาวะแทรกซ้อนต่อไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ และไม่สามารถขับปัสสาวะได้ทำให้ไตวายได้ การตรวจปัสสาวะจะพบไข่ขาวตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป การเจาะเลือดตรวจดูการทำงานของไต โดยดูการคั่งของเสีย เช่น BUN, Creatinine และช่วยวินิจฉัยภาวะไตวายได้

4. ภาวะแทรกซ้อนต่อตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตันต่ำมาอาจแตกเมื่อเลือดออกที่ข้อบต้า (เรตินา) ทำให้ประสาทตาเสื่อมตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงได้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะของโรค ถ้าความดันมีขนาดสูงมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วและมีผู้ป่วยอาจตายได้ภายในเวลาไม่กี่ปี ส่วนในรายที่เป็นเพียงเล็กน้อย อาจกินเวลา 10 – 20 ปี กว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตรลิก (Systolic blood pressure, SBP)  $\geq 140$  มม.ปี Roth และ/หรือ ระดับความดันไดแอสโตรลิก (Diastolic blood pressure, DBP)  $\geq 90$  มม.ปี Roth สวนใหญ่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ความอ้วน การรับประทานที่มีรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่ม

แลอกอหอร์ ขาดการออกกำลังกาย และภาวะความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตในระดับรุนแรงเล็กน้อยหรือปานกลางส่วนใหญ่มักไม่มีอาการผิดปกติ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานส่งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และภาวะแทรกซ้อนทางตา

### การรักษา

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติ และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การรักษาความดันโลหิตจึงมีทั้งการรักษาด้านยา และการรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (livornon อุนนาภิรักษ์, 2550)

1. การรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment) โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย และใช้วิธีนี้ในการรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง และความรุนแรงควบคู่ไปกับการใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการปฏิบัติคนนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตสูง แล้วยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) ซึ่งการปฏิบัติคนประจำบด้วย

1.1 การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10.00 – 20.00 ของน้ำหนักมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับน้อยลดน้ำหนักได้มากกว่า 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมากอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจึงควรได้รับการแนะนำเรื่องอาหาร การเลือกแคลอรี่ของอาหาร และแคลอรี่ที่ตนเองต้องการ การเรียนรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีแคลอรี่ต่ำ และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ

1.2 การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันนึง ๆ ให้ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า โดยผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ ตระหนักและคำนึงถึงการเลือกรับประทานอาหาร และควรพนักใจในการ เพื่อบริโภคอาหาร

1.3 การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับコレสเตอรอลในเลือด เนื่องจาก การที่มีระดับコレสเตอรอลสูง ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรต้องเรียนรู้ เรื่องอาหารจากนักโภชนาการ เพื่อลดระดับコレสเตอรอลให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/ดล. ลด Low density lipoprotein น้อยกว่า 140 มิลลิกรัม / ดล. และเพื่อ high density lipoprotein มากกว่า 40 มิลลิกรัม / ดล.

1.4 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตทึบซิสโตริกและได้แอกซิลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 1 ออนซ์/วัน ของ.ethanol ในผู้ชายและไม่เกินครึ่งออนซ์/วัน ในผู้หญิง

1.5 การเลิกสูบบุหรี่ เมื่อจากการสูบบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดหนาตัวทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลง รวมทั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ยากันเบต้า และสูบบุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาลง

1.6 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลทำให้ลดความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่าการออกกำลังกายทำให้ระดับ Catecholamine ลดลง จึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซึ่มพาเทติก การออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน จึงช่วยเสริมการลดน้ำหนักในคนความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วนด้วย

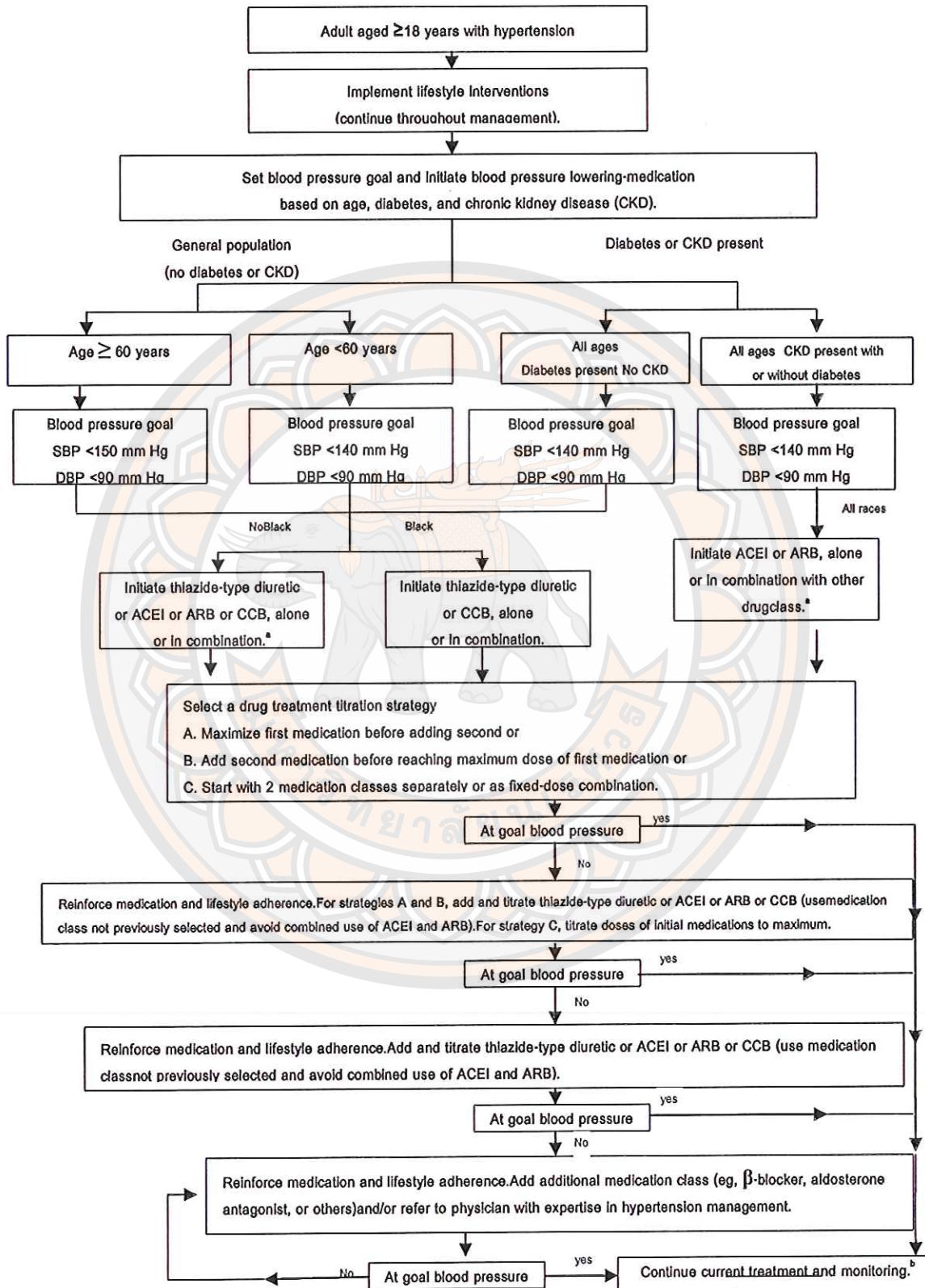
1.7 การจัดการกับความเครียดเนื่องจากความเครียดทำให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ การเรียนรู้ทักษะในการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การลดน้ำหนัก การลดอาหารเค็ม รับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ การออกกำลังกายลดและการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงในระดับที่แตกต่างกันดังตาราง 2

**ตาราง 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง**

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของ การลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย = $18.5 - 23 \text{ กก./ม.}^2$	5 - 20 มม.ปดาทต่อ การลดน้ำหนักตัว 10 กก.
การใช้ DASH (Dietary approach to stop hypertension) diet	ให้รับประทานผัก ผลไม้ให้นาน ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว	8 - 14 มม.ปดาท
การจำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือใช้เดี่ยมให้ น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน	2 - 8 มม.ปดาท
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่าง สม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเก็บทุกวัน	4 - 9 มม.ปดาท
การลดการดื่ม แอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วัน ในผู้ชาย และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิง และ คนน้ำหนักน้อย (1 drink เทียบเท่ากับ 44 มล. ของสุรา (40%), 355 มล. ของเบียร์ (5%) หรือ 148 มล. ของเหล้าอุ่น (12%)	2 - 4 มม.ปดาท

ที่มา: พีระ บุรณากิจเจริญ, 2555, หน้า 25

## 2. การรักษาความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยา (Pharmacologic treatment)



ภาพ 2 2014 Hypertension Guideline Management algorit

ที่มา: Paul A.James, et al., 2013

เป้าหมายของการลดระดับความดันโลหิต (Paul A.James, 2013 : 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8))

1. BP < 150/90 มม.ปดาท ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. BP < 140/90 มม.ปดาท ในผู้ป่วยทั่วไปอายุน้อยกว่า 60 ปี
3. BP < 140/90 มม.ปดาท ในผู้ป่วย CKD อายุ  $\geq 18$  ปี
4. BP < 140/90 มม.ปดาท ในผู้ป่วย DM อายุ  $\geq 18$  ปี

#### หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต

1. แพทย์สามารถเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาดเพราผลเกิดจากการลดความดันโลหิตเป็นหลักฯ 4 กลุ่มต่อไปนี้เป็นยาที่นิยมใช้กันทั่วโลกและมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว

- 1.1 Thiazide-type diuretics
- 1.2 Calcium channel blockers (CCBs)
- 1.3 Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE-inhibitors)
- 1.4 Angiotensin receptor blockers (ARBs)

สำหรับยา  $\alpha$ -blocker “ไม่แนะนำไปใช้เป็นขนาดแรก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีต้องลูกมากโต แต่สามารถใช้  $\alpha$ -blocker ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มหลักได้  $\beta$ -blocker ก็ เช่นเดียวกันจะใช้เป็นขนาดแรก ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น หลังเกิด myocardial infarction หรือ ผู้ป่วยที่มี tachyarrhythmia

ยาต้านระบบ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS blockers) กลุ่มยาใหม่ล่าสุด direct renin inhibitor (DRI) สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ RAAS blocker แต่เมื่อได้รับยาแล้วเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จาก ACEIs หรือ ARBs เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาในระยะยาว จึงไม่แนะนำให้ใช้ DRI เป็นยานิดแรกในขณะนี้

ส่วนยาลดความดันโลหิตอื่นๆ เช่น methyldopa, clonidine, reserpine ก็สามารถใช้ได้เนื่องจากยามีราคาถูก มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ แต่มีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก และมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพในระยะยาวน้อย จึงมักใช้ยาลำดับหลังๆ เพื่อเสริมฤทธิ์ของยากลุ่มหลักในผู้ป่วยที่ยังคุมความดันไม่ได้

2. ยาบางกลุ่มมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ในระยะยาวกับผู้ป่วยบางกลุ่มในเรื่องของการลดอันตรายและทุพพลภาพ จึงแนะนำให้พิจารณาใช้ยากลุ่มเหล่านั้นก่อน

### ตาราง 3 ยาลดความดันโลหิตที่ควรให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก

#### 1. ผู้ป่วยที่มีการทำลายอวัยวะแต่ยังไม่มีอาการ

LVH	ACEIs, CCBs, ARBs
Asymptomatic atherosclerosis	CCBs, ACEIs
Microalbuminuria	ACEIs, ARBs
Renal dysfunction	ACEIs, ARBs

#### 2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก

Previous stroke/ยาลดความดันโลหิตชนิดไดกีได้

Previous MI	BBs, ACEIs, ARBs
Angina pectoris	BBs, CCBs
Heart failure	Diuretics, BBs, ACEIs, ARBs, Antialdosterone agents
Atrial fibrillation	
Recurrent	ACEIs, ARBs
Permanent	BBs, non-DHP CCBs
RSRD proteinuria	ACEIs, ARBs, loop diuretics
Peripheral artery disease	CCBs

#### 3. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิก

ISH (elderly)	Diuretics, DHP CCBs
Metabolic syndrome	ACEIs, ARBs, CCBs
Diabetes mellitus	ACEIs, ARBs
Pregnancy	CCBs, methyldopa, BBs

ที่มา: พิริยะ นุรณะกิจเจริญ, 2555, หน้า 19

หมายเหตุ: LVH - left ventricular hypertrophy; ISH - isolated systolic hypertension, ESRD - end-stage renal disease, ACEIs – angiotensin converting enzyme inhibitors, ARBs – angiotensin II receptor blockers, CCBs – calcium channel blockers, BBs –  $\beta$ -blockers, DHP-CCBs – dihydropyridine calcium channel blockers, non- DHP-CCBs – dihydropyridine calcium channel blockers

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากลุ่มใด ให้ใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างเป็นขั้นตอน จำแนกตามอายุของผู้ป่วย

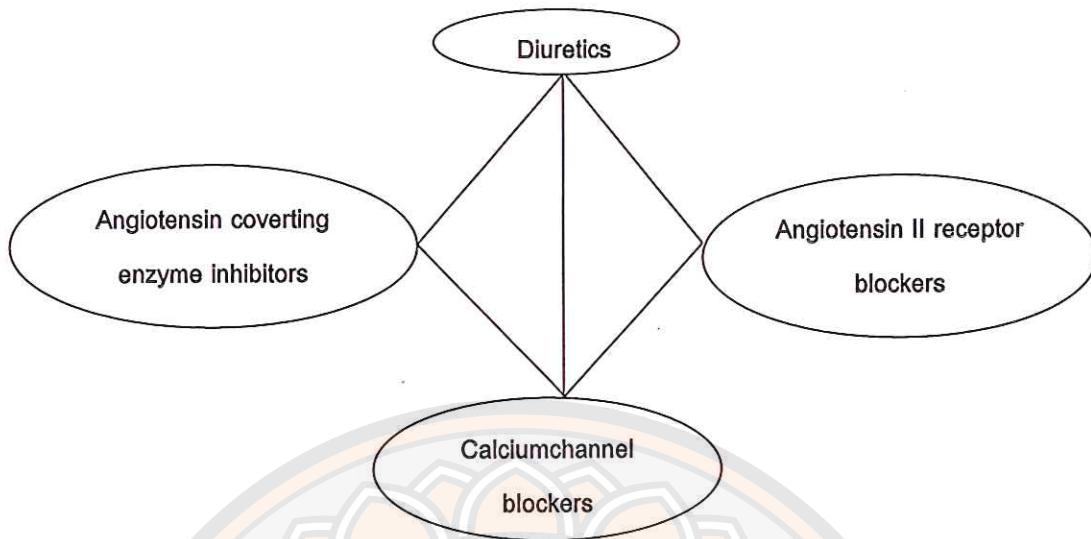
#### ตาราง 4 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง

Step	อายุ≤55 ปี	อายุ >55 ปี
Step 1	A	C/D
Step 2	A+C/D	C/D+A
Step 3	A+C+D	
Step 4	A+C+D	

หมายเหตุ: A: ACEIs หรือ ARBs (ให้ ACEIs ก่อนหากมีอาการไอ จึงเปลี่ยนเป็น ARBs)  
 C: Calcium channel blockers (ให้เลือกใช้ก่อน Diuretics)  
 D: Diuretic (ให้วางการใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคเก้าท์ และการเกิดภาวะเกลือแร่ผิดปกติในเด็กรึมักพบในผู้สูงอายุ)

ที่มา: พิริยะ บูรณากิจเจริญ, 2555, หน้า 19

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเริ่มต้นสูงกว่าระดับความดันโลหิตเป้าหมาย  $> 20/10$  มม.ปรอท ให้เริ่มให้ยาลดความดันโลหิต 2 ชนิดได้  
 5. การใช้ยา 2 ชนิดควรให้กับกลุ่มยาที่สามารถถูกันได้เมื่อใช้ร่วมกัน



### ภาพ 3 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน

ที่มา: พรับ บูรณ์ภิจเจวิญ, 2555, หน้า 20

6. ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ มีผลข้างเคียงจำเพาะและมากน้อยต่างกันและมีข้อห้าม  
หรือข้อควรระวังต่างกัน

ตาราง 5 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ

ยา	ข้อห้ามใช้
ACEIs, ARBs	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ตั้งครรภ์</li> <li>-หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ 2 ข้าง หรือตีบข้างเดียวในกรณีที่มีตีบข้างเดียว</li> <li>-ระดับโปแทสเซียมในเลือด <math>&gt;5.5</math> มิลลิโมล/ลิตร</li> <li>-อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ภายใน 4 เดือน</li> </ul>
$\beta$ -blockers	<ul style="list-style-type: none"> <li>-AV block (grade 2 หรือ 3)</li> <li>-โรคหอบหืด</li> <li>-โรคหลอดลมอุดตัน</li> <li>-โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย</li> </ul>
Diuretic	-โรคเก้าท์
$\alpha$ -blockers	-ภาวะหัวใจล้มเหลว

### ตาราง 5 (ต่อ)

ยา	ข้อห้ามใช้
Clonidine	-อาการที่เกิดจากภัยคุกคามฉับพลัน (Withdrawal syndrome)
Methyldopa	-ตับอักเสบ
Reserpine	-โรคซึมเศร้า -โรคแพลงในกระเพาะอาหาร
CCBs	-ภาวะหัวใจล้มเหลว

ที่มา : พรบ. บูรณะกิจเจริญ, 2555, หน้า 20

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพญา ปี พ.ศ. 2556 มีกรอบยาที่ใช้ในการรักษา  
โรคความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

1. Amlodipine 5 mg.
2. Atenolol 50 mg.
3. Atenolol 100 mg.
4. Enalapril 5 mg.
5. Enalapril 20 mg.
6. Furosemide 40 mg.
7. HCTZ 25 mg.
8. HCTZ 50 mg.
9. Methyldopa 125 mg.
10. Methyldopa 250 mg.
11. Losartan 50 mg.
12. Propanolol 10 mg.
13. Propanolol 40 mg.

### แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมากายหลังได้ดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยทางวิทยาศาสตร์ ได้รับความสนใจมากในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอ กมา เจียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจ โดยได้รับอิทธิพลมาจากการทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ

ลีวิน(Lewin,1936) "ได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวกซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนประถนา แรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ประถนา และส่วนที่เป็นกลาง คือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและด้านลบ นอกจากนั้น ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพภารณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกเบริญบที่อยู่ระดับผลดีและผลเสีย ความสำเร็จหรือล้มเหลว กับโอกาสที่จะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง ลีวิน และคณะ (Lewin, et al., 1994) ได้ตั้งสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อผลบุคคลที่กระทำ และการคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ"

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) "ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกจากการเป็นโรค บุคคลนั้น จะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขาไม่โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเข้าพอสมควร
3. การปฏิบัติตั้งกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติตั้งกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขานั่น ค่าใช้จ่ายเวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอัย เป็นต้น

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกกององค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1974) จึงได้ทำการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งขักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้จากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (อาภาพ ผ่ากัณนา, 2555, หน้า 38)  
มี 4 ประการ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการพิการ เสียชีวิต

ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน

### 3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค (Perceived benefits and barriers)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคล sewage ห่วงห่วงเรื่องการปฎิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคอีกต่อไป ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ขึ้นอยู่กับการเบรียบเที่ยบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพุทธิกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายการมารับบริการหรือพุทธิกรรม อนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพุทธิกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำงานพุทธิกรรมการให้ความร่วมมือ ในการรักษาโรคได้

### 4. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพุทธิกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติได้แก่

ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับ การศึกษา อาชีพ

ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้ เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

ปัจจัยโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทัศนคติเกี่ยวกับ การป้องกัน เป็นต้น

ตัวแปรสนับสนุนในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ สิ่งซักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม



ภาพ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Strecher and Rosenstock, 1996 ; อภาพฯ เผ่าวัฒนา, 2555, หน้า 37

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

นภาวรรณ์ ธรรม (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชชลฯ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกลุ่มควบคุม 25 คน ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง ที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิต และหนัง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อายุมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุนค่าความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุภาพร แนวบุตร (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลลดอนมดแดง และศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอโนนดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเชิงสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการกินยาลดความดันอย่างสม่ำเสมออยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 ถึงร้อยละ 100.0 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 89.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.90) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 87.20 กินยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ( $\geq 80.00\%$  ของดัชนีการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยร้อยละ 12.80 กินยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ( $< 80.00\%$  ของดัชนีการกินยาสม่ำเสมอ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาอย่างสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ( $r = -.163$ ,  $P <.05$ ), อาการข้างเคียงของยา ( $r = -.149$ ,  $P <.05$ ), ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา ( $r = .422$ ,  $P <.01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = .235$ ,  $P <.01$ ) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา และระดับการศึกษารวมกัน ทำนายความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 19.70

มนทร์ธน์ สถาเวรพงศ์ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง ต่อความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการควบคุม ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35 – 59 ปี ที่มารับ

การตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2549 จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง เส้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความแปรปรวน 2 ปัจจัย แบบวัดตัว 1 ปัจจัย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสมำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) เมื่อเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมและช่วงเวลา ที่วัดพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสมำเสมอในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในช่วงเวลาที่วัดและหลังการได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ )

พันธนีญ สุราษฎร์ (2551) ได้ศึกษาผลของตัวอย่างจัดยาที่จัดได้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด้านโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 มีการใช้ยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ชนิดต่อวัน หรือมีการบริหารยาต่อเนื่องตั้งแต่ 2 มือต่อวัน ผู้ป่วยได้รับการสูบแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 166 คน กลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการได้รับตัวอย่างยาที่จัดได้เฉพาะมือที่รับประทาน กลุ่มควบคุมจะได้รับเฉพาะการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเดียว เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อตัวอย่างยาที่จัดได้เฉพาะมือที่รับประทาน และความร่วมมือในการใช้ยาจากการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดัน 3 ครั้ง ของห้องส่องกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure ใน การติดตามครั้งที่ 3 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.039$ ) แต่ในระยะอื่นๆ ไม่แตกต่างกันห่างกลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ตามเกณฑ์ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจรวมต่อตัวอย่างยาที่จัดได้เฉพาะ มือที่รับประทานร้อยละ 91.52

ศศิธรณ์ นนทะโนมีลี (2551) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และผู้ดูแลหลักจำนวน 9 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งในจังหวัดขอนแก่นเลือกตามคุณสมบัติที่ผู้ศึกษากำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวจำนวน 4 ครั้ง เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ โดยคะแนนเฉลี่ยโดยร่วมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเป็น 74.22 (S.D. = 0.07) และ 97.88 (S.D. = 1.61) ตามลำดับ ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยคะแนนเฉลี่ยโดยร่วมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเป็น 51.88 (S.D. = 3.25) และ 84.33 (S.D. = 1.65) ตามลำดับ

สุภารณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 336 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม 'ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำ 'ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสี่ยงข้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับประยุษ์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ 'ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงและยอมรับระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากระดับ 0.1 ปัจจัยเสริม 'ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิท การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิท และมีตัวแปรร่วมทำนาย 'ได้แก่ การรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติพุทธิกรรม การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยตัวแปรทำงานทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมทำงานพุทธิกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.90

ศุภรัชต์ พาณิช (2551) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพุทธิกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงศูนย์สุขภาพชุมชนพิงพวยอำเภอศรีวัตนะจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 70 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนกลุ่มเบรี่ยบเที่ยบ 35 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จับสลากเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 จับสลากแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเบรี่ยบเที่ยบ ในกลุ่มทดลองได้จัดกิจกรรมโดยใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามตามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ Paired t – test และ Independent t – test ผลการวิจัยพบว่าภายในหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเบรี่ยบเที่ยบ ( $p < .05$ ) ในเรื่องความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวัง ในการสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและภายในหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเบรี่ยบเที่ยบ ( $p < .05$ )

ชินกฤต เมฆาสุวัสดิ์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พุทธิกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเข้าค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการพยายามลดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย แบบสอบถาม และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้ พุทธิกรรมการควบคุมความดันโลหิต หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และระดับความดันโลหิตลดลงดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุน

ทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุระหว่างกลุ่มพบร่วมกับกลุ่มทดลอง มีความรู้และพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับความดันโลหิตพบว่ามีค่าลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อัมพร วรรณรา (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 222 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการรับประทานยาแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดและแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพารามเนะและสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา ( $M = 98.64$ ,  $S.D. = 6.49$ ) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $M = 80.45$ ,  $S.D. = 6.45$ ) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ( $M = 93.78$ ,  $S.D. = 16.24$ ) ส่วนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.53$ ,  $S.D. = 0.86$ ) และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 23.65$ ,  $S.D. = 6.04$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีได้แก่พฤติกรรมการรับประทานยา ( $M = 92.60$ ,  $S.D. = 9.71$ ) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $M = 78.03$ ,  $S.D. = 6.54$ ) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ( $M = 92.16$ ,  $S.D. = 16.08$ ) ส่วนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.25$ ,  $S.D. = 0.91$ ) และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 22.58$ ,  $S.D. = 5.65$ ) 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้แก่พฤติกรรมการรับประทานยา ( $t_{222} = 5.442$ ,  $p < .05$ ) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $t_{222} = 2.774$ ,  $p < .05$ ) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ( $t_{222} = 2.307$ ,  $p < .05$ ) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่แตกต่าง ( $p > .05$ ) ได้แก่พฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $t_{222} = 1.363$ ,  $p > .05$ ) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ( $t_{222} = .749$ ,  $p > .05$ )

สมพร พานสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ามารักษาที่สถานีอนามัยคลาดแಡ ตำบลคลาด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการตรวจร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถของ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเบรี่บเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) กลุ่มทดลอง มีผลต่างของระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง ต่างกว่าก่อนการทดลอง และต่างกว่ากลุ่มเบรี่บเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

วัลลยา ทองน้อย (2554) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ แรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำบลโนนพะยอม อำเภอชุมงลัง หัวด่อนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน และกลุ่มเบรี่บเทียบ 37 คน กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมแทรกแซงโดยการบรรยายประกอบวีดีทัศน์การสาธิตการให้แรงสนับสนุนทางด้าน สังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จวูปใช้ สถิติเชิงพรรณนาคือจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติอนามัยใช้ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเบรี่บเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ ทั้ง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเบรี่บเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

นภาพร ห่วงสุขสกุล (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน ได้จากการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบห拉ຍขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาอายุเฉลี่ย 58.18 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี โรคที่เป็นร่วมกับความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่คือโรคเบาหวานด้านปัจจัยหลักส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยร่วมพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลตนเองเป็นประจำและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก 2) ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยหลักได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยร่วม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การศึกษาเบรี่ยบเทียบระดับความดันโลหิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 2 เดือน สุดท้ายที่ได้รับการตรวจโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 6 เดือน สุดท้ายที่ได้รับการตรวจโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Elmer P., et al. (2006) ได้ศึกษาเบรี่ยบเทียบประสิทธิผลของกิจกรรมการปรับพฤติกรรม และการได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ในระยะเวลา 18 เดือน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบ Randomized controlled trial (RCT) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 810 คน ซึ่งมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (ค่าความดันซีสโตลิก 120-158 มม.ปดาห์ ค่าความดันไดแอสโตรลิก 80-95 มม.ปดาห์) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม จำนวน 273 คน กลุ่มทดลองที่ได้รับ EST (Established) จำนวน 268 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับ EST และ DASH (Dietary approaches to Stop Hypertension) จำนวน 269 คน โดยกลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำอย่างเดียวเป็นรายบุคคล โดยนักศึกษาบริษัทไทร์ เวลาครั้งละ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 6 เดือน กลุ่มทดลองที่ได้รับ EST 1) ลดน้ำหนัก 6.8 กิโลกรัม สำหรับผู้มีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร 2) ออกกำลังกาย 180 นาที ต่อสัปดาห์ และดื่มน้ำ electrolyte  $\leq 1$  อนซ./วันในผู้ชาย หรือ 0.5 อนซ./วันในผู้หญิง กลุ่มทดลองที่ได้รับ EST และ DASH กลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรม DASH เพิ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับ EST และ EST plus DASH เช้า โปรแกรม 14 ครั้ง และเข้าโปรแกรมรายบุคคล 4 ครั้งใน 6 เดือนแรก และในระหว่างเดือนที่ 7 และ 18 กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาเป็นรายกลุ่มทุกเดือน ตามด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

จำนวน 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว การรับอาหารที่มีไขมันและเกลือลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่ม EST และEST plus DASH มีการรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยและแร่ธาตุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตใน 18 เดือนแรกจะลดลงในกลุ่ม EST และEST plus DASH มากกว่ากลุ่มให้คำปรึกษาอย่างเดียว แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าความดันโลหิต ทั้ง 3 กลุ่ม

Gemson, D., et al. (2008) ศึกษาผลกระทบของการจัดกิจกรรมต่อค่าดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตในคนงานที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมคัดกรอง กลุ่มตัวอย่าง 15,583 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 47 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 94 คน กลุ่มควบคุมได้รับการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และได้รับความรู้ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับเหมือนกลุ่มควบคุมแต่เพิ่มการให้ความรู้ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และติดตามวัดการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และความดันโลหิต ภายในหลัง 1 ปี กลุ่มทดลองมีค่า BMI และความดันชีสโตลิกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$  และ  $p = 0.04$ )

Tonya L. (2012) ได้ศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเอง ความสมำเสมอในการกินยา พลังความสามารถตนเอง มือทิพลต่อระดับความดันโลหิต ในคนงานเทศบาลที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูง 149 คน ในเมืองเมืองหนึ่งทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย สรุปเมริการเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการสาธารณสุข พบร้า ร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการควบคุมระดับความดันโลหิต ร้อยละ 70.00 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความสมำเสมอในการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต และร้อยละ 70.00 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการตรวจดูแลระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง

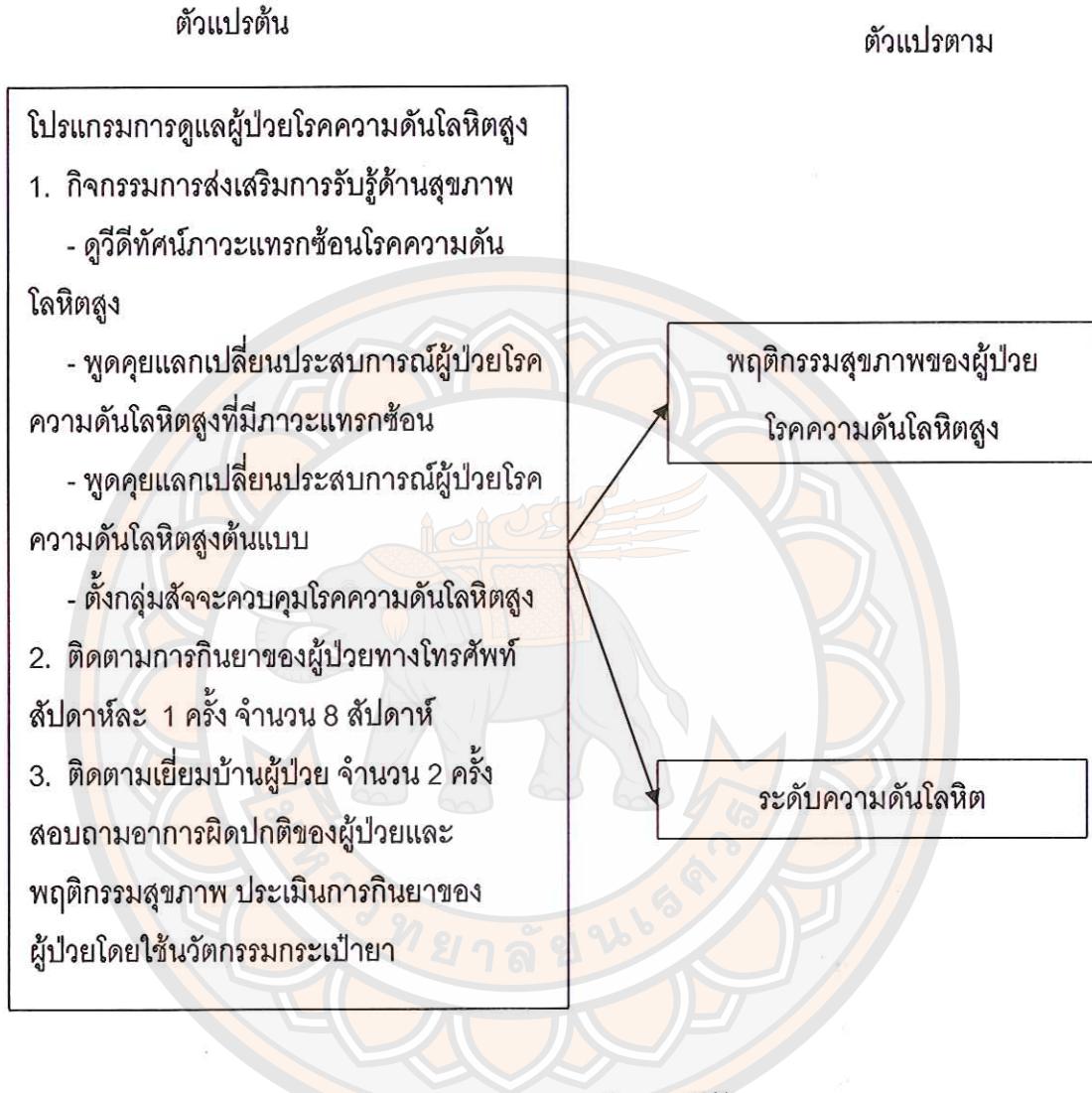
Wang H., et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความชุก, ความตระหนักรักษาระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ 180 หมู่บ้านใน 15 จังหวัดในภาคใต้ของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงพฤษจิกายน 2010 ทั้งหมด 17,437 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ พบร้ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจมีข้อตราชารป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.59 เพศชาย มีอัตราป่วย ร้อยละ 23.36 และเพศหญิง มีอัตราป่วย ร้อยละ 21.77 และจากการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression พบร้าอายุที่เพิ่มขึ้น, การศึกษา, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, โรคเบาหวาน, โรคอ้วน, Total cholesterol สูง และ Triglycerides สูง มีความเกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนร้อยละ 54.33 มีความตระหนักรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 46.34 รักษาโรคความดันโลหิตสูง

โดยการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต แต่ประชาชนเพียงร้อยละ 18.26 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

Gu, J., Zhang X.J., Wang T.H., Zhang Y. and Chen Q. (2014) “ได้ศึกษาความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความตระหนักรและการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาก 5 ศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอ Xuhe, เซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน รวมรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และใช้แบบสอบถามหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการวิเคราะห์ การทดสอบโดยโลจิสติกพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,328 คน เพศหญิง 1,935 คน เพศชาย 1,390 คน อายุเฉลี่ย 70.6 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ระดับความดันซีสโตลิก เฉลี่ย 133.1 mmHg ระดับความดันไดแอสโตลิก เฉลี่ย 80.5 mmHg ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,050 คน คิดเป็นร้อยละ 36.10% สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดการโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ประ予以ชีว์ และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผล ในทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการกินยา การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมโดยการลดอาหารเค็ม ลดการดื่มน้ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด ผลงานให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ดังนั้น ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1996) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย สรุนสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากกระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมการที่ต้องการ โดยวิธีการจัดทำข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย สงเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักร และใช้ระบบการเตือนที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแทนสิ่งที่ชักนำให้ เกิดการปฏิบัติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) ในลักษณะการศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยมีการออกแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่ม ตัวอย่าง	สัปดาห์ที่							
	1	2	3	4	5	6	7	8
กลุ่ม ทดลอง Q1	X1	X2		X3				
กลุ่ม ควบคุม Q3			X4				X4	

ภาพ 6 การออกแบบงานวิจัย

Q1 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง ในด้านทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

Q2 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ในด้านทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

Q3 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มควบคุม ในด้านทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

Q4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มควบคุม ในด้านทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

X 1 หมายถึง กิจกรรมในสปดาห์ที่ 1 โดยให้ความรู้กับกลุ่มทดลองเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ และอุปสรรคในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง

X 2 หมายถึง กิจกรรมในสปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

X3 หมายถึง กิจกรรมในสปดาห์ที่ 1 – 8 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองทางโทรศัพท์

X4 หมายถึง กิจกรรมในสปดาห์ที่ 3 และ 7 กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย และตรวจนับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพู อำเภอบ้านໄ戎 จังหวัดอุทัยธานี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556 จำนวน 99 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพู อำเภอบ้านໄ戎 จังหวัดอุทัยธานี โดยมีคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพู อำเภอบ้านໄ戎 จังหวัดอุทัยธานี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถอ่านภาษาไทยออกและเขียนได้

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนการวินิจฉัยเสร็จสิ้น
- กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจอยุติเข้าร่วมกิจกรรม

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวินิจฉัย โดยคำนวนหาค่าอำนาจจำแนกทดสอบ (power analysis) ตามแบบโคเคน (Cohen, 1992, p. 158) เพื่อควบคุม type 2 error ได้ กำหนดค่า effect size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ แบบมีจำนวนมาก และเท่ากัน (large n, equal n) ที่ระดับ 0.08 กำหนดค่าแอลfa เท่ากับ 0.05 และคำนวนกลุ่มได้จำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากการออกจากทดลอง

กลางคัน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 คน ซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### เครื่องในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1996) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์

### โปรแกรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

- กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ โอกาสเดียบต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจัดในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการ ให้กลุ่มทดลองดูวิดีทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พูดคุย ชักถาม และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการรับรู้โอกาสเดียบต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูง

- กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ อุปสรรคในการรักษาโรคความดันโลหิต ซึ่งจัดในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการให้กลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ที่ได้รับ และ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตัวแบบ จัดตั้งกลุ่มสัจจะโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวกับประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง

- กิจกรรมการติดตามการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ จากผู้วิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อ 1 คน จำนวน 8 ครั้ง เพื่อกำรติดตามและประเมินผลการกินยาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง

4. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ในสปดาห์ที่ 3 และ 7 โดยผู้วิจัยเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และตรวจนับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วย

5. กิจกรรมการติดตามประเมินระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสปดาห์ที่ 1 และสปดาห์ที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การปฏิบัติ และเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมดังนี้

เกณฑ์การปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สปดาห์)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สปดาห์)

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/สปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรม

ปฏิบัติเป็นประจำ	เชิงบวกให้ 5 คะแนน	เชิงลบให้ 1 คะแนน
------------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัติบ่อย	เชิงบวกให้ 4 คะแนน	เชิงลบให้ 2 คะแนน
-------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัติบางครั้ง	เชิงบวกให้ 3 คะแนน	เชิงลบให้ 3 คะแนน
-----------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	เชิงบวกให้ 2 คะแนน	เชิงลบให้ 4 คะแนน
-------------------	--------------------	-------------------

ไม่ปฏิบัติ	เชิงบวกให้ 1 คะแนน	เชิงลบให้ 5 คะแนน
------------	--------------------	-------------------

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับงานโรคไม่ติดต่อ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับโครงสร้างกรอบแนวคิดของตัวแปร และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ใน

แบบสอบถามให้ตรงกับเนื้อหา นำมาหาค่าความตรงโดยวิธี IOC (Item Objective Congruence) เมื่อพิจารณาอย่างได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.6-1.00 จึงนำข้อคำถามทั้งหมดมาใช้เป็นแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปูงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเสนอต่ออาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาปรับปูงแก้ไขเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนนำไปทดลองใช้ นำเครื่องมือ ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลfaของครอนบาก (Cornbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

2. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยรายละเอียด การติดตามข้อมูลอาการผิดปกติของผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ และจำนวนยาลดระดับความดันโลหิตคงเหลือของผู้ป่วย

3. เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการทดสอบเทียบค่าจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจัดอบรม การวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการซึ่งแจ้งข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จัดทำเอกสารซึ่งแจงวัตถุประสงค์ การศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่มอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลและ หนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### การดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

###### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ผ่านการทดสอบเทียบค่าจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ แบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความพึงใจ แบบประเมินความสำมำเสมอในการกินยา ของผู้ป่วย

1.2 เตรียมสถานที่ ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอ本身ไว้ จังหวัดอุทัยธานี เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวยพสู โดยซึ่งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย

ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่ใช้ในการศึกษา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

## 2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองตามแผนที่เตรียมไว้โดยใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยมี ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

### กลุ่มทดลอง

2.1 ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจวัดระดับความดันโลหิต

2.2 สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มทดลอง ดูวีดีทัศน์ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองได้พบปะ พูดคุย และเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกทางร่างกาย

### สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2.3 ให้กลุ่มทดลองลงลายมือเพื่อตั้งสัจจะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2.4 มอบนวัตกรรมกระเป้ายาสำหรับกลุ่มทดลอง และอธิบายการใช้กระเป้าให้เกิด ประโยชน์สูงสุด เพื่อส่งเสริมกลุ่มทดลองมีความสำมำเสมอในการกินยา

2.5 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 เพื่อกราดตุนให้กลุ่มทดลองมี การกินยาลดระดับความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์

3. สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง ร่วมกันวางแผนแก้ไข

### สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

3.1 สงเสริมระบบเพื่อนช่วยเพื่อนโดยให้กลุ่มทดลองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ใกล้เคียง กระตุนตื่อนกันในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด การเดินทางมาพบแพทย์ร่วมกัน และช่วยเหลือกัน เมื่อเกิดปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2

#### 4. สัปดาห์ที่ 3

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

4.1 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 3

4.2 ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยโดยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และตรวจนับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วย

#### 5. สัปดาห์ที่ 4

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 4

#### 6. สัปดาห์ที่ 5

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 5

#### 7. สัปดาห์ที่ 6

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 6

#### 8. สัปดาห์ที่ 7

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

8.1 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 7

8.2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยโดยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และตรวจนับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วย

#### 9. สัปดาห์ที่ 8

##### **สิ่งที่ซักนำให้เกิดการปฏิบัติ**

ติดตามการกินยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 8

10. เก็บข้อมูลหลังทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจวัดระดับความดันโลหิต

##### **กลุ่มควบคุม**

1. ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจวัดระดับความดันโลหิต

2. สัปดาห์ที่ 1 – 8 ได้รับบริการตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวยพฐ

3. หลังทดลอง รวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจวัดระดับความดันโลหิต

### 3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) ในลักษณะ การศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group Pretest - Posttest Design) เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### ตอนที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 52$ ) โดยที่กลุ่มทดลอง ( $n = 26$ ) กลุ่มควบคุม ( $n = 26$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 26$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 26$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	30.80	8	30.80
หญิง	18	69.20	18	69.20
อายุ(ปี)				
35-39	-	-	1	3.80
40-44	2	7.70	3	11.50
45-49	1	3.80	-	-
50-54	6	23.10	5	19.20
55-59	6	23.10	8	30.80
60-64	4	15.40	4	15.40
65-69	3	11.50	3	11.50
70-74	4	15.40	1	3.80
75-79	-	-	1	3.80
รวม	26	100.00	26	100.00
กลุ่มทดลอง	$\bar{X} = 58.38$	S.D. = 8.91	Min = 42	Max = 73
กลุ่มควบคุม	$\bar{X} = 56.96$	S.D. = 9.13	Min = 39	Max = 75

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 26)		กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 26)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	1	3.80	4	15.40
คู่	19	73.10	17	65.40
หม้าย	5	19.20	5	19.20
หย่า/แยก	1	3.80	-	-
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	25	96.20	26	100.00
คริสต์	1	3.80	-	-
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	2	7.70	2	7.70
ประถมศึกษา	21	80.80	21	80.80
มัธยมศึกษา	3	11.50	2	7.70
ปริญญาตรี	-	-	1	3.80
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง	1	3.80	2	7.70
ค้าขาย	1	3.80	2	7.70
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	7.70	-	-
เกษตรกรรวม	22	84.60	22	86.40

จากตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

กลุ่มทดลอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20 เพศชายจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยรวมมีอายุเฉลี่ย 58.38 ปี มีอายุระหว่าง 50-54 ปี และ

55-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.10 รองลงมา มีอายุระหว่าง 60-64 ปี และ 70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.40 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 73.10 รองลงมาสถานภาพม้ายร้อยละ 19.20 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.20 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 11.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 84.60 รองลงมา เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 7.70 (ดังตาราง 6)

#### กลุ่มควบคุม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20 เพศชาย จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยความวัยอายุเฉลี่ย 56.96 ปี มีอายุระหว่าง 55-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 รองลงมา มีอายุระหว่าง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 65.40 รองลงมาสถานภาพม้ายร้อยละ 19.20 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมาไม่ได้รับ การศึกษาและจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 7.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 86.40 รองลงรับจ้างและเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 7.70 (ดังตาราง 6)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ก่อน (n = 26)		หลัง (n = 26)		Paired t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง</b>						
กลุ่มทดลอง	58.38	6.58	63.50	5.07	-5.01	0.000
กลุ่มควบคุม	58.84	5.75	59.77	6.62	-0.62	0.541

### จากตาราง 7 สรุปผลการวิเคราะห์ ดังนี้

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมเด็กกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ย 58.38 คะแนน (S.D. = 6.58) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 63.50 คะแนน (S.D. = 5.07)

กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ย 58.84 คะแนน (S.D. = 5.75) และหลังเข้าโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 59.77 คะแนน (S.D. = 6.62)

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ก่อน (n = 26)		หลัง (n = 26)		Paired t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>ความดันโลหิตซิสโตรลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	133.46	12.88	124.58	10.05	2.86	0.009
กลุ่มควบคุม	123.58	12.20	132.88	11.01	-3.92	0.001
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตรลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	80.42	9.67	74.58	8.13	2.54	0.021
กลุ่มควบคุม	76.46	8.74	82.58	10.67	-3.19	0.004

### จากตาราง 8 สรุปผลการวิเคราะห์ ดังนี้

กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตรลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตรลิก หลังการทดลองต่างกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตซิสโตรลิกก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.46 มิลลิเมตรปอร์อท (S.D. = 12.88) льнюенหลังเข้าโปรแกรมความดันโลหิตซิสโตรลิกลดลงเท่ากับ 124.58 มิลลิเมตรปอร์อท (S.D. = 10.05) ความดันโลหิตไดแอสโตรลิกก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.42 มิลลิเมตรปอร์อท (S.D. = 9.67) ลดลงเท่ากับ 74.58 มิลลิเมตรปอร์อท (S.D. = 8.13)

กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตซิสโตรลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตรลิก หลังเข้าไปรับแกรมสูงกว่าเข้าไปรับแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตรลิกก่อนเข้าไปรับแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.58 มิลลิเมตรปอร์ต (S.D. = 12.20) ส่วนหลังเข้าไปรับแกรมความดันโลหิตซิสโตรลิกเพิ่มขึ้นเป็น 132.88 มิลลิเมตรปอร์ต (S.D. = 11.01) ความดันโลหิตไดแอสโตรลิกก่อนเข้าไปรับแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.46 มิลลิเมตรปอร์ต (S.D. = 8.74) ส่วนหลังเข้าไปรับแกรมความดันโลหิตไดแอสโตรลิกเพิ่มขึ้นเป็น 82.58 มิลลิเมตรปอร์ต (S.D. = 10.67)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพุติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าไปรับแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของพุติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าไปรับแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>พุติกรรม</b>						
การดูแลตนเอง						
ก่อนเข้าไปรับแกรม	58.38	6.58	58.85	5.75	-0.27	0.789
หลังเข้าไปรับแกรม	63.50	5.07	59.77	6.62	2.28	0.027

จากตาราง 9 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ค่าเฉลี่ยพุติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าไปรับแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังเข้าไปรับแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.28$ )

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าไปร่วมโปรแกรม  
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
<b>ความดันโลหิต</b>								
<b>ชีสโตรลิก</b>								
ก่อนเข้าไปร่วม	133.46	12.88	123.58	12.20	2.84	0.006		
หลังเข้าไปร่วม	124.58	10.05	132.88	11.01	-2.84	0.006		
<b>ความดันโลหิต</b>								
<b>ไดแอสโตรลิก</b>								
ก่อนเข้าไปร่วม	80.42	9.67	76.46	8.74	1.55	0.128		
หลังเข้าไปร่วม	74.58	8.13	82.58	10.67	-3.04	0.004		

จากตาราง 10 พบร่วม

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตชีสโตรลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าไปร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $t = 2.84$  และ  $t = -2.84$ ) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตรลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าไปร่วมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภายนอกหลังเข้าไปร่วมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตรลิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $t = -3.04$ )

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) ในลักษณะ การศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลัง (Two group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหัวยพлу อำเภอบ้านไทร จังหวัดอุทัยธานี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556 จำนวน 99 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวยพлу อำเภอบ้านไทร จังหวัดอุทัยธานี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – วันที่ 30 กันยายน 2556 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาตามวันเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 คน ซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Strecher and Rosenstock (1996) ค่าความตระพิจารณารายชื่อ ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.6 - 1.00 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลfa ของ cronbach (Cornbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยรายละเอียดการติดตามข้อมูลอาการผิดปกติของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ และจำนวนยาลดระดับความดันโลหิตคงเหลือของผู้ป่วย เครื่องวัด ความดันโลหิตที่ผ่านการทดสอบเทียบค่าแล้ว

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20 เพศชายจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยรวมมีอายุเฉลี่ย 58.38 ปี มีอายุระหว่าง 50-54 ปี และ 55-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.10 รองลงมา มีอายุระหว่าง 60-64 ปี และ

70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.40 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 73.10 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 19.20 ส่วนในญับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.20 รองลงมาบ้านถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3.80 จากการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 11.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 84.60 รองลงมาเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 7.70 (ดังตาราง 6)

กลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20 เพศชายจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยรวมมีอายุเฉลี่ย 56.96 ปี มีอายุระหว่าง 55-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 รองลงมา มีอายุระหว่าง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 65.40 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 19.20 ส่วนใหญ่บ้านถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษาและจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 7.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.40 รองลงรับจ้างและเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 7.70 (ดังตาราง 6)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 63.50$ , S.D. = 5.07) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 58.38$ , S.D. = 6.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซีสโตรลิก หลังเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 124.58$ , S.D. = 10.05) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 133.46$ , S.D. = 12.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตรลิก หลังเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 74.58$ , S.D. = 8.13) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ( $\bar{x} = 80.42$ , S.D. = 9.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังเข้าโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.28$ )

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตรลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $t = 2.84$  และ  $t = -2.84$ ) ตามลำดับ โดยก่อนเข้าโปรแกรมความดันโลหิตซีสโตรลิกกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 133.46$ , S.D. = 12.88) สูงกว่า

กลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 123.58$ , S.D. = 12.20) ส่วนหลังเข้าโปรแกรมความดันโลหิตซีสโตริค กลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 124.58$ , S.D. = 10.05) ต่างกันว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 132.88$ , S.D. = 11.01)

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตได้แอสโตรลิค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภายหลังเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตได้แอสโตรลิค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = -3.04$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

### สมมุติฐานการวิจัยที่ 1

โปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้น หลังเข้าโปรแกรมและตีกว่ากลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมตีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยให้กลุ่มทดลองดูวิดีทัศน์ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองได้พบปะ ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย นำผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงตัวแบบมาเล่าประสบการณ์ และอธิบายการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ที่ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย นอกจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับ การส่งได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 โดยผู้วิจัยได้สำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและได้แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยจึงมีเป็นผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมตีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและลดลงคล้อยกับงานวิจัยของศศิธรรน์ นนทะโนมี (2551) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ โดยคะแนนเฉลี่ยโดยร่วมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเป็น 74.22 (S.D. = 0.07) และ 97.88 (S.D. = 1.61) ตามลำดับ และลดลงคล้อยกับงานวิจัยของสมพร พานสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และลดลงคล้อยกับงานวิจัยของ Elmer, P. et al. (2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของกิจกรรมการปรับพฤติกรรมและการได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง

ในระยะเวลา 18 เดือน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบ Randomized controlled trial (RCT) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 810 คน ซึ่งมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (ค่าความดันซีสโตลิก 120-158 มม.ปี Roth ค่าความดันได้แอสโตลิก 80-95 มม.ปี Roth) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องน้ำหนักตัว การรับอาหารที่มีไขมันและเกลือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความดันโลหิตซีสโตลิก และความดันโลหิตได้อแอสโตลิก หลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากงานวิจัยกลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมด้านการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงสอดคล้องกับงานวิจัยของกรกนล เรืองวุฒิ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมความสามารถตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภารักษ์ ผาณรรรณ (2551) ที่ได้ศึกษารูปแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $p < .05$ )

### สมมุติฐานการวิจัยที่ 2

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงหลังเข้าโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังเข้าโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 นอกจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งผู้วิจัยได้สำรวจพฤติกรรมสุขภาพและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามแก่กลุ่มทดลองส่งผลให้หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติสอดคล้องกับงานวิจัยของชินกุต เมธารุวัท (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุระหว่างกลุ่มพนวักกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบล้วงกับงานวิจัยของสมพร พานสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และทดสอบล้วงกับงานวิจัยของ Elmer, P. et al. (2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของกิจกรรมการปรับพฤติกรรมและการได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียว ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ในระยะเวลา 18 เดือน เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial (RCT) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 810 คน ซึ่งมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (ค่าความดันซิส托ลิก 120-158 มม.ปี Roth ค่าความดันไดแอสติลิก 80-95 มม.ปี Roth) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยและแอลตราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตรลิกและความดันโลหิตไดแอสติลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $t = -2.84$  และ  $t = -3.04$ ) ตามลำดับ เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านแก่กลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ผลให้ระดับความดันโลหิตหลังเข้าโปรแกรมลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ ทดสอบล้วงกับงานวิจัยของนราภรณ์ ธรรม (2545) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทดสอบล้วงกับงานวิจัยของศุภารัชต์ ผาอธรรม (2551) ได้ศึกษาฐานแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < .05$ ) ทดสอบล้วงกับงานวิจัยของสมพร พานสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้มงวดเป็นรักษาที่สถานีอนามัยคลาดแคร ตำบลธารปราสาท อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gemson, D. et al. (2008) ศึกษาผลกระทบของการจัดกิจกรรมต่อค่าดัชนีมวลกายและความดันโลหิตในคนงานที่มีความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโปรแกรมคัดกรอง กลุ่มตัวอย่าง 15,583 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 47 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 94 คน กลุ่มควบคุมได้รับการวัดความดันโลหิต ชั่วข้าม夜 แล้วได้รับความรู้ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับเหมือนกลุ่มควบคุมแต่เพิ่มการให้ความรู้ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และติดตามวัดการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และความดันโลหิต ภายในหลัง 1 ปี กลุ่มทดลองมีค่า BMI และความดันซีสโลลิกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$  และ  $p = 0.04$ )

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประ予以ชีวีของ การรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

1.2 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้รู้ปัญหาแท้จริงของผู้ป่วยในการควบคุมระดับ ความดันโลหิต และยังได้ติดตามประเมินอาการผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย ทำให้สามารถ วางแผนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับความดันโลหิตไม่ได้

1.3 อาจนำรูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อพุติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเน้นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และติดตามพุติกรรม การดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับ พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

#### 2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพุติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

2.2 ควรมีการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพุติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตแตกต่างกันในระดับ ต่างๆ



## บรรณานุกรม

- จันทร์เพ็ญ สันตวารา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนาการณ์ศิริวัฒน์ชัยพร. (2548). แนวคิด  
พื้นฐานทฤษฎี และกระบวนการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ  
สถาบันพระมราชนก.
- ชินกฤต เมฆาสุวักร. (2552). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรง  
สนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิต  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลลุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ  
จังหวัดเพชรบูรณ์. การค้นคว้าอิสระ ศ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นนทรัตน์ สถาเวระพงศ์. (2550). ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้  
ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และ  
การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล  
แม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ พย.ม..  
มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- นภาพร ห่วงสุขสกุล. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน  
โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ศ.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
อุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- นภารัตน์ ธรรม. (2545). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ  
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.  
วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นิธิพัฒน์ เจียรกล. (2556). ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพฯ: การพิมพ์.
- พันท妮ย์ สุวะสุนะ. (2551). ผลของตัวอย่างจัดยาที่จัดໄว้เฉพาะเมื่อที่รับประทานต่อความ  
ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ก.ม.,  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมารักษ์. (2546). พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาคลินิกสำหรับ  
พยาบาลหน่วยที่ 11-15. นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมารักษ์.  
รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2555, จาก  
<http://www.moph.go.th>
- รุจា ภู่เพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ:  
วิเจพ्रินติ้ง.

- ลิวรรณ อุนมาภิรักษ์, จันทนาณฤทธิวิชัย, วีไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัสสีพหกุล และพัฒนา  
คุ้มทรัพ. (2550). พยาธิสรีวิทยาทางการพยาบาล . กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน  
ทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ  
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.  
วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศศิธรณ์ นนทะโนเมลี. (2551). ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อ  
ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กรณีศึกษา  
หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น,  
ขอนแก่น.
- ศิริพร ขัมกลิขิต และอุพารักษ์ บำรุง. (2555). คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพ  
ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภรัชต์ พาณิชวน. (2551). รูปแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับ  
ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:  
วีเจพรินต์.
- สมพร พานสุวรรณ. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
นครราชสีมา, นครราชสีมา.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, เบญจพร บุญเทียม, พิสิษฐ์ นิติเลิศเดชา, มาณี อุ้ยเจริญ์ และอาบ  
ทิพย์นิยมaga. (2554). คู่มือดูแลสุขภาพ รู้ทัน รู้ป้องกัน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพ:  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชะสหวงศ์. (2551). พยาธิสรีวิทยา  
ทางการพยาบาล เล่ม 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).
- สุภาณ์ สุขพรัชพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ วท.ม.,  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพ.

- สุภาพร แนวบุตร. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอนเมือง และศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอ ดอนเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพ.
- สรุปย ใช้คครรชิตไชย, สมชาติ สุจิตรังสี และวรัญญาภรณ์ พุ่มคุ้ม. (2554). การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อภิรดี ศรีวิจิตกมล, วันชัย เดชสมฤทธิ์กุ้ย และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์. (2555). อายุรศาสตร์ทันสมัย 2555. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- อัมพร วรรณร. (2554). พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อาภาพร ผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากง, สุนีย์ ละกำบี้น, และชวัญใจ จำนสูจชื่อสัตย์. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Chan, M. (2013). A global brief on hypertension. Switzerland: Who.
- Elmer, P., Obarzanek, E., Vollmer, W., Simons, M. D., Stevens, V., Yong, D., et al, (2006). Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure. ใน การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง. (หน้า 130). สุโขทัย: คณะสาขาวิชานสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงวิทยาเขต จังหวัดสุโขทัย.
- Gemson, D., Commissio, R., Fuente, J., Newman, J. and Benson, S. (2008). Promoting weight loss and blood pressure control at work: impact of an education and intervention program. ใน การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง. (หน้า 132). สุโขทัย: คณะสาขาวิชานสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขต จังหวัดสุโขทัย.
- Gu, J., Zhang, X.J., Wang, T.H., Zhang, Y., and Chen Q. (n.p.). Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in xuhui district, shanghai, china. Retrieved April 2, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280973>
- Lenfant, C. (2003). JNC 7 express. USA: NHLBI Health information center.

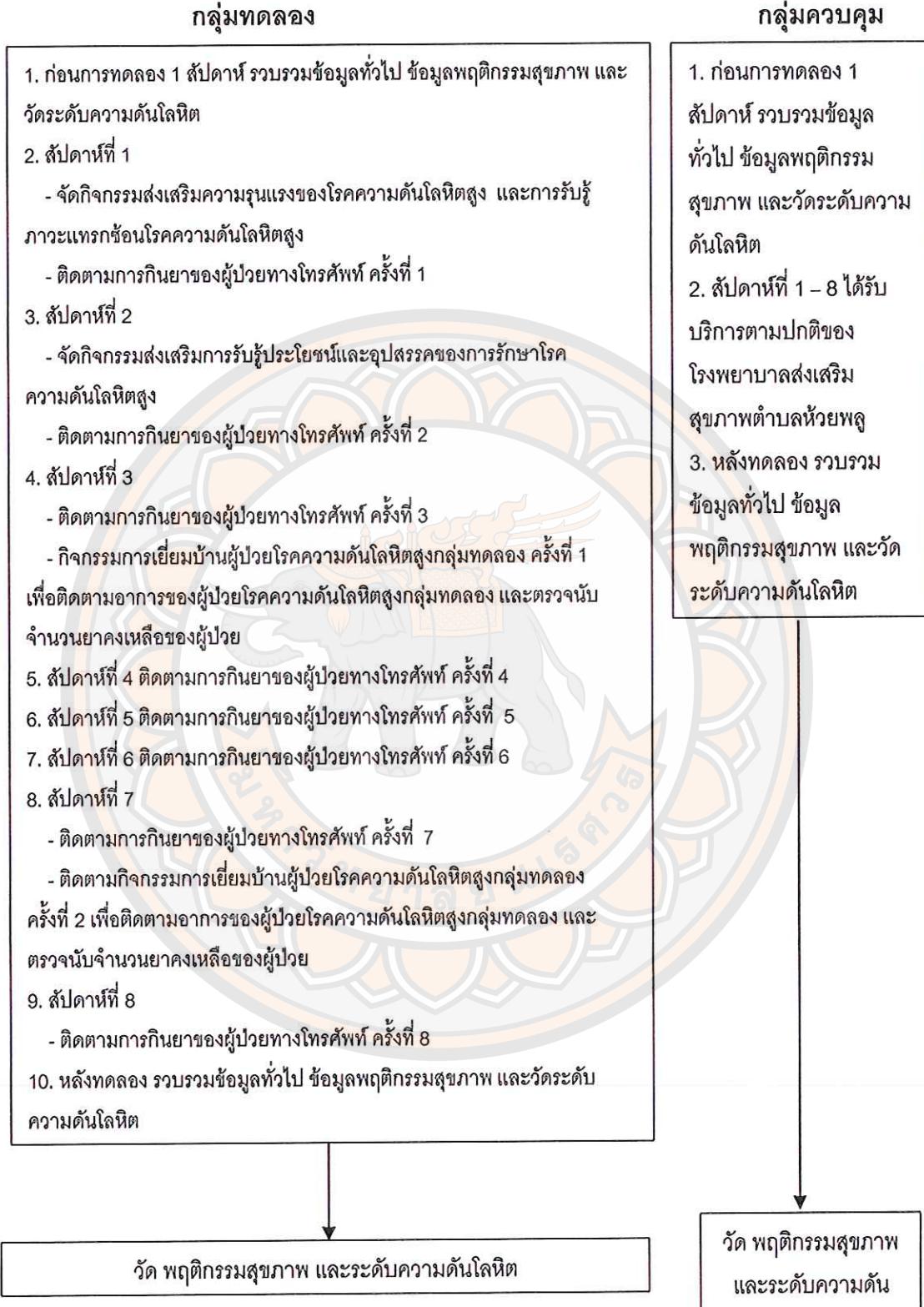
- Paul, A. J., Suzanne, O. I., Barry, L. C., William, C. C., Cheryl, D., Joel, H., et al. (2013). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. N.P.: American Medical Association.
- Tonya L., Kathleen C., Erica R. and Elizabeth H. (2013). Prevalence of blood pressure self-monitoring, medication adherence, self-efficacy, stage of change, and blood pressure control among municipal workers with hypertension. Retrieved April 2, 2557, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810455/>
- Wang, H., Zhang, X., Zhang, J., He, Q., Hu, R., Wang, L., et al. (2013). Factors associated with prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among adults in Southern China: A community-based, cross-sectional survey. Retrieved April 2, 2557, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671599>



## รายงานผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

### รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช โอบะ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลสูมชัน สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. ดร. สมลักษณ์ เทพสุริyanan พ.ศ. ตำแหน่ง อาจารย์ สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
3. นางอัจฉราพร คำยาดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดอุทัยธานี



เลขที่แบบสอบถาม.....

### แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจงกรุณาระบุความต้องการของผู้ป่วยในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความ เพียงตัวเลือกเดียวและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า/แยก
4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....
5. ระดับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) ปริญญาตรี ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....
6. อาชีพ ( ) รับราชการ ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย ( ) พ่อบ้าน/แม่บ้าน ( ) เกษตรกรรม ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การปฏิบัติพุติกรรมสุขภาพ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมภาพ

ปฏิบัติเป็นประจำ	เชิงบวกให้ 5 คะแนน	เชิงลบให้ 1 คะแนน
------------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัติบ่อย	เชิงบวกให้ 4 คะแนน	เชิงลบให้ 2 คะแนน
-------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัติบางครั้ง	เชิงบวกให้ 3 คะแนน	เชิงลบให้ 3 คะแนน
-----------------	--------------------	-------------------

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	เชิงบวกให้ 2 คะแนน	เชิงลบให้ 4 คะแนน
-------------------	--------------------	-------------------

ไม่ปฏิบัติ	เชิงบวกให้ 1 คะแนน	เชิงลบให้ 5 คะแนน
------------	--------------------	-------------------

คำชี้แจงกรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวาที่ตรงกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1. เมื่อสังเกตพบอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ท่านเดินทางไปพบแพทย์ หรือพยาบาลทันที					
2. ท่านเดินทางไปพบแพทย์ หรือพยาบาลตามนัดทุกครั้ง					
3. ท่านซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยกับแพทย์หรือพยาบาลเมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคความดันโลหิตสูง					
4. ท่านรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือพยาบาลทุกเมื่อ					
5. ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เมื่อมีความผิดปกติของร่างกาย					
6. เมื่อท่านออกเดินทางไปทำธุระนอกบ้าน ท่านนำยาลดระดับความดันโลหิตไปกินทุกครั้ง					
7. ท่านชอบรับประทานอาหารรสจัด					
8. ท่านเติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสในขณะรับประทานอาหาร					
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
10. ท่านยังคงสูบบุหรี่					
11. ท่านยังคงดื่มชา และกาแฟ					

**ส่วนที่ 2 (ต่อ) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
12. ท่านออกกำลังกายโดยการทำางาน ประกอบอาชีพ					
13. ท่านออกกำลังอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน					
14. ท่านนอนหลับสนิทคืนละ 6-8 ชั่วโมง					
15. ท่านปรึกษาสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					

## แบบบันทึกการติดตามเขี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... หมู่..... ตำบลหัวยแห้ง อำเภอป้านaire จังหวัดอุทัยธานี

ครั้งที่เยี่ยม..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ระดับความดันโลหิต..... mmHg.

คำชี้แจง กรุณาระบุสิ่งเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อความให้ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

อาการผิดปกติของผู้ป่วย															อาการอื่นๆระบุ	
ชื่อ พลีย		วิเครียน/มีนเมศีรจะ		บวมตามร่างกาย		ไอเรื้อรัง		ปวดศีรษะมาก		แขนขาอ่อนแรง		พูดไม่ชัด/ปากเบี้ยว		คลื่นไส้ อาเจียน		อาการอื่นๆระบุ
ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	

คำชี้แจง กรุณาระบุสิ่งเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อความให้ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

พฤติกรรมสุขภาพ											
การกินยาอาหารสกัด		การดื่มน้ำ/กาแฟ		การดื่มน้ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		การออกกำลังกาย		ความเครียด/เรื่องวิตกกังวล	
ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่

คำชี้แจง กรุณาระบุจำนวนยาคงเหลือตามชนิดของยาที่ระบุไว้หน้าช่องยาผู้ป่วย

เวลารับประทานยา	จำนวนยาที่รับประทานโดยความดันโลหิตคงเหลือ(ช่อง)						
	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
หลังอาหารเช้า							
หลังอาหารกลางวัน							
หลังอาหารเย็น							

เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง

วัน เดือน ปี

ผู้สอน นายรุ่งโรจน์ พรมอุย়

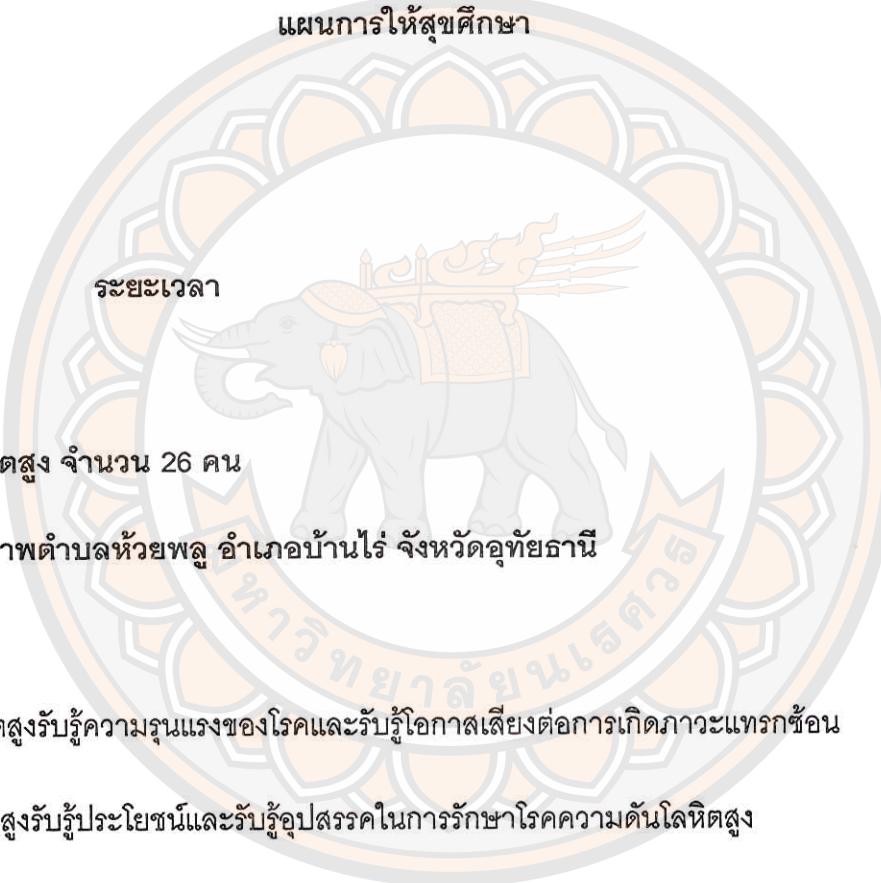
กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 26 คน

สถานที่สอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพลู อำเภอบ้านไทร จังหวัดอุทัยธานี

จุดประสงค์ทั่วไป

- เพื่อให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้โอกาสเลี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

แผนการให้สุขศึกษา



วัดถุประสงค์เชิง พุทธิกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p><b>บทนำ</b></p> <p>รายงานสถิติสุขภาพ ทั่วโลกปี พ.ศ.2555 ขององค์กรอนามัยโลก พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลรายงาน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 ความชุกของ โรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 21.4</p>	<p>ผู้สอนกล่าวนำเนื้อหาโดยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัดถุประสงค์ และบรรยายสถานการณ์โรค ความดันโลหิตสูง</p>	<p>ผู้สอน</p>	<p>1-2 นาที</p>	<p>สังเกตความสนใจของผู้ฟังขณะรับฟังการบรรยาย</p>	

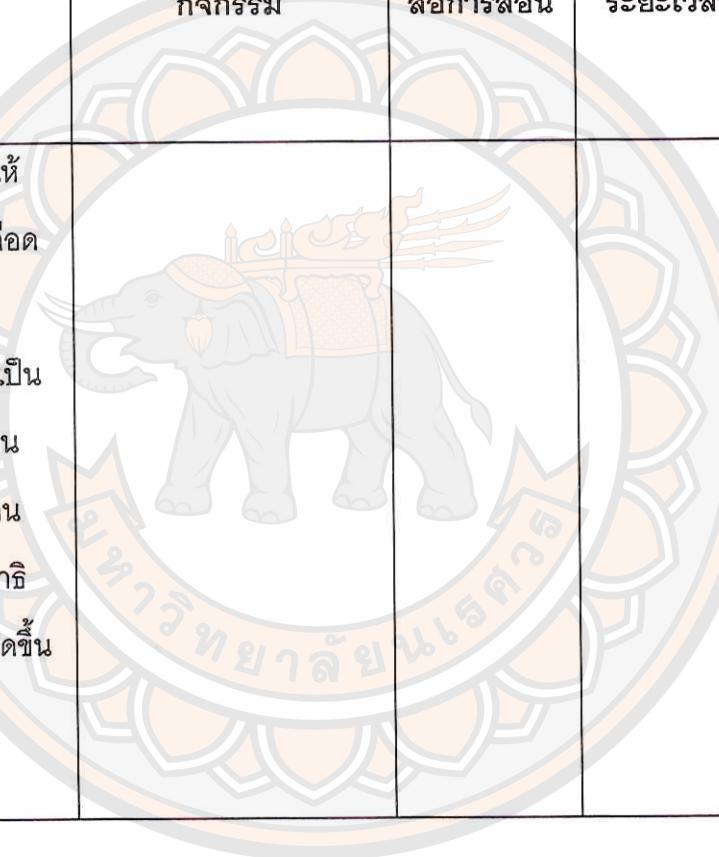
วัดกูประสังค์เชิง พุทธกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p>จังหวัดอุทัยธานีมีผู้ป่วยโควิดดัน ให้สูง มีจำนวน 38,175 คน คิดเป็น 11,466.48 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโควิดดันให้สูงที่มี ภาวะแทรกซ้อนจำนวน 1,822 คน คิดเป็นร้อยละ 4.78 ของผู้ป่วยโควิด ความดันโลหิตทึบหมด</p>					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง รับรู้ความรุนแรง ของโรคและรับรู้ โอกาสเลี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อน	เนื้อหา โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับ ความดันโลหิตซิส托ลิก (Systolic blood pressure,SBP) $\geq 140$ มม.ปี Roth และ/หรือ ระดับความดันได แอสตอลิก (Diastolic blood pressure,DBP) $\geq 90$ มม.ปี Roth	1. ผู้สอนบรรยายถึง ความหมายของโรค ความดันโลหิตสูง และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับผู้ป่วยเรื่องโรคความ ดันโลหิตสูง 2. ผู้สอนผู้พิพากษา 2-3 คน ถึงความหมายของโรค ความดันโลหิตสูง	1. Power point 2. บอร์ด ความรู้	45 นาที	1. สังเกต ความสนใจ ของผู้ฟังขณะ รับฟังบรรยาย 2. การตอบ คำถามผู้ฟัง สามารถตอบ ความหมาย ของโรคความ ดันโลหิตสูงได้ ถูกต้อง ทั้งหมด	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p>อาการของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี</p> <p>ความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง</p> <p>มักจะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง</p> <p>ที่บ่งบอกถึงโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>อาการที่อาจพบได้มีดังนี้</p> <p>1. ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณหัวยทอย</p> <p>มักจะเป็นตอนเช้าฯ อาจมีคลื่นไส้</p> <p>ตามัว</p>	<p>4. ผู้สอนบรรยายเรื่อง</p> <p>อาการของโรคความดัน</p> <p>โลหิตสูง</p> <p>5. สุมถามผู้ฟัง 2- 3 คน</p> <p>ถึงอาการของโรคความ</p> <p>ดันโลหิตสูง</p>				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p>2. เลือดกำเดาออก พบรainผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการหายไปเอง เมื่อควบคุมระดับความดันได้ปกติ</p> <p>3. อาการอื่น ได้แก่ เวียนศีรษะ มีน้ำใจสั่น อ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว</p>				<p>3. การตอบ คำถาม ผู้ฟัง สามารถตอบ อาการของ โรคความดัน โลหิตสูงได้ ถูกต้อง ทั้งหมด</p>	

วัดถุประสงค์เชิง พุทธกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p>ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดัน โลหิตสูง</p> <p>1. ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ จะทำให้ หัวใจห้องล่างขยายโดยนกระทั้งเกิด ภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะมีอาการบวม ขอบหน่อย นอนราบไม่ได้ หลอด เลือดผิดปกติ เกิดอาการตีบตัน แข็งตัวและเประง่าย ทำให้หัวใจ ขาดเลือด ถ้ารุนแรงถึงกับเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย</p>	<p>5. ผู้สอนบรรยายเรื่อง วิธีการรักษาโรคความดัน โลหิตสูง</p> <p>6. สุ่มถามผู้ฟัง 2- 3 คน ถึงภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิตสูง</p>				

วัดกุประสังค์เชิง พุทธิกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	2. ภาวะแทรกซ้อนต่อสมองทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตาย อาจเกิดเป็นอัมพาตได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ถ้าเป็นเรื่อง บางคนกล้ายเป็นโรคความจำเสื่อม สามารถลดลง ในรายที่มีความรุนแรง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชัก หรือหมดสติได้				4. การตอบคำถามผู้ฟัง สามารถตอบ ภาวะแทรกซ้อน ของโรคความ ดันโลหิตสูง ได้ถูกต้อง <sup>*</sup> ทั้งหมด	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	3. ภาวะแทรกซ้อนต่อไตอาจเกิด ภาวะไตawayเรื้อรัง เนื่องจากหลอด เลือดแดง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ และ ไม่สามารถขับปัสสาวะได้ทำให้ตัวய ได้ การตรวจปัสสาวะจะพบไข่ขาว ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป การเจาะเลือดตรวจดู การทำงานของไต โดยดูการคั่ง ของเลีย เช่น BUN, Creatinine และ ช่วยวินิจฉัยภาวะไตawayได้					

วัตถุประสงค์เชิง พุทธิกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	4. ภาวะแทรกซ้อนต่อตาจะเกิด ภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดง ภายในลูกตาอย่างร้าวในระยะแรก หลอดเลือดจะตีบตันต่อมากอาจแตก มีเลือดออกที่ข้อบต้า (เรตินา) ทำให้ ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะของ โรค ถ้าความดันมีขนาดสูงมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวดเร็ว และมีผู้ป่วยอาจตายได้					

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการ สอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
2.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	การรักษา เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติ และลดปัจจัยเสี่ยงของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การรักษาความดันโลหิตจะมีทั้งการรักษาด้านยาและการรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต	1. ผู้สอนบรรยายเรื่องวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 2. สุมตามผู้ฟัง 2-3 คน ถึงวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	1. Power point 2. บอร์ด ความรู้	30 นาที	1. ลังเกต ความสนใจ ของผู้ฟัง ขณะรับฟัง บรรยาย	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p>1. รักษาโรคความดันโลหิตสูง โดย ไม่ใช้ยา</p> <p>1.1 การลดน้ำหนัก</p> <p>1.2 การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน</p> <p>1.3 การลดอาหารที่มีไขมันอิมตัว</p> <p>1.4 ลดการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>1.5 การเลิกสูบบุหรี่</p> <p>1.6 การออกกำลังกาย</p> <p>1.7 การจัดการกับความเครียด</p> <p>2. การรักษาความดันโลหิตสูง โดย การใช้ยา</p>				<p>2. การตอบ คำถามผู้ฟัง สามารถตอบ วิธีการรักษา โรคความดัน โลหิตสูง ถูกต้อง ทั้งหมด</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พุทธิกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สือการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการ ประเมิน
	<p><b>สรุป</b></p> <p>โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้เสียชีวิต และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ นอกจากรักษาแล้วควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง</p>					