

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
สิงหาคม 2562  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่”

ของ นางสาวภักคยานี หนั้นชัย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ดร.ดุจเดือน เขียวเหลือง)

  
.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)

  
.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

  
.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

28 ส.ค. 2562

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ดร.ดุจเดือน เขียวเหลือง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาและชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี ให้ผ่านไปได้ จนการทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จสมบูรณ์ได้ผู้จัดทำวิจัย ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล ดร.สุพัฒนา คำสอน ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และดร.พัฒน์ชาติ พัฒนถาบุตร อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ และมีคุณค่า

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย ตำบลบ้านเวียง และตำบลวังบึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูล และตอบแบบสอบถามในการจัดทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย และตำบลบ้านเวียง อำเภอร่องขาว จังหวัดแพร่ ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบและอุทิศ แต่ผู้มิพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข และผู้ที่สนใจบ้างไม่มากก็น้อย

ภคยานี ทนันทชัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่
ผู้วิจัย	ภักยานี หนันชัย
สถานที่ปรึกษา	ดร.อาทิตยา วัจนสินธุ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562
คำสำคัญ	กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเอง แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สื่อวิดีโอทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

**Title** EFFECTS OF SELF - MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE AMONG HIGH BLOOD PRESSURE RISK GROUPS, PAK HUAIOI HEALTH PROMOTING HOSPITAL, PHRAE PROVINCE

**Author** Pakkayanee Thananchai

**Advisor** Artittaya Wangwonsin, Dr. P.H.

**Academic Paper** Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2019

**Keywords** Blood pressure risk groups, Self- management program, Health behaviors, Blood pressure

#### ABSTRACT

This quasi-experimental research with two group pretest-posttest design aimed to examine the effect of self-management program on health belief model, health behaviors and blood pressure level among high blood pressure risk groups at Pak Huaioi health promoting hospital, Phrae province. The 52 samples were purposive sampling and divided into experimental group and 26 comparison group. The program consisted of a group activity held for 12 weeks. The instruments consisted self-management program, self-management manual, health behaviors record, video media, picture poster, Digital blood pressure monitor, questionnaires about health beliefs and health behaviors. The data were statistically analyzed according to frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test and independent t-test.

The results showed that after received self-management program, the experimental group had an average score on health beliefs, health behaviors and blood pressure level difference from before received self-management program with significantly ( $p$ -value  $< 0.05$ ). And had an average score of health beliefs, health behavior were higher than before received self-management program while the average of blood pressure was lower than before received self-management program. This show that self-management program can promote high blood pressure risk groups with good health outcomes.

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง .....	8
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ .....	20
แนวคิดการจัดการความรู้ .....	27
การเยี่ยมบ้าน .....	37
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ .....	43
แนวคิดการจัดการตนเอง .....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	57
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	58
รูปแบบการทดลอง .....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	74

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	75
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	75
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ .....	77
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ .....	80
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิต .....	82
ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ .....	84
ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ .....	88
ส่วนที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต .....	92
5 บทสรุป .....	96
สรุปผลการวิจัย .....	96
อภิปรายผล .....	98
ข้อเสนอแนะ .....	102
บรรณานุกรม .....	103
ภาคผนวก .....	114
ประวัติผู้วิจัย .....	152

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ JNC VII.....	13
2 แสดงเกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .....	16
3 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ JNC VII.....	66
4 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	76
5 แสดงผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	78
6 แสดงผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ.....	79
7 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	80
8 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ.....	81
9 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	83
10 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ.....	83
11 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	84
12 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ.....	85

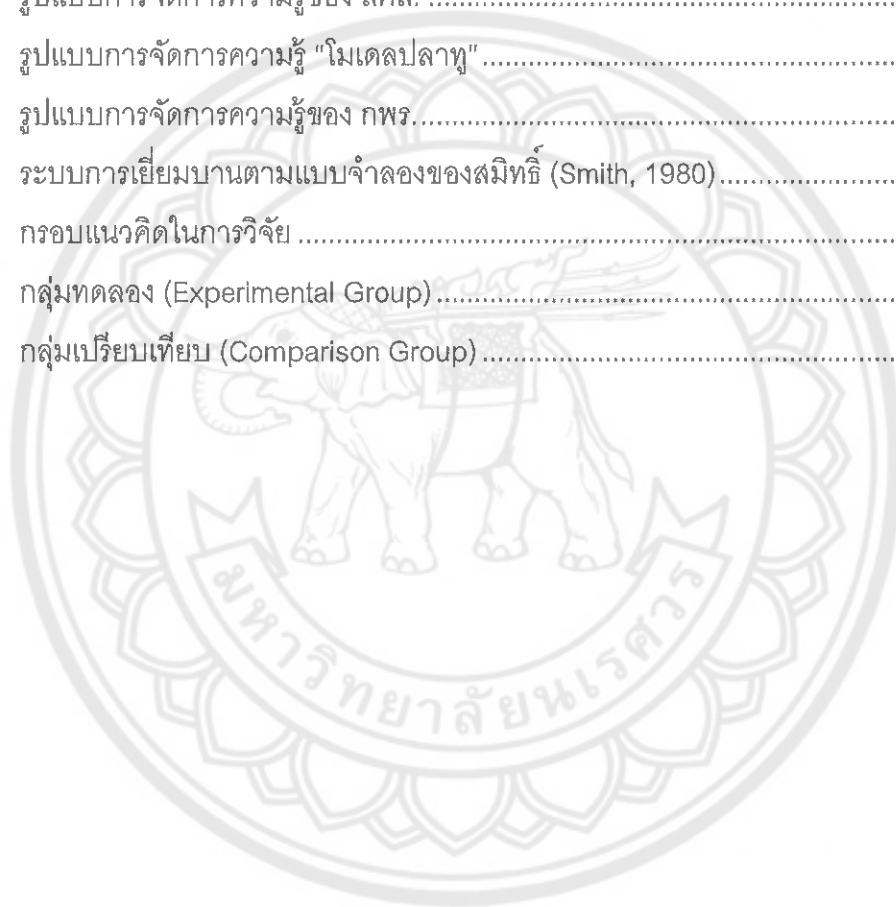


## สารบัญญัตินี้ (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ.....	87
14	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ.....	88
15	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	89
16	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ .....	90
17	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ .....	91
18	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ.....	92
19	แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ .....	93
20	แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ.....	93
21	แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ .....	94
22	แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ	95
23	แสดงรายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย.....	150

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 รูปแบบการจัดการความรู้ของ Nonaka, 1994.....	30
2 รูปแบบการจัดการความรู้ของ Demarest, 1997 .....	32
3 รูปแบบการจัดการความรู้ของ ศคส. ....	33
4 รูปแบบการจัดการความรู้ "โมเดลปลาหู" .....	35
5 รูปแบบการจัดการความรู้ของ กพร.....	37
6 ระบบการเยี่ยมชมตามแบบจำลองของสมิทธิ (Smith, 1980).....	40
7 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	57
8 กลุ่มทดลอง (Experimental Group).....	58
9 กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group).....	59



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งที่สามารถป้องกันได้และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2004 พบว่า มีคนเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจำนวน ร้อยละ 1.7 และ คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 เพิ่มจากเดิมเป็นร้อยละ 2.1 (World Health Organization, 2008) มีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2012)

สถานการณ์ในประเทศไทย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคเมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2554 โดยพบว่า มีอัตราป่วยจาก 287.5 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 1,433.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ได้คาดการณ์แนวโน้มการตายของคนไทยโดยระบุว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นตลอด 20 ปีที่ผ่านมา (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อัตราผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2556 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,756.99 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 พบ 3,384.42 ต่อแสนประชากร และ ปี พ.ศ. 2558 พบ 2,069.55 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในปีงบประมาณ 2558 พบอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 1 พบ 732.31 ต่อแสนประชากร จังหวัดแพร่ พบ 1,237.24 ต่อแสนประชากร อำเภอร่องควาง จังหวัดแพร่ พบ 874.25 ต่อแสนประชากร และตำบลบ้านเวียง อำเภอร่องควาง จังหวัดแพร่ พบ 1,244.31 ต่อแสนประชากร (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2,213.68, 2,353.44 และ 2,878 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 10,718.63, 14,707.24 และ 15,127.71 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลร่องกวาง, 2558) ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย ในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 13,483.14, 14,084.51 และ 15,211.27 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปากห้วยอ้อย, 2558) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 421.05, 831.60 และ 1,252.61 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

โดยเมื่อคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2558 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จำนวน 161 คน พบมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 36.02% (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปากห้วยอ้อย, 2558) โดยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre Hypertension: Pre HT) นี้ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ถึงร้อยละ 12.52 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปากห้วยอ้อย, 2558) ซึ่งเกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย จากภาวะที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้อวัยวะสำคัญต่างๆ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา เสื่อมสภาพถูกทำลาย (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพได้ นอกจากนี้ผลจากการให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ สมรรถภาพทางเพศลดลง
- 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายชนิด อีกทั้งต้องเผชิญกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่คุ้นเคยทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดได้
- 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาการทำงานต่างๆ ในสังคมได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือทำงานได้เหมือนเดิม และผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงข้อจำกัด ในการทำกิจกรรม และความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวันลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และสูญเสียรายได้จากงานประจำ (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) จะทำให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานกับการเป็นโรครวมทั้งมีโรคแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิต การดำเนินการเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น

โรคจะทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ไม่พัฒนาไปเป็นผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการเพิ่มศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

การจัดบริการลดเสียงลดโรคที่ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลปากห้วยอ้อย ปัจจุบัน ได้มีการดำเนินแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยมีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้อยู่เสมอทุกปีอย่างโรก็ตาม วิธีการที่ดำเนินการอยู่ยังไม่ประสบผลสำเร็จอัตราการเกิดโรคจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วยยังสูง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึงแม้มีการดำเนินการให้ความรู้ เพื่อดำเนินการควบคุมแสดงถึงวิธีการเดิมที่ให้อยู่ยังมีผลน้อยต่อการปรับพฤติกรรม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาการดำเนินงานใหม่ในการเพิ่มศักยภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และไม่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นวิธีที่ได้ยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง กล่าวว่า ไม่มีใครปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคคลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง พยายามใช้กระบวนการในการควบคุมพฤติกรรม เรียนรู้ทักษะใหม่ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตน เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ (Kanfer, 1991) นั่นคือ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับตัวบุคคลเอง และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง (Lorig, & Holman, 2003) ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่จะช่วยผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ ซึ่งจะต้องมีกระบวนการที่สร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ และการประเมินข้อดี ข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง เมื่อประเมินและตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นไม่เหมาะสมก็จะปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Kanfer, 1991)

การจัดการตนเองถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น ผลการศึกษาของฟู และคณะ (Fu et al., 2003) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจโรคปอดเรื้อรัง

โรคข้ออักเสบโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวานในชุมชนเมือง 5 ชุมชนของเมืองเชียงใหม่ ประเทศจีน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังโปรแกรม ประกอบด้วย การสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง สัปดาห์ เว้นสัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลองและ 6 เดือน หลังการทดลองผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 6 เดือน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะ การจัดการตนเองดีขึ้น รวมทั้ง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ และการจัดการโรครวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาอนโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา, 2551) การศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (เบญจมาศ ถาดแสง, 2554) การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิก โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ (ชลกากร ชายกุล, 2557) การศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพน สวรรค์ จังหวัดนครพนม (ชนินฐา สารีพล, 2557) ทั้ง 4 การศึกษามีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ จะเห็นว่าการจัดการตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่บูรณาการกลยุทธ์ ต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง และส่งผลถึงการควบคุมค่าความดันโลหิตลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดของ Kanfer (1991) มีขั้นตอนดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดโอกาสการเกิดโรคความดัน

โลหิตสูงรายใหม่ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการจัดโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการจัดโปรแกรม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre Hypertension) ที่มีอายุ 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย อำเภอวังทอง จังหวัดแพร่ คือ บ้านปากห้วยอ้อย ตำบลบ้านเวียง อำเภอวังทอง จังหวัดแพร่ ซึ่งขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปีงบประมาณ 2558 จำนวน 26 คน

2. สถานที่ทำการศึกษา พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย ตำบลบ้านเวียง อำเภอวังทอง จังหวัดแพร่

3. ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 - เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**การจัดการตนเอง** หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติด้วยตนเองอย่างมีจุดหมาย เพื่อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ได้รับการส่งเสริมชี้แนะจากผู้มีความรู้เพื่อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสม

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ทั้งนี้แบ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค** หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม การมีภาวะเครียด การมีพ่อแม่หรือญาติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2. **การรับรู้ความรุนแรงโรค** หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิต

3. **การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ** หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

4. **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ** หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ

**พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

**โปรแกรมการจัดการตนเอง** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมความสามารถของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre Hypertension) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยโปรแกรมการจัดการตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวิธีการจัดการตนเอง



ของแคนเฟอ์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง

**กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 35 - 59 ปี มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท และมีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 2558 โดยใช้แบบคัดกรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

**ระดับความดันโลหิต** หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิตที่วัดค่าทั้งตัวบน และค่าตัวล่าง โดยที่งานวิจัยนี้ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตตัวบนมีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างมีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ค่าความดันโลหิตปกติ คือ ค่าความดันโลหิต SBP และ DBP มีค่าต่ำกว่า 120/80 mmHg

#### **สมมติฐานของการวิจัย**

1. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ) และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
2. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ) และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
4. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

- 1.1 ความหมายโรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
- 1.4 อาการและอาการแสดง
- 1.5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 1.6 ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง
- 1.7 เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงาน

#### หลักประกันสุขภาพ

- 1.8 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดการจัดการความรู้
4. การเยี่ยมบ้าน
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. แนวคิดการจัดการตนเอง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

##### ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือเป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (ศุภวรรณ บัอมจันทร์, 2551) สำหรับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง พบร่วมกับการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา มีรายงานว่าในกลุ่มที่มี

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เมื่ออายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น (ศุภวรรณ บัอมจันทร์, 2551)

### สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง

#### 1. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่

1.1 พันธุกรรม พบว่า พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 30-60 (Groer, 2001a) จากการศึกษาเชื่อว่ายีนส์ซึ่งเป็นตัวควบคุมพันธุกรรม และมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้โดยผู้ที่เป็นชาวตะวันตกจะมีความดันโลหิตสูงกว่าชาวตะวันออก และชาวตะวันตกด้วยกันชนชาติผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่าชนชาติผิวขาว (Swales, 1995) และพบว่า บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มว่าค่าความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตปกติ

1.2 เพศ พบว่า ในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีภาวะความดันโลหิตสูง (Hansen, 1998) เนื่องจาก ในเพศหญิง หลังการหมดประจำเดือนนั้น การทำงานของเรตินจะลดลงมีผลทำให้หลอดเลือดเกิดแรงต้านทานมากขึ้น (Kaplan, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลการรายงานทางสถิติของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแบ่งตามอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ในเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายโดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 131.3 ส่วนเพศหญิงความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 136.8 (World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group, 2003)

1.3 อายุ จากการศึกษา พบว่า ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1-2 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1995) และในวัยสูงอายุพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัยที่มากขึ้น (Aging change) ส่งผลให้มีแรงต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จากการที่หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลงผนังหลอดเลือดชั้นกลาง และชั้นในหนาตัวขึ้นสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้ความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (ศิริพันธ์ สาส์ตย์, 2551)

#### 2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ได้แก่

2.1 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินจากการศึกษา พบว่า ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงโดยกลไกของการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้นส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณของเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที สูงขึ้น (Kotchen, & Kotchen, 1999) และพบว่า คนอ้วนมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน

นำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูงมีผลในการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลีโคสของน้ำ และโซเดียมส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Kaplan, 2006) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานนั้น เชื่อว่า ถ้าสามารถลดน้ำหนักลงได้ตั้งแต่ 10 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

2.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เพราะความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ทั้งนี้ เนื่องจาก ปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัวมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที นอกจากนี้ โซเดียมส่งเสริมให้มีการคั่งของปริมาณน้ำ ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Groer, 2001a) และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากมีการตกผลึกของไขมันในหลอดเลือด หลอดเลือดมีการตีบแคบลงเกิดแรงต้านทานบริเวณหลอดเลือดเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Dash, 2006)

2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งของแควีโคลามีนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Groer, 2001b) และจากการศึกษา พบว่า คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นในการบีบตัวไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Jee, 1999)

2.4 การสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด กระตุ้นปมประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (Groer, 2001b) จากรายงานการวิจัย พบว่า นิโคตินในบุหรี่จะทำให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท (Wexler, & Aukerman, 2006)

2.5 การออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันทั้งขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งขึ้นอยู่กับน้ำหนักที่ลดลงด้วย นอกจากนี้ พบว่า การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด และลด

การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่บาโรรีเซฟเตอร์เฟลกซ์ (Oparil, 2000)

2.6 ภาวะอารมณ์เครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลังสารนอร์อิพิเนฟรินมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจ และหลอดเลือดโดยเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือดหัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Kaplan, 2006)

#### ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด (Kaplan, 2002; Joint National Committee, 2003) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential Hypertension) พบได้ประมาณ ร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่ พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Apple et al., 2003; Joint National Committee, 2003; CubriloTurek, 2003) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมิน และรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียดอายุ และมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยรักษา และควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่ เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่อาจเกิดพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท (Groer, 2001) ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อร่วมโรคครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะยา และสารเคมี เป็นต้น (Supiano, 1997) ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุระดับความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติ และสามารถรักษาให้หายได้

2. ความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงโดยจำแนกตามความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ซึ่งจำแนกได้ 3 ระดับ ดังนี้ (World Health Organization, 2002)

2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบความเสื่อมหรือความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง

ดังนี้

2.2.1 หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricular Hypertrophy) โดยการตรวจร่างกายเอกซเรย์ทรวงอก หรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2.2.2 หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (Retina) มีการตีบทั่วไปหมด หรือเฉพาะบางส่วน

2.2.3 พบไข่ขาวในปัสสาวะ (Proteinuria) และหรือครีอะตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 มีอวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพ โดยเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูงโดยตรวจพบทั้งอาการ และอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

2.3.1 หัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว

2.3.2 ตา มีเลือดออกในเรตินา หรืออาจมีประสาทตาบวม (Papilledema)

2.3.3 สมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวโรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะสมองบวม (Hypertensive Encephalopathy)

3. ความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับความดันโลหิตโดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) ได้ดังนี้

3.1 ปกติ (Normal) คือ มีค่าความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 – 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท

3.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Stage 1 hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140 – 159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท

3.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Stage 2 hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

ตาราง 1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ JNC VII

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	80 – 89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140 – 159	90 – 99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	มากกว่า 160	มากกว่า 100

#### อาการ และอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย หรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดง เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูง (Joint National Committee, 2003) สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก หรือสูงในระดับรุนแรง และเป็นมานาน โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มักพบมีอาการดังต่อไปนี้ (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2540; ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2542)

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยลักษณะอาการปวดศีรษะ มักปวดที่บริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วย โดยพบว่า อาการปวดศีรษะเกิดจากมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอน เนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้นจึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้น จึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ

2. เวียนศีรษะ (Dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3. เลือดกำเดาไหล (Epistaxis)

4. เหนื่อยหอบ ขณะทำงาน หรืออาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

5. อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วม ได้แก่อาการเจ็บหน้าอก สัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานานๆ ดังนั้น ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานานๆ จึงอาจมีผลต่ออวัยวะที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ ถูกทำลาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

### การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จุดประสงค์ในการป้องกันภาวะโรคความดันโลหิตสูง คือให้ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การลดน้ำหนัก การลดเค็มหรือ การลดเค็มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่

1. อาหารลดความดันเลือด เป็นอาหารที่เน้น พืช ผัก ธัญพืช เนื้อสัตว์น้อย ไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ สามารถลดความดันเลือดได้ 8-10 มิลลิเมตรปรอท (เท่ากับกินยาลดความดัน 1 ชนิด) วิธีกินอาหารลดความดันง่ายๆ คือ ทานอาหารเองที่บ้าน แทนการซื้อหรือกินนอกบ้าน เพิ่มอาหารพืช ผัก ผลไม้ (รสไม่หวาน) ธัญพืชธรรมชาติมากกว่าเดิมที่เคยกิน 1 เท่าตัว และลดอาหารประเภท รสหวานจัด เค็มจัด มันจัด ของทอด ขนมเบเกอรี่ เนื้อสัตว์ลงครึ่งหนึ่งของที่เคยกิน มักจะเห็นผลลดความดันเลือดประมาณ 2 สัปดาห์ หลังเริ่มกินอาหารลดความดัน (กาญจนา ชัยมูล, 2555, น.12-13)

2. เกลือโซเดียม มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติ ลดการดูดน้ำทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือด และความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงมากขึ้น สรุปว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินเค็ม (มุกดา สอนประเทศ, 2554, น.10) และควรลดเกลือโซเดียมลงเหลือ 2.4 กรัมหรือเกลือแกง 6 กรัมต่อวัน (ปริมาณเท่ากับน้ำปลา 1 ช้อนครึ่งถึง 2 ช้อนโต๊ะ) สามารถลดความดันเลือดได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (กาญจนา ชัยมูล, 2555, น.13)

### ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงนั้นนอกจากทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบในด้านอื่นๆ อีก ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องรับประทานยาควบคุมไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ทำให้เกิดความพิการ



และเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) ในรายที่ต้องรับประทานยาหลายชนิด อีกทั้งการที่ต้องเผชิญกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดความไม่สบายต่างๆ การต้องปรับพฤติกรรมเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่คุ้นเคย เป็นผลกระทบทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดได้

2. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเป็นอยู่ระยะเวลานาน ทำให้อวัยวะสำคัญต่างๆ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา เสื่อมสภาพ ถูกทำลาย (ศุภวรรณ บ้อมจันทร์, 2551) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความพิการ และทุพพลภาพได้ โดยผลจากภาวะแทรกซ้อน และความพิการที่เกิดขึ้นนั้น จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าของตนเองลดลง นอกจากนี้ผลจากการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ สมรรถภาพทางเพศลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิต

3. ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจจากผลกระทบด้านร่างกาย และจิตใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการแสดงบทบาทต่างๆ ในสังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือทำงานได้เหมือนเดิม และผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงข้อจำกัด ในการทำกิจกรรม และความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวันลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำ เมื่อต้องมาติดตามการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (ศุภวรรณ บ้อมจันทร์, 2551) ทำให้มีผลกระทบ ต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ายา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1,748 เหรียญต่อปี ถ้าพบมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ และมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือโรคไต และต้องฟอกไตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปี ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาท ต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 15,283 บาท ต่อรายต่อครั้ง (ศุภวรรณ บ้อมจันทร์, 2551)

เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงเกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พฤติกรรมเสี่ยง	เกณฑ์ชี้วัดความเสี่ยง	เกณฑ์พิจารณาความเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	1. ประวัติพ่อแม่ หรือ พี่น้อง เป็น โรคความดันโลหิตสูง  2. ไชมันในเลือดผิดปกติ 3. ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 23$ หรือ เส้นรอบพุง $\geq 90$ เซนติเมตร สำหรับผู้ชายเส้นรอบพุง $\geq 80$ เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง 4. ความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย): Systolic $\geq 130 - 139$ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ Diastolic $\geq 80 - 89$ มิลลิเมตรปรอท 5. สูบบุหรี่: มีการสูบบุหรี่ มากกว่า 1 มวน/วัน หรือ 20 Pack per year 6. ไม่ออกกำลังกายหรือออก กำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อ สัปดาห์	ข้อ 1-4 พบ 1 ข้อเสี่ยง HT ข้อ 5-6+ ข้อ 1-4 อีก 1 ข้อ เสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556

## พฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคของประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ กำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้แก่กำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอหำร พฤติกรรมกำรออกกำลังกาย พฤติกรรมกำรเผชิญกับความเครียด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งกำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถทำ ให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเป็นกำรยี่ดระยเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงออกไปได้ กำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นวิธีกำรป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด

1. พฤติกรรมกำรรับประทานอหำรกำรบริโภคอหำรมีบทบาทอย่างย้ง ในการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต อหำรที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดของระดับความดันโลหิต คือ อหำรที่มีเกลือโซเดียมและอหำรประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งมีในหลักกำรควบคุมอหำรเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้

1.1 กำรจำกัดอหำรที่มีโซเดียม อหำรที่มีเกลือ มีรสเค็ม เช่น อหำรประเภทหมักดอง อหำรกระป๋อง น้ำ ปลา ซีอิ้ว ซอสปรุงรส ผงชูรส กะปิปลาร้าไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ไข่กรอก กุนเชียง แหนม หมูยอ แยม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น กำรรับประทานอหำรที่มีรสเค็มในปริมาณ ที่มำกทำ ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้เนื่องจากโซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มกำรดูดกลับ ของน้ำ ในร่างกายและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Joint National Committee, 2003) จากตัวอย่างของงำนวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่รับประทานอหำรที่มีโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัม หรือรับประทานเกลือ ไม่เกิน 6 กรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชำต่อวัน จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003) กำรศึกษาหลายแห่งสรุปว่า ปริมาณเกลือที่บริโภคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากกำรใช้เกลือในอหำรของบางคนอำจมีมำกกว่าคนอื่น ผู้ที่รับประทานเกลือเพียงเล็กน้อยหรือน้อยกว่า 0.5 กรัมต่อวัน มักจะ ไม่พบว่า มีความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับกำรศึกษาของ (Joint National Committee, 2003) พบว่า กำรจำกัดเกลือในอหำร ไม่เกิน 2 กรัมต่อวันหรือรับประทานเกลือ 1 ช้อนชำต่อวัน สามารถลดระดับความดันซิสโตลิก ประมาณ 2-4 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจาก กำรรับประทานโซเดียมเข้าไปในร่างกายมีผลทำ ให้เกิด กำรคั่งของน้ำในร่างกายมำกขึ้น ทำ ให้ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนักมำกขึ้น ส่งผลให้ ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้กำรลดหรือจำกัดโซเดียมจึงเป็นการช่วยลดระดับความดันโลหิต และลดกำรทำงานของหัวใจ

1.2 รับประทานอหำรที่มีโพแทสเซียมสูง กำรได้รับโพแทสเซียมในปริมาณ 1.9 กรัมต่อวัน จะทำ ให้ความดันซิสโตลิกลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง

2.5 มิลลิเมตรปรอท (Vaskomen, 2003) โภทศเซียมมีผลทำให้เส้นเลือดคลายตัว มีการลดลงของระดับเรนิน (Rennin) ซึ่งจะส่งผลให้แองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ลดลงด้วย นอกจากนี้ยังเพิ่มการขับโซเดียมออกจากร่างกายด้วย

1.3 รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม จากการศึกษาในคนปกติและคนที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ปริมาณแคลเซียมที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้น แคลเซียมจึงเป็นแร่ธาตุที่ช่วยลดความดันโลหิต ป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง 20 ซึ่งปริมาณแคลเซียมที่ร่างกายต้องการต่อวัน คือ 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546)

1.4 จำกัดการรับประทานอาหารประเภทไขมันที่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง พบมากในเนื้อสัตว์หรือไขมันจากสัตว์ เช่น เนย มันหมู ไข่ขาว มันไก่ ไข่แดง สมอสัตว์ไข่ปลา เครื่องในสัตว์ กุ้ง หอย ปู เป็นต้น ส่วนในพืชพบในน้ำมันที่ได้จากพืช คือ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว ซึ่งอาหารที่มีไขมันสูงไม่ควรบริโภค เช่น อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิทุกชนิด ข้าวมันไก่ หนั๋งหมู ขาหมู มันสมอหมู ไข่อั่ว แกงฮังเล แคบหมู เป็นต้น ควรบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น บริโภค เนื้อปลา เพราะไขมันต่ำ ย่อยง่าย นมควรเป็นนมพร่องมันเนย ควรปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม บั๊งหรือนึ่ง แทนการทอด การเลือกใช้ไขมันต้องใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์เพื่อลดโคเลสเตอรอลในเลือดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.5 การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงควรรับประทานผักและผลไม้ เพราะในผักและผลไม้มีใยอาหาร ซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับเป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดลงจากกลไกนี้ จึงสามารถเห็นได้ว่าการรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหารจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ด้วย ส่งผลดีในเรื่องการลดความดันโลหิต และลดอุบัติการณ์เส้นเลือดหัวใจถูกอุดตันได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

1.6 งดการดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า การดื่มสุราเกิดกลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คือ มีการเพิ่มของ Blood cortisol เพิ่มระดับของ Catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ Rennin-angiotensin พวก Alcohol withdrawal จะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ประมาณกว่า ร้อยละ 10 ของโรคโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราการดื่มสุราปริมาณมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (Cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะ

หลอดเลือด แข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์คือ ผู้ที่ดื่มสุรา ในปริมาณที่มากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อวัน พบว่า มีโอกาสเป็นโรคความดันสูงได้ การดื่ม แอลกอฮอล์ ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมคือ ผู้ชายให้ดื่มไม่เกิน 2 หน่วย ผู้หญิงไม่เกิน 1 หน่วย (1 หน่วย = ½ ออนซ์ หรือ 15 มิลลิลิตร ดื่มวิสกี้ 2 ออนซ์ ดื่มไวน์ 10 ออนซ์ หรือดื่มเบียร์ได้ 24 ออนซ์) จะส่งผลให้ความดันซิสโตลิกลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

1.7 งดการดื่มกาแฟ จากการศึกษา พบว่า การดื่มกาแฟมักทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้น 5 -15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที ภายหลังจากการดื่มกาแฟประมาณ 2-3 ถ้วยระดับ ความดัน โลหิตจะสูงเช่นนี้ราว 2 ชั่วโมง การดื่มกาแฟเป็นประจำอาจจะไม่มีผลทำให้ระดับความ ดันโลหิตสูง อย่างถาวรแต่อาจมีผลทางอ้อม โดยเมื่อรับประทานกาแฟจะมีผลทำให้นอนไม่หลับ ก็จะทำให้เกิด ความเครียดได้ การมีภาวะเครียดเป็นประจำก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2. ออกกำลังกายเป็นประจำมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือด ขยายตัวแรงด้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น มีการลดการทำงาน ของระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดงและลดแรงต้านของหลอดเลือด ส่วนปลายความดันโลหิตจึงลดลงและการออกกำลังกายยังส่งผลให้มีการลดลงของระบบ ยับยั้งของโซเดียมโปแตสเซียมปั๊ม ทำให้การดูดกลับของน้ำและโซเดียมลดลง ส่งผลให้ปริมาณ เลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้นและนานขึ้น ทำให้จำนวนเลือดที่ สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ มีผลให้ความ ดันโลหิตลดลง ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้เส้นเลือด ขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะมีผลทำให้ชีพ จรในขณะที่พักลดลงด้วย โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาธิติกและ ฮอริโมนโพสตาเกรน ดิน การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

3. การผ่อนคลายความเครียด เป็นวิธีการหรือเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียด ที่มีสาเหตุมาจากร่างกายและจิตใจโดยการฝึกให้บุคคลสามารถบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ได้อานาจ จิตใจ ในเวลาใดก็ตามที่ต้องการ เป็นการฝึกเพื่อช่วยลดเฉพาะอาการที่เกิดจากความเครียด โดยไม่ มุ่ง แก่ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้นๆ วิธีการฝึกการผ่อนคลายมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี เช่น

การฝึกสมาธิ การสะกดจิตตนเอง การฝึกโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนอย่างต่อเนื่อง (Progressive muscle relaxation) เป็นต้น การฝึกการผ่อนคลายเครียด จะทำให้มีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติลดฮอร์โมนที่มีผลต่อประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวของผนังปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนตริเคิล ลดความดันโลหิต ทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว การผ่อนคลายความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความดันโลหิต นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เทคนิคคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบ การรักษาที่ใช้เพิ่มมากขึ้น การรักษาโดยวิธีทำให้ผ่อนคลายความเครียดภายใน 3 เดือน มีผลให้ระดับซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ลดลง (Joint National Committee, 2003)

4. งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะมีผลให้ระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein: HDL) ต่ำลงทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet aggregation) เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุของการหดตัวของหลอดเลือดแดง ส่วนสารนิโคตินในบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัวมากยิ่งขึ้น จากการศึกษา พบว่า บุหรี่ 1 มวน มีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และคนที่สูบบุหรี่จะมีระดับของคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดสูง ซึ่งจะไปจับกับเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมากยิ่งขึ้น (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) และผู้ที่สูบบุหรี่จัด 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจึงมุ่งเน้นที่การค้นหาสาเหตุ และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่

## แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

### ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคล ในการที่จะกระทำหรืองดเว้นในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่ส่งผลถึงสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมกำบังโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทเมื่อเจ็บป่วย (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรม และนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคลส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้บริบทนี้เราแยกพฤติกรรมของคนเราออกเป็นสองส่วนที่นำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริม หรือป้องกันสุขภาพ หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ ตามความหมายที่นักวิชาการให้ไว้

ดังนั้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ด้วยกัน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่ง que แสดงให้บุคคลนั้น รู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น การบอกรับได้ถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ การอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ

ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดอยู่ เช่น ความชอบ ความยินดี ความพอใจ เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้ง การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

#### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

##### 1. พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

1.1 พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การสวมหมวกกันน็อค การขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมถุงยางอนามัย ก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ครอบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่างกายเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่างหรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัย เพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการปกติหายไปเอง

3. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การแสดงออกของพฤติกรรมหลังการได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรม การสร้างสุขภาพดี ปราศจากโรคโดยให้ทุกคนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบคลุมและชุมชน อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และ ลด ละ เลิก บุหรี่ อบายมุข ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ คือ



3.1 ออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 3 วัน และอย่างน้อยใช้เวลา 20-30 นาที

3.2 อาหารปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารให้ได้ สารอาหารที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อร่างกายในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และการบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมเพียงพอกับ ความต้องการในแต่ละวัย เพื่อพัฒนาการที่สมบูรณ์ (จิตรรักษ์ดา บุญพิศิษฐ์สกุล, 2558)

3.3 อารมณ์แจ่มใส หมายถึง การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด (จิตรรักษ์ดา บุญพิศิษฐ์สกุล, 2558)

3.4 อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะนำโรค การใช้วัสดุที่ย่อยสลายง่าย (จิตรรักษ์ดา บุญพิศิษฐ์ สกุล, 2558)

3.5 อโรคยา หมายถึง การไม่มีโรค การปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่างๆ โดยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อบางชนิด การตรวจสุขภาพประจำปี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม เป็นต้น (จิตรรักษ์ดา บุญพิศิษฐ์สกุล, 2558)

3.6 อบายมุข หมายถึง หนทางที่นำไปสู่ความเสื่อมเสีย เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสีย ทรัพย์สินตามหลักพระพุทธศาสนา อบายมุข 6 ประกอบด้วย การดื่มน้ำเมา การเที่ยวกลางคืน เป็นต้น รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต และปัญหาสังคมด้วย (จิตรรักษ์ดา บุญพิศิษฐ์สกุล, 2558)

พฤติกรรมมีผลต่อการเกิดโรคได้ 3 ทาง คือ

1. พฤติกรรมมีผลต่อสุขภาพโดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อันเป็นผลมาจาก เหตุการณ์ต่างๆ ทางสังคมที่มีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นต้นเหตุของความเครียดทาง จิตใจ (Psychological Stress) ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาทางพฤติกรรมทางร่างกาย และทาง อารมณ์ของบุคคลเมื่อเผชิญกับภาวะคุกคามที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจ เมื่อเผชิญกับ ความเครียด หรือความต้องการในเรื่องต่างๆ บุคคลจะประเมินภาวะคุกคาม และเลือก การตอบสนองต่างๆ ที่จะสามารถลดภาวะคุกคามนั้นได้ ขณะเดียวกันจะมีการเปลี่ยนแปลงใน ร่างกายเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหา ซึ่งการเผชิญกับความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามในการหนี การลด หรือการทนต่อสาเหตุ และผลที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังของ ความเครียดทางจิตใจนั้น การตอบสนองต่อความเครียดอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทาง ร่างกายได้ เช่น ท้องเดิน ผอมว่อง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ในผู้ติดเชื้อเอดส์อาจเกิด

ภาวะกดดันต่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ความเครียดเป็นตัวกลางระหว่างพฤติกรรม และความเจ็บป่วย และอาจมีผลต่อสุขภาพโดยทางอ้อม โดยการตอบสนองทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น ดื่มสุรามากขึ้น กินอาหารมากขึ้น ความเครียดอาจมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศลดลง เช่น การเลือกคู่นอน การป้องกันทางเพศ การป้องกันการติดเชื้อเมื่อร่วมเพศเช่นเดียวกับกรณีของความเครียดกับการใช้ยา โดยเฉพาะฉีดยาเข้าเส้นเลือด ความเครียดอาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติดมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติทางเพศที่ไม่ปลอดภัยด้วย

2. พฤติกรรมมีอิทธิพลต่อสุขภาพโดยการกระทำ ซึ่งอาจไปเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกายทั้งโดยตรง หรือทางอ้อม เช่น การกินยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง การใช้ยานอนหลับ ยาบ้า การกินสารซึ่งทำให้เกิดโรค ตัวอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย สุขนิสัยส่วนบุคคลไม่ดี ซึ่งยากินเอง หรือการใช้สารเสพติดซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ การแพร่กระจายของโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉีดเข้าเส้นเลือด และยังเป็น การส่งเสริมให้เกิดการแพร่เชื้อเอดส์ไปสู่ทางอื่นได้อีก เช่น กระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

3. พฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค เมื่อเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งครั้งหนึ่งเคยมีความเจ็บป่วย เช่น ปฏิกริยาที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้น การตัดสินใจกระทำเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และประสบการณ์เมื่อครั้งเป็นผู้ป่วย กระบวนการเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้คนยืดเวลาไปหาแพทย์ หรือ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ทำให้ทราบถึงแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางและการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพที่อาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

#### ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Lifestyle) มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและเป็นสาเหตุส่งเสริมในการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม การรับประทานผักและผลไม้ที่พอเพียง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการแนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายปรับพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตร่วมด้วย (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) และการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีผลมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

### ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน ตำแหน่ง หรือบทบาทในสังคม เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองที่แต่ละบุคคลแสดงออก (สุปราณี วงศ์पालี, 2550)

2. อาชีพ อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดบ่อยๆ หรือต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคามต่อชีวิตของบุคคลอื่น เช่น ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักธุรกิจ เป็นต้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สุปราณี วงศ์पालี, 2550) อาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องออกกำลังแรงมาก ต้องครากตรำทำงานขาดเวลาเอาใจใส่สุขภาพ และมีผลต่อการดูแลตนเอง (บุญศรี บันตีบ, 2549) และยังพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจมีผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสมได้ และทำให้เกิดความเครียดจากฐานะที่เป็นอยู่ (เยาวลักษณ์ อนุรักษ์, 2542) จากการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีกำหนดไม่เวลาแน่นอน (สุปราณี วงศ์पालี, 2550)

3. รายได้ พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีอุปสรรคเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัย จึงสนใจที่จะประกอบอาชีพมากกว่าสนใจสุขภาพ จะมีการไปรับบริการด้านการแพทย์เพื่อป้องกันโรค และค้นหาโรคในด้านต่างน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี (ระวีวรรณ กัททะกาลัง, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) ที่พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ที่มีความพร้อมด้านรายได้จะสามารถแสวงหาหรือซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย อุปกรณ์ในการออกกำลังกายทุกชนิด และการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพโดยเฉพาะการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งจะพบได้ว่า กิจกรรมเพื่อสุขภาพหลายๆ ชนิด จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายมากซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าจำเป็นต้องเก็บเงินรายได้ไว้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว การยังชีพ

4. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วย ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (สุปราณี วงศ์पालี, 2550)

5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในผู้ให้การรักษา และแผนการรักษา รวมทั้งความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (สุปราณี วงศ์पालี, 2550) ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน กล่าวคือ เมื่อมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจากบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย ทำให้บุคคลมีการออกกำลังกายด้วย เป็นต้น

6. ความถี่การนัดหมาย หรือการมาตามนัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับการกระตุ้น และได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งการศึกษาของครรชิต ชนะทิพย์ (2550) พบว่า ความถี่การนัดหมาย มีผลต่อระดับความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทำให้ทราบว่าจะระยะเวลาในการเข้ามารับการรักษาแต่ละครั้งมีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

ปัจจัยภายใน มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าจะเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า (สุปราณี วงศ์पालี, 2550)

2. ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลประกอบด้วย

2.1 เพศ เพศหญิงมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่าเพศชาย และพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่มีความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรามักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุปราณี วงศ์पालี, 2550) แต่ในทางกลับกัน การศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิง และเพศชาย พบว่า แนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีบทบาทสำคัญทางสังคม และมีโอกาสพบปะผู้คนมากกว่าเพศหญิง ทำให้ผู้ชายมีความสามารถในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ เช่น ข่าวสารทางด้าน

สุขภาพ จากสื่อแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าเพศหญิง ทำให้มีโอกาสรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (ระวีวรรณ กัณฑ์กาลัง, 2550)

2.2 อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ทำให้มีความคิด ประสบการณ์ และพฤติกรรมที่ต่างกันซึ่งมีผลต่อการเผชิญปัญหาหรือต่อความเครียดของชีวิต ผู้ใหญ่จะมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (สุปราณี วงศ์पालี, 2550) และยังมี ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ส่งผลต่อการรับรู้ และส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น

ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการดูแลตนเอง และด้านสุขภาพ (ระวีวรรณ กัณทะกาลัง, 2550)

2.3 สถานภาพสมรส คู่สมรส และบุตรจะเป็นผู้ที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2555)

### 3. ปัจจัยทางการศึกษา

ปัจจัยทางการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้โอกาสการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และแสวงหาข้อมูล และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996 อ้างถึงใน สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) เมื่อบุคคลรับรู้ต่อความสำคัญของสุขภาพ รับรู้ความสามารถในตนเองรวมถึงประโยชน์ในการควบคุมสุขภาพ ให้คุณค่าต่อสุขภาพของตนเอง ก็ จะแสวงหาข้อมูลมาเพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แต่ละบุคคลแสดงออก (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550 อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ อนุรักษ์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) ที่พบว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

### 4. ปัจจัยด้านความเชื่อ

ปัจจัยด้านความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่เกี่ยวข้อง และขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของ บุคคล สถานที่ และพฤติกรรม กับผลสืบเนื่องจากสิ่งเหล่านั้นความคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น จะมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาของบุคคลต่อคำแนะนำการรักษาพยาบาล และความพร้อมร่วมมือที่จะปฏิบัติ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550)

## แนวคิดการจัดการความรู้

### ความหมายของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ (วิจารณ์ พานิช, 2548) เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ (สุมน อมรวิวัฒน์, 2553) และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุด (Bennet, & Bennet, 2003)

ความรู้มี 2 ประเภท คือ (Nonaka, & Takeuchi, 1995)

1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์ หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถ ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์บ้างครั้งจึงเรียกว่า เป็นความรู้แบบนามธรรม

2. ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎีคู่มือต่างๆ และบางครั้ง เรียกว่า เป็นความรู้แบบรูปธรรม

#### หลักการการจัดการความรู้

หลักการตามแนวคิดของวิจารณ์ พานิช (2547).การจัดการความรู้เป็นกิจกรรม เพื่องาน เพื่อผู้ทำงาน โดยผู้ทำงานมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ สรุปได้ดังนี้

1. การให้บุคลากรหลากหลายทักษะและความคิดทำงานร่วมกัน เป็นการรวมพลังมี จุดมุ่งหมายในการทำงานด้วยกัน การจัดการความรู้ที่มีพลังต้องทำโดยคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน ซึ่งจะต้องรวมจุดรวมพลังที่เข้มแข็ง

2. การให้บุคลากรร่วมกันพัฒนาวิธีการทำงานใหม่ๆ โดยยึดหลักองค์ประกอบ 4 ประการ เป็นหลักให้บุคลากรได้ใช้เป็นแนวร่วมในการพัฒนาวิธีการทำงานแบบใหม่ๆ ได้แก่ ยึดหลักการ ตอบสนองความต้องการ เช่น ความต้องการของลูกค้า ความต้องการของสังคมหรือองค์กร ยึด หลัก ของนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ หรือวิธีการใหม่ๆ เทคนิคใหม่ๆ โดยยึดหลักขีด ความสามารถ (Competency) ของพนักงานขององค์กร เป็นตัวกระตุ้นในการพัฒนาวิธีการทำงาน และยึดหลัก ประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นต้น

3. การให้บุคคลได้ทดลองและเรียนรู้เป็นหลักสำคัญอันเนื่องมาจากการจัดการ การความรู้เป็นการสร้างสรรค์หากให้มีการปฏิบัติจริงค่อยๆ ทำที่ละน้อย จนได้ผลดีแล้วขยายไปสู่ วิธี ทำงานแบบใหม่ๆ ก็ได้ Best Practice ใหม่เกิดขึ้น

4. การให้บุคลากรนำความรู้ภายนอกมาใช้พัฒนางานอย่างเหมาะสม โดยถือว่า ความรู้ ที่มีอยู่ภายนอกองค์กรเป็นความรู้ที่ยังดิบกหากนำมาทำให้สุก โดยการปรับปรุงให้พร้อมใช้งาน โดยการบริหารจัดการเติมความรู้เชิงบริบทขององค์กรลงไปในการทำงานให้เป็นความรู้ที่สุกพร้อม ใช้งานสอดคล้องกับหลักการบริหารตามแนวคิดของ Tobin (2003) หลักการหรือกฎเกณฑ์ที่สำคัญ ที่นำมาพิจารณาใช้ในการจัดการความรู้ซึ่งได้เสนอไว้คือ ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้เป็นทั้ง ศาสตร์และศิลป์ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้เก่งเพียงคนเดียวไม่พอ ให้รู้และเข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมไม่ใช่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้ต้อง

สร้าง แผนการบริหารเปลี่ยนแปลง ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้ควรเจาะประเด็น ลงส่วนลึก ทำให้เป็นปัจจุบันเสมอ ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้อย่างถูกแขนงด้วย ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ให้รู้และ เข้าใจว่าการจัดการความรู้จะต้องมียุทธศาสตร์ที่มุ่งมั่นชัดเจน ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้ควร ตั้งความคาดหวังหรือจำกัดความเสี่ยงให้ชัดเจน ให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้ควร บูรณาการ การจัดการความรู้ให้เข้ากับระบบที่มีอยู่ และให้รู้และเข้าใจว่าการจัดการความรู้ควรให้ การศึกษาแก่ ผู้ใช้บริการของท่านที่ให้บริการตนเอง สรุปได้ว่าหลักการจัดการความรู้คือ กระบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของคนและองค์กร เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ทุกคนในองค์กรต้องเรียนรู้ และลงมือปฏิบัติเพื่อให้พันธกิจขององค์กร บรรลุเป้าหมาย

#### รูปแบบการจัดการความรู้

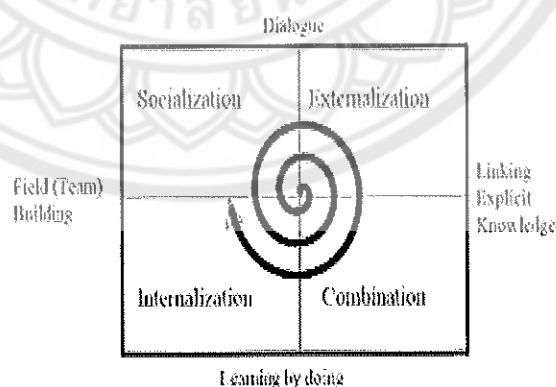
#### รูปแบบการจัดการความรู้ในต่างประเทศ

ในตำราต่างๆ ใช้คำภาษาอังกฤษที่แตกต่างกันสำหรับสิ่งที่มีความหมายใกล้เคียงกับ คำว่า “รูปแบบ” คือนอกจากคำว่า “Model” แล้ว ยังมีคำว่า “Process” และ “Framework” ตัวอย่าง ของรูปแบบการจัดการความรู้จากต่างประเทศที่น่าเสนอเลือกมาเพียง 2 รูปแบบ ซึ่งเป็นตัวแทน ของแนวคิดที่เน้นการจัดการความรู้ฝังลึกตามรูปแบบของ Nonaka (1994 อ้างถึงใน สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2553) และแนวคิดที่พิจารณาการจัดการความรู้ชัดเจนตาม รูปแบบของเดอมาเรสต์ (Demarest, 1997 อ้างถึงใน สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2553)

1. การจัดการความรู้ของ Nonaka มีความเห็นว่าการจัดการความรู้มี 3 ขั้นตอน หลัก คือ การสร้างความรู้ (Knowledge Generation) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Codification) และการ ถ่ายโอนความรู้ (Knowledge Transfer) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนได้ครอบคลุม กิจกรรมไว้หลายเรื่อง การสร้างความรู้ เป็นกิจกรรมการสร้างเนื้อหาความรู้ใหม่ หรือการสร้าง ทดแทน เนื้อหาความรู้ที่มีอยู่เดิมขององค์กร ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการในระดับบุคคล และกลุ่มใน การสร้างความรู้ใหม่ โดย Nonaka (1994) ได้เสนอทฤษฎีการสร้างความรู้ขององค์กรที่มีจุดเริ่มต้น มาจากการเรียนรู้ระดับบุคคล และแพร่ขยายไปทั่วองค์กรโดยการสื่อสารในรูปแบบ ต่างๆ และให้ความสำคัญของการแยกประเภทความรู้ เป็นความรู้ฝังลึกและความรู้ชัดแจ้ง และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั้งสองประเภทการจัดเก็บความรู้ประกอบขึ้นด้วยกิจกรรมหลาย ประการ ได้แก่ การคว่ำความรู้การนำมาจัดระบบ และการจัดเก็บความรู้สำหรับการจัดระบบความรู้ นั้นมีความหมาย ครอบคลุมถึงการแพร่ขยายความรู้ ทั้งนี้ องค์กรจะต้องเปลี่ยนความรู้ฝังลึกให้เป็น ความรู้ชัดแจ้ง และการจัดเก็บจะต้องมีการวางระบบที่ดี

การถ่ายโอนความรู้เป็นขั้นตอนที่บุคคล กลุ่ม ฝ่าย แผนก ได้รับความรู้จากประสบการณ์ของอีกฝ่ายหนึ่ง ช่องทางของการถ่ายโอนความรู้อาจจะทำได้ในลักษณะของการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคล และจากระดับอื่นๆ (กลุ่ม ทีม องค์กร) และวิธีการถ่ายโอนความรู้ อาจจะทำได้โดยการให้เครื่องมือที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยการสร้างชุมชนผู้ปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) ที่เป็นการมาพบปะพูดคุยกันแบบพบหน้า และการตั้งวงคุยใน อินเทอร์เน็ต แต่ตามความคิดเดิมของโนนากะที่เจตนาจะใช้กับองค์กรการผลิตของญี่ปุ่นนั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ฝังลึกจะเน้นความสำคัญของการพบหน้าของผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการจัดสถานที่และบรรยากาศที่เป็นกันเองและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Nonaka ถือว่าเป็นตัวแทนจากแนวคิดการจัดการความรู้ของประเทศญี่ปุ่น โดยแยกความแตกต่างระหว่างความรู้ฝังลึกและความรู้ชัดแจ้ง นำมาเป็นพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ซึ่งประกอบด้วย การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Socialization) ที่ทำให้เกิดการถ่ายทอด ความรู้ฝังลึกจากบุคคลหนึ่ง ไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง การทำให้ความรู้ฝังลึกเปลี่ยนเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Externalization) การนำความรู้ชัดแจ้งที่มีอยู่มาผสมผสานเข้าด้วยกัน ให้เกิดการขยายขอบข่าย ความรู้ในหลักการ (Combination) อาจจะกล่าวได้ว่า รูปแบบนี้มีลักษณะของการเกิดหมุนเวียนเป็นเกลียว และการเกิดของความรู้จะมาจากการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดเรื่อง การสร้างความรู้ของนักวิชาการตะวันตก ที่มองการสร้างความรู้เป็นกิจกรรมที่เกิดต่อเนื่องเป็นเส้นตรง



ภาพ 1 รูปแบบการจัดการความรู้ของ Nonaka, 1994



Socialization หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความรู้ฝังลึกในเรื่องใด เรื่องหนึ่ง โดยการที่ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจะถ่ายทอดให้แก่อีกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยตรง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้าใจสภาพของสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น และทำให้เกิดการถ่ายโอนความรู้ ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล ทีม และองค์กร โดยวิธีการมาพบหน้ากันหรือใช้สื่อในรูปแบบต่างๆ

Externalization หมายถึง การนำความรู้กลับมาใช้ซึ่งเป็นที่ทั้งความรู้ฝังลึกที่อยู่ในบุคคล หรือความรู้ชัดแจ้งจากความจำขององค์กร (Organization Memory) เป็นการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกให้กลับเป็นความรู้ชัดแจ้ง รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการถ่ายโอนความรู้และการจัดเก็บความรู้ตัวอย่างเช่น การอธิบายแบบปฏิบัติที่เป็นเลิศ องค์กรจึงควรเรียนรู้ในบางครั้งจะมีการใช้คำว่า การค้นคืน (Retrieval) ควบคู่กับคำ Externalization เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายมากกว่า Externalization เพราะ Externalization เน้นการค้นหาเพื่อนำกลับมาใช้ประโยชน์ของความรู้ฝังลึกของบุคคลเพียงอย่างเดียว ส่วน Retrieval จะเพิ่มการค้นหาความจำขององค์กรตัวอย่าง ได้แก่ การใช้เครื่องมือค้นหาความรู้ (Search Engines) ต่างๆ จากแหล่งความรู้ที่ได้เก็บรวบรวมและจัดระบบไว้อย่างดี

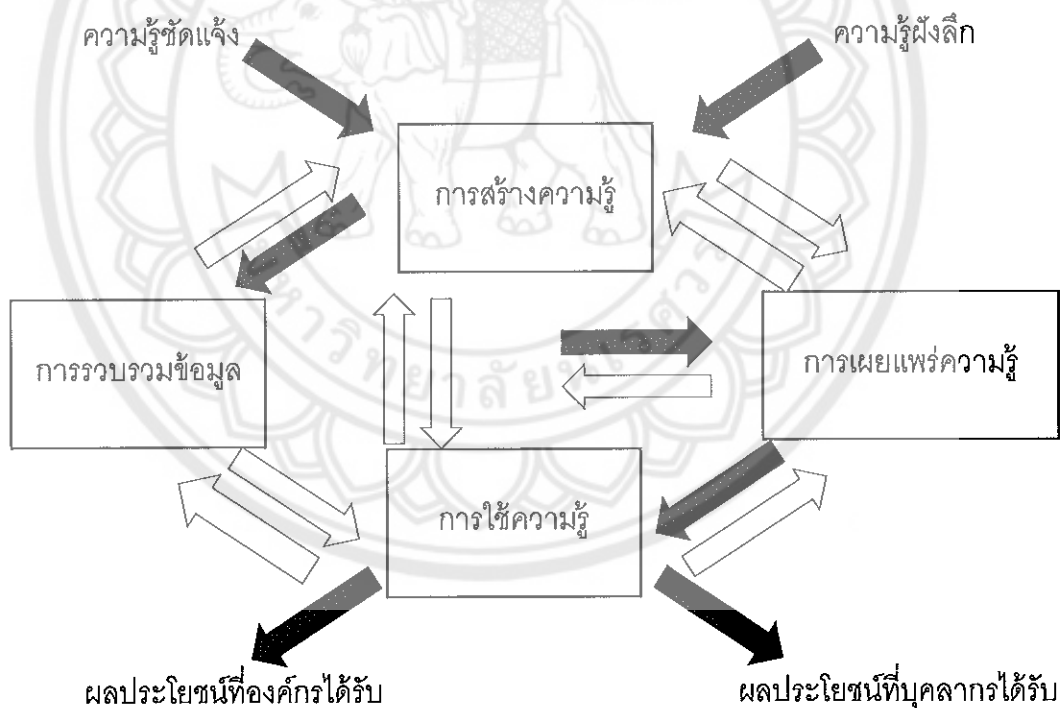
Combination เป็นการจัดระบบความรู้และการใช้ความรู้ชัดแจ้งและสารสนเทศ ในขั้นตอนนี้บุคลากรในองค์กรจะรวบรวมและบูรณาการความรู้ดังกล่าว โดยการหาแนวความคิดและความสัมพันธ์ระหว่างแนวความคิดต่างๆ ตรวจสอบแล้วนำมาจัดทำให้เป็นระบบ

Internalization / Storage เป็นขั้นตอนการสนับสนุนการรับรู้และการเรียนรู้ (Encoding) ความรู้ที่เป็นทั้งความรู้ฝังลึกจากการปฏิบัติและความรู้ชัดแจ้ง โดยนำเข้าสู่ความคิดในระดับบุคคลและความจำขององค์กร ระบบการจัดการความรู้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการคงสภาพและการดำรงรักษาความรู้ดังนั้น องค์กรต้องมีความสามารถที่จะดำรงรักษาความรู้ขององค์กร สร้างความสามารถของบุคลากรในการเก็บรักษา จะเห็นว่าการกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงจากความรู้ชัดแจ้งให้เป็นความรู้ฝังลึก และทำให้เกิดการหมุนเวียนเป็นเกลียวอย่างต่อเนื่อง

## 2. รูปแบบการจัดการความรู้ของ Demarest

ในขณะที่ Nonaka และนักวิชาการอื่นๆ ให้ความสำคัญต่อความรู้ฝังลึก และสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ที่เน้นให้เห็นกระบวนการจับความรู้การถ่ายโอนความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ฝังลึกที่มีอยู่ในตัวของบุคลากรซึ่งส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์หรือความชำนาญการ โดยที่ Demarest ซึ่งเป็นนักวิชาการด้านการจัดการความรู้ที่รู้จักกันดีในประเทศอังกฤษ ได้เสนอรูปแบบการจัดการความรู้ที่แตกต่างออกไป รูปแบบนี้ให้ความสำคัญทั้งความรู้ที่เป็นความรู้ฝังลึกหรือความรู้ที่มาจากด้านสังคม (Social Paradigm)

รูปแบบการจัดการความรู้ของ Demarest เน้นการสร้างความรู้ในองค์กร ซึ่งเป็นความรู้ทั้งสองแบบ ซึ่งองค์กรการศึกษาอาจจะนำแนวคิดนี้มา ประยุกต์ โดยที่พิจารณาน้ำหนักของ ความรู้ที่องค์กรต้องการว่ามีน้ำหนักเอนเอียงไปทางด้านใด เนื่องจากในบางองค์กรมีความรู้ฝังลึก น้อย ในขณะที่อีกบางองค์กรมีความรู้ฝังลึกที่มีคุณค่ามาก รูปแบบนี้มีการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ เทคโนโลยีและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคคล เมื่อมีการจัดเก็บความรู้แล้วจะต้องมีการนำ ความรู้นั้นๆ มาเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักกันในองค์กร และนำความรู้ใน ขณะที่ลูกศรสีขาวแสดง การไหลวนเป็นวง ซึ่งเน้นให้เห็นว่าความรู้ในองค์กรนั้นไม่ได้เกิดขึ้นที่ละชั้น ตามลำดับความรู้ที่ นำเข้ามาอาจจะจะเป็นทั้งความรู้ตามตำราและความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์จุดแข็ง ของรูปแบบนี้รูป อยู่ที่กำหนด หรือการบรรยายถึงคุณค่าของการจัดการความรู้ให้เป็นที่ทราบ ส่องหน้าทักกันใน องค์กรว่าเป้าหมายสุดท้ายจะเป็นอย่างไร ดังนั้น การใช้ความรู้จะเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ ทำให้ องค์กรบรรลุเป้าหมายขององค์กร และเป็นประโยชน์โดยตรงต่อบุคลากร



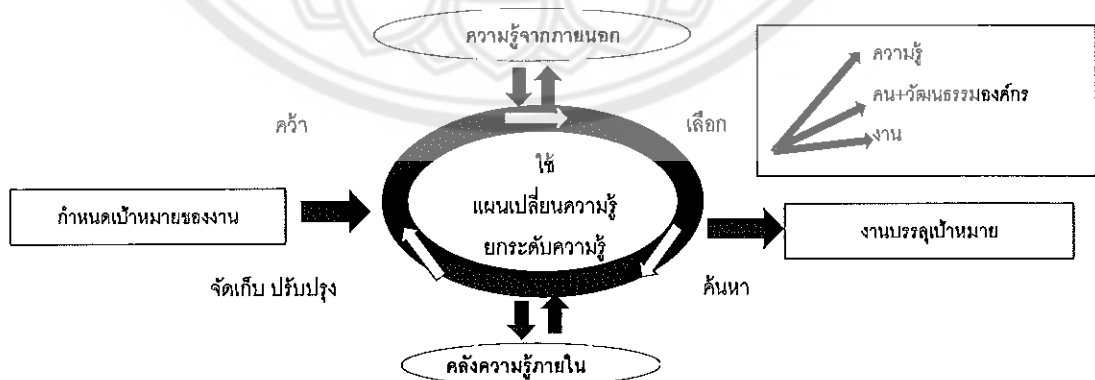
ภาพ 2 รูปแบบการจัดการความรู้ของ Demarest, 1997

ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2553, น. 26

### รูปแบบการจัดการความรู้ในประเทศไทย

รูปแบบของการจัดการความรู้ที่รู้จักกันแพร่หลายในประเทศไทยมีที่มาจากองค์กร 2 แห่ง คือ สำนักงานส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) (2548) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) (2548)

1. รูปแบบการจัดการความรู้ของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) เป็นหน่วยงานส่งเสริมการจัดการความรู้ในสังคมไทยที่เริ่มงานมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2546 และได้รับการยอมรับว่าเป็นหน่วยงานหลักในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ให้แก่หน่วยงาน และองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน สคส. มีรูปแบบการจัดการความรู้อยู่ 2 รูปแบบ โดยที่ในระยะแรกเป็นรูปแบบที่ปรับมาจากรูปแบบการจัดการความรู้ของ Collison, & Parcell (2004) อันประกอบด้วย กระบวนการเรียนรู้ การค้นหาความรู้ และการถ่ายโอนความรู้ โดยเริ่มจากจุดประสงค์ของธุรกิจไปสู่ผลทางธุรกิจ การจัดการความรู้จะต้องมีการเรียนรู้ก่อนทำงาน ขณะทำงาน และหลังการทำงาน การเรียนรู้ก่อนทำงาน คือ การสำรวจ และรู้ว่ามีรู้อยู่บ้างแล้ว ซึ่งสามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต การใช้เครื่องมือค้นหาหรือสมุดหน้าเหลือง การเรียนรู้ขณะทำงานคือ ตรวจสอบและทบทวนว่าการทำงานนั้นจะประสบความสำเร็จแน่นอน โดยการใช้เครื่องมือการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) หรือชุมชนผู้ปฏิบัติ (Communities of Practice: CoP) ส่วนการเรียนรู้หลังการทำงานนั้นจะทำให้มั่นใจว่าถ้าจะต้องทำงานในลักษณะนั้นซ้ำอีก จะต้องรู้ว่ามีความสำเร็จและล้มเหลว อย่างไร ครั้งต่อไปจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร และจะนำความรู้ที่ได้ไปแลกเปลี่ยนหรือจัดเก็บอย่างไร



ภาพ 3 รูปแบบการจัดการความรู้ของ สคส.

นอกจากนี้แล้ว บุคลากรยังจะต้องเรียนรู้วิธีการเรียน ซึ่งเป็นการเรียนเกี่ยวกับวิธีการที่จะนำความรู้นั้นมาใช้ซ้ำ ควรจะเก็บไว้ได้อย่างไร การเก็บไว้ในหัวบุคคลเป็นไปไม่ได้ วิธีการที่ดีที่สุดของการเก็บความรู้เพื่อการนำมาใช้ซ้ำ คือการสร้างระบบการเก็บความรู้ช่วยให้นำมาใช้ใหม่ได้ง่าย มีการปรับปรุงให้ทันสมัย ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการดำเนินงานจัดการความรู้ คือ จะต้องมีการทำงานเป็นวงจรต่อเนื่องกัน คือ บุคลากรมีความปรารถนาที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เหมาะสมและส่งเสริมการจัดการความรู้ที่อาจจะทำได้โดยการประกาศคุณความดีให้การยกย่องชมเชย หรือให้รางวัล ซึ่งจะช่วยให้เกิดความปรารถนาที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่และมีการนำเครื่องมือและเทคนิคการเรียนรู้ใหม่เข้ามาในองค์กร อย่างไรก็ตาม สคส. ได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาปรับให้ง่ายขึ้น

สิ่งที่จะทำให้การจัดการความรู้มีประโยชน์เป็นที่ยอมรับจะต้องจัดการความรู้ให้สัมพันธ์กับพันธกิจขององค์กร ดังนั้นจึงต้องกำหนดเป้าหมายของงานในกลางภาพจะเป็นวงกลมและมีลูกศรหมุน เนื่องจากกิจกรรมการใช้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการยกระดับความรู้ จะต้องเป็นล้อที่หมุนต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง ในขณะเดียวกันก็จะมีการใช้ความรู้จากภายนอกและภายใน ซึ่งการหาความรู้จากภายนอกจะต้องมีการเลือกความรู้ที่เหมาะสม กับความต้องการส่วนความรู้จากภายในหรือความรู้ฝังลึก จะต้องมีการค้นหา ปรับปรุง แก้ไข จัดเก็บ และนำออกมาใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เหมาะสมกับงาน สุดท้ายจะได้นวัตกรรมนำไปใช้งาน ซึ่งทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ในระหว่างระยะเวลา 5 ปี ที่ สคส. ดำเนินการจัดการความรู้ให้แก่หน่วยงาน จำนวนมาก ทั้งที่เป็นหน่วยงานของรัฐและเอกชน สคส. ได้สังเกตและเรียนรู้และนำสิ่งที่เรียนรู้มา ปรับปรุง ดังนั้นจะเห็นว่า สคส. ได้พัฒนากระบวนการจัดการความรู้ดังกล่าว 4 ทำให้ง่ายขึ้น เป็นรูปแบบปลาทุกกล่าวคือ ปรับกระบวนการจัดการความรู้ให้ง่ายต่อการเข้าถึงหลักการ ของการจัดการความรู้เรียกว่า โมเดลปลาทุก

ส่วนแนวคิดของการจัดการความรู้นั้นมีแบบโมเดลที่เห็นแบบชัดเจนตามแบบของ ดร.ประพนธ์ ผาสุกยี่ด แห่งสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ได้เปรียบเทียบว่าเหมือนปลาทุกโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วนหัว เรียกว่า Knowledge Vision: KV เป็นส่วนที่กำหนด มองทิศทางว่าจะไปทางไหน (วิสัยทัศน์ขององค์กร) ต้องตอบให้ได้ว่า ทำ KM เพื่ออะไร
2. ส่วนตัว เรียกว่า Knowledge Sharing: KS เป็นส่วนที่สำคัญถือเป็นหัวใจของ KM เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถือเป็นสิ่งที่ทำได้ยากที่สุด เพราะถ้าระหว่าง

คนที่ติดต่อกันไม่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีน้ำใจ หรือจริงใจที่จะแลกเปลี่ยนความรู้แล้วยอมเป็นการลำบากที่จะเกิดกระบวนการนี้

3. ส่วนหาง เรียกว่า Knowledge Assets: KA เป็นการสร้างคลังความรู้เชื่อมโยงเครือข่ายและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการกระจายความรู้

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการความรู้เปรียบเหมือนโมเดลปลา จะต้องมี 3 ส่วนประกอบกันให้ครบ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์การว่าเน้นในเรื่องใด เช่น เน้นเรื่องการแลกเปลี่ยนความรู้ส่วนตัว จะสั้น หากเน้นในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการกระจายความรู้ส่วนหางจะใหญ่ ดังนั้นลักษณะของปลาจะขึ้นอยู่กับความต้องการใช้งานขององค์การนั้นๆ



ที่มา: ประพนธ์ ผาสุกยี่ด, 2547, น.22

นอกจากนี้ ทางสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ได้พัฒนาโมเดลปลา เป็นโมเดลฝูงปลาตะเพียน โดยปลาตัวใหญ่เปรียบเสมือนองค์กร ลูกปลาเสมือนหน่วยงานย่อย ในองค์กร ที่จะต้องว่ายตาม ซึ่งเป็นการทำงานที่ไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องตามวิสัยทัศน์ และเป้าหมายขององค์กร (ประพนธ์ ผาสุกยี่ด, 2549)

2. รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการได้ศึกษารูปแบบจัดการความรู้ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า องค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้ประกอบด้วย คน เทคโนโลยี

และ กระบวนการ ทั้งนี้ได้กำหนดกระบวนการจัดการความรู้ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 – 6 เป็นขั้นตอนการจัดการความรู้และขั้นตอนที่ 7 เป็นการเรียนรู้ คือ

2.1 การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification) หมายถึง การพิจารณาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร เป็นอย่างไร เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เราจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ใน รูปแบบใด อยู่ที่ใคร

2.2 การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition) ทำให้ เกิดความรู้ใหม่อาจจะเป็นการแสวงหาความรู้จากภายนอก การรักษาความรู้เก่า และการกำจัด ความรู้ที่ไม่ได้ใช้แล้ว

2.3 การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization) เป็นการวางโครงสร้าง ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

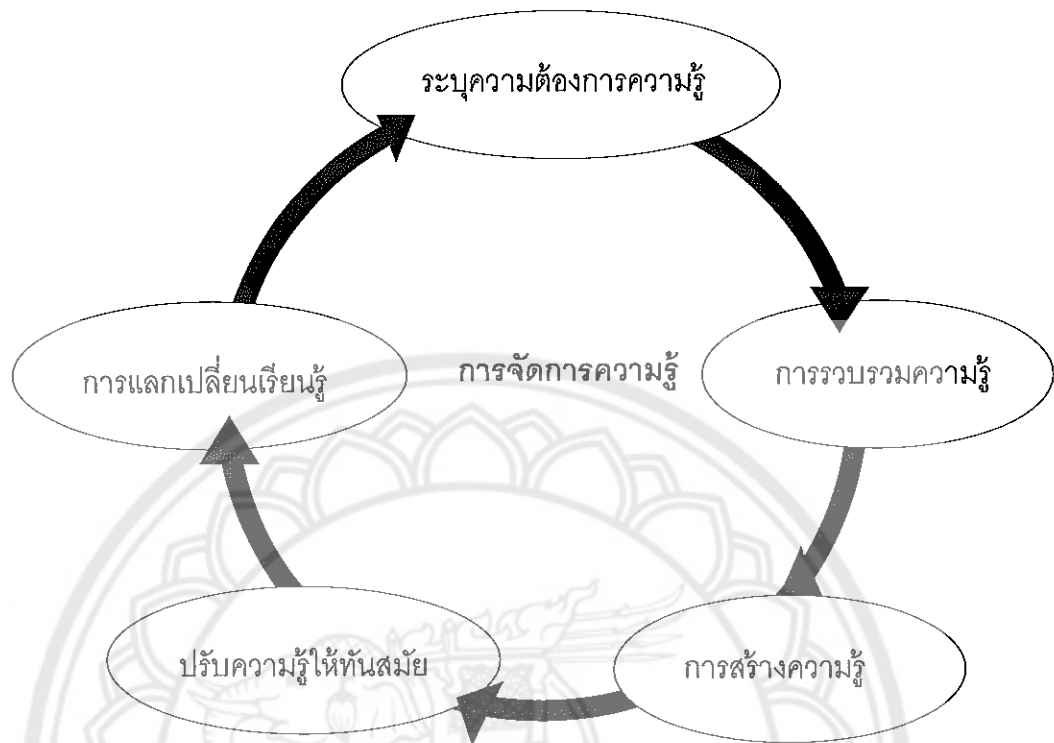
2.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement) การปรับปรุงรูปแบบ เอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ทำให้เนื้อหาถูกต้องสมบูรณ์

2.5 การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) การทำให้ผู้ที่ต้องใช้ความรู้สามารถ เข้าถึงความรู้ได้ง่ายและสะดวก เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือรูปแบบอื่นๆ ที่เหมาะสม

2.6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) การนำความรู้มาแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งถ้าเป็นความรู้แบบชัดเจนอาจจะทำเป็นเอกสารหรืออยู่ในระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ หรือถ้าเป็นความรู้ลึกฝังลึก อาจใช้เครื่องมือการจัดการความรู้มาช่วยทำให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติ การจัดพี่เลี้ยง การจัดเพื่อนช่วย เพื่อน

2.7 การเรียนรู้ (Learning) การทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงานที่ทำ และมีการ ทำให้เกิดวงจรการจัดการความรู้หมุนต่อเนื่องต่อไป ขยายไปสู่ทุกหน่วยในองค์กร และใน กระบวนการทำงานทุกอย่างขององค์กร

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สุวรรณ เจริญเสาวภาคย์, 2548) และสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (ประพันธ์ ฝาสุกยัต, 2547, 2549) มีความเห็นที่ สอดคล้องกันคือ การจัดการความรู้มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ คน เทคโนโลยี และกระบวนการ โดยที่คนเป็นส่วนสำคัญที่สุดของการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในส่วนของ เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือที่ช่วยค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยน และนำความรู้ไปใช้ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ส่วนกระบวนการเป็นการบริหารจัดการเพื่อนำความรู้จากแหล่งความรู้ไปใช้เพื่อให้เกิดการปรับปรุง นวัตกรรม



ภาพ 5 รูปแบบการจัดการความรู้ของ กพร.

ที่มา: สุวรรณ เหยียนเสาวภาคย์, 2548, น.33

การจัดการความรู้ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การระบุความต้องการความรู้ การรวบรวมความรู้ การสร้างความรู้ การปรับความรู้ให้ทันสมัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

#### การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งในทีมเยี่ยมบ้าน ควรที่จะต้องมีผู้ที่มีความรู้ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านด้วย โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความเต็มใจในการเยี่ยม

หลักการเยี่ยมบ้าน (กุลนภา บุญมากุล, 2558)

หลักการของการเยี่ยมบ้านทีมสุขภาพควรเข้าใจ และแม่นยำในหลักการเพื่อให้การเยี่ยมบ้านเกิดประโยชน์สูงสุด

1. วางแผน (Plan) ควรมีการวางแผนร่วมกับทีมงาน ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านว่าจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่ออะไร ไปทำอะไร คาดว่าจะเกิดอะไรขึ้นถ้าไม่เป็นดังคาด จะมีแผน

รองรับอย่างไร ต้องเตรียมข้อมูล แผนพับศึกษา แผนที่บ้าน และอุปกรณ์ที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้ และเมื่อกลับจากเยี่ยมบ้านมีการสรุปและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นตามแผนที่วางไว้ มีการปรับเปลี่ยน มีการติดต่อประสานงานระหว่างบุคคล หน่วยงาน รวมทั้งวางแผนการดูแลและการเยี่ยม ประเมิน ครั้งต่อไป

2. แม่นยาในหลักการ (Medical Management) หลักการในที่นี้คือ หลักการในวิชาชีพ ของทีมสุขภาพ แต่ละวิชาชีพมีทักษะและความชำนาญเฉพาะด้านในการปฏิบัติงาน ทำให้แต่ละ วิชาชีพไม่สามารถทำหน้าที่แทนกันได้ อย่างสมบูรณ์การทำงานร่วมกันของแต่ละวิชาชีพในบ้าน ของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุด ควบคู่กับหลักการที่ว่า การเยี่ยมบ้านไม่ใช่ การลดมาตรฐานวิชาชีพ แต่ในทางตรงกันข้ามทีมสุขภาพที่ไปเยี่ยมบ้านต้องมีไหวพริบปฏิภาณ และมีทักษะในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีให้เข้ากับบริบทของแต่ละบ้าน ตลอดจนรู้จักแก่สถานการณ์ เฉพาะหน้าได้

3. ไม่ระรานความสงบสุข (Identification of Patient's needs) ก่อนเยี่ยมบ้านควรมี การนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวว่าสะดวกให้ทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้านหรือไม่ สะดวกวัน เวลาใด ไม่ควรจู่โจมเขาไปเยี่ยมบ้าน หรือไม่ควรไปเยี่ยมเพราะ "เจ้าหน้าที่อยากไป หรือเจ้าหน้าที่ว่างพอดี" เพราะเจ้าหน้าที่ว่างแต่ผู้ป่วยและญาติอาจจะไม่ว่าง อย่าไปถ้าเจ้าบ้านไม่ยอมให้ไปหรือไม่สะดวก ก่อนออกไปเยี่ยมจริงควรโทรศัพท์หรือติดต่อผู้ป่วยและญาติล่วงหน้าก่อนว่ากำลังจะออกเดินทาง จะไปถึงในเวลาเท่าใด ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องรอเก้ออยู่นาน และมีโอกาสเตรียมตัวก่อนที่ทีม เยี่ยมบ้านจะมาถึงบ้าน เมื่อถึงบ้านแล้วให้ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในประเด็น ใดบ้าง

4. ขจัดทุกข์ให้เป็นระยะๆ (Continuing patient-centered care) ทีมสุขภาพสามารถ ประเมินความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Illness – IFFE) ตามหลักการของการดูแลโดยยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ Idea ความคิด (ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นอะไร), Feeling ความรู้สึก (ผู้ป่วย รู้สึกอย่างไรกับความเจ็บป่วยของตน), Function ภารกิจประจำวัน (ความเจ็บป่วยนั้นส่งผล ให้ผู้ป่วย ทำอะไรได้มากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวัน) และ Expectation ความคาดหวัง (ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ อย่างไร) ควรดูแลทั้งโรค และความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยควบคู่กันอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่ไปเยี่ยมมากน้อยแล้วแต่ โอกาส

5. พบปะเมื่อต้องการ (Participation and Family Conference) ควรให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าอยากให้ทีมสุขภาพมาเยี่ยมครั้งต่อไปเมื่อใด ระยะเวลาห่าง



แค้ไหน หาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพระหว่างทีมสุขภาพ, ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพต้องใจกว้างและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางติดต่อเมื่อต้องการความช่วยเหลือ เช่น ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อไว้พร้อมกับข้อมูลว่าควรโทรใดเมื่อไหร่ไปโรงพยาบาลได้เมื่อใด อย่างไร โดยให้ข้อมูลไว้กับทั้งผู้ป่วยและญาติ

6. อย่าย่อยนานถ้าไม่จำเป็น (Evaluation of Quality of Care) การเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง

7. เน้นสร้างเสริมป้องกัน (Risk Evaluation and Health Promotion) ต้องช่างสังเกตว่าสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสมาชิกในบ้านมีอะไรบ้างที่เป็นข้อดีในการสร้างเสริมคุณภาพ และป้องกันโรค ต้องชื่นชมและแสดงออกให้สมาชิกในบ้านนั้นทราบ ถ้ามีอะไรที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพควรไตร่ตรองว่าถึงเวลาที่ควรจะแนะนำหรือไม่ส่วนใหญ่นักสมาชิกในบ้านยังไม่ศรัทธาทีมสุขภาพที่ไปเยี่ยมบ้าน การหักแต่เรื่องไม่ดีของบ้านจะทำให้เจ้าของบ้านเสียหน้า และรู้สึกว่าคุณจับผิดอยู่ในบ้านตนเอง อาจทำให้รู้สึกไม่อยากต้อนรับในครั้งต่อไป และทำให้พฤติกรรมหรือความเสี่ยงนั้นไม่ถูกเปลี่ยนแปลงถ้ารู้สึกว่าคุณป่วยและญาติยังไม่พร้อมจะรับคำแนะนำ ควรจดบันทึกไว้ทำครั้งต่อไปเมื่อมีโอกาส และควรแนะนำในสิ่งทำได้ง่ายก่อน

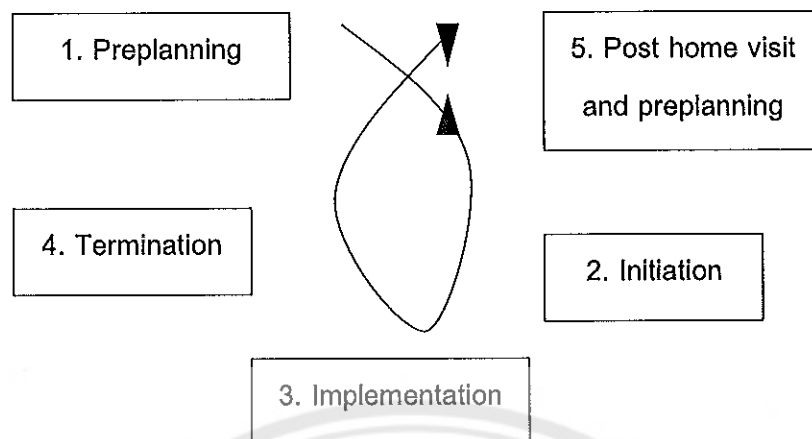
8. พลิกผันตามสถานการณ์ (Reassessment of Care Plan) ทีมสุขภาพควรมีการ ประเมินสถานการณ์ทุกครั้งที่ยี่ยมบ้านและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสถานการณ์นั้นๆ

9. ร่วมประสานกันเป็นทีม (Teamwork) ทีมสุขภาพอาจไปเยี่ยมบ้านคนเดียวได้ แต่ไม่ทำงานคนเดียวโปรแกรมการเยี่ยมบ้านควรให้เหมาะกับสถานการณ์นั้นๆ ไม่ทำอย่างเอิกเกริก เช่น ทีมสุขภาพแต่งชุดฟอร์มอย่างดี ยกทีมงานมากัน 1 คันรถ เหมือนที่เคยผิดพลาดในโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์ในสมัยก่อน ทีมสุขภาพอาจจะรู้สึกที่ตั้งใจไปทำงานเต็มโปรแกรม แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติโดยไม่ตั้งใจ ก่อนคนใดคนหนึ่งของทีมไปเยี่ยมบ้านคนอื่น ๆ ในทีมควรได้รับทราบ ไม่ใช่ว่ามีใครคนใดคนหนึ่งแอบไปเยี่ยมคนเดียวผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกแปลกใจว่าเขาควรจะเชื่อใคร เหมือนไม่ทำงานด้วยกัน ต่างคนต่างแนะนำ ชื่อโรคยงบอกไม่ตรงกัน การทำงานแบบไม่เป็นทีมจะทำลายทั้งความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและความสำเร็จของการเยี่ยมบ้าน

**ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านและทักษะการเยี่ยมบ้าน**

**ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน**

ระบบการเยี่ยมบ้านตามแบบจำลองของ Smith ประกอบด้วย



ภาพ 6 ระบบการเยี่ยมบ้านตามแบบจำลองของสมิทธิ (Smith, 1980)

ที่มา: กุลนภา บุญมากุล, 2558

#### 1. Planning before a Home Visit

- 1.1 เตรียมชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของครอบครัวสายตรงและแผนที่
- 1.2 เตรียมเบอร์โทรศัพท์ไว้สำหรับติดต่อกรณีฉุกเฉิน
- 1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงระบบส่งต่อ
- 1.4 แนะนำอาการผิดปกติที่ควรทราบและระมัดระวัง วิธีการแก้ไข การเข้าถึงแหล่ง

บริการสุขภาพใกล้บ้าน

- 1.5 ให้คำแนะนำการป้องกันการระมัดระวังอาการเฉพาะที่อาจเกิดขึ้นได้

#### 2. Initiation Phase of Home Visit การเริ่มต้นทักทายแนะนำตัว

#### 3. Implementation Phase of Home Visit ประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจร่างกาย

#### 4. Termination Phase of Home Visit การปิดการเยี่ยม

5. Post home visit and preplanning หลังการเยี่ยมบ้านและการเตรียมการเยี่ยมในครั้งต่อไป

ก่อนการเยี่ยมบ้าน (Planning before a Home Visit) พยาบาลต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่างๆ เช่น เป็นระยะของการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม การทำความเข้าใจชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างชุมชน หาข้อมูลผู้รับบริการ จากแฟ้มประวัติการส่งต่อจากประวัติครอบครัว (Family Folder) จากการซักถามสังเกตการเตรียม

ตัวของพยาบาล เช่น เตรียมความพร้อม เตรียมความรู้เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น และ กระเป๋าเยี่ยม (กุลนภา บุญมากุล, 2558)

ขณะเยี่ยมบ้าน การเข้าเยี่ยม (Initiation Phase of Home Visit) เริ่มต้นด้วยธรรมเนียมปฏิบัติที่ดีมีทำที่ที่อดทน การใช้ทักษะที่เหมาะสม ใช้ภาษาเข้าใจง่ายควรคำนึงถึงธรรมเนียมที่ควรปฏิบัติ เช่น การขออนุญาต การให้ความเคารพ เกรงใจ ช่างสังเกต การตั้งคำถามให้เหมาะสม ขณะเดียวกันการให้บริการควรให้สอดคล้องกับความต้องการมีความรู้มีหลักการและเหตุผลรวมถึงการใช้กระเป๋าเยี่ยม ยึดหลักสะอาด ปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ มีความมั่นใจในการเยี่ยมจะต้องมีการประเมิน (Implementation Phase of Home Visit) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ INHOMESSS และ Nursing Process เป็นเครื่องมือในการประเมิน (กุลนภา บุญมากุล, 2558)

I = Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ หรือต้องอาศัยผู้อื่นในการดูแล

N = Nutrition เพื่อประเมินภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ผู้ป่วยทานข้าวไม่ได้ขาดสารอาหารคุมอาหารอย่างไร

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวเช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน

O = Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือพึ่งพากันหรือไม่

M = Medications การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการให้สมุนไพรยาพื้นบ้านของผู้ป่วยมีความจำเป็น เพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลแผลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยในขณะนั้น

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S = Service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ทำให้ทราบถึงความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการและสะท้อนถึงบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิด ประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเอง เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการ ยิ่งขึ้น

S = Safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บ้านได้มีความ  
 ชัน เฟอร์นิเจอร์อุปกรณ์อำนวยความสะดวก พื้นห้องน้ำมีความปลอดภัยเพียงพอ หรือไม่

ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน (Termination Phase of Home Visit) ภายหลังจากการเยี่ยมบ้าน  
 กล่าวว่าต้องมีการนำข้อมูลที่ได้มาลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน หรือใน Nurse's note ใน  
 OPD Card เพื่อให้แพทย์และเพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น  
 ด้วยการลงบันทึกโดยทั่วไปจะลงตามหัวข้อ ดังนี้ (กุลนภา บุญมากุล, 2558)

S = Subjective ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน  
 ลงบันทึกยกๆ ให้ครอบคลุมประเด็นทั้งกาย จิต และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Idea Expectation  
 และ Concern

O = Objective ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ผลการตรวจ ร่างกาย  
 ทำที่อวัยวะภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

A = Assessment การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตามระดับความรุนแรงของ  
 โรค หรืออาการอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงการประเมินการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

P = Plan Management ซึ่งต้องให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จผสมผสาน  
 เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการนำศักยภาพของ  
 ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสม

หลังจากการเยี่ยมบ้านและลงบันทึกแล้ว ในการประชุมทีม หรือการประชุมวิชาการ  
 ทุกครั้งควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมเป็นประจำ

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวมีการแบ่งการดูแลเป็นระดับดังนี้

1. ระดับบุคคล (Individual): Case Approach เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านชีวะการแพทย์  
 (Bio – Med): Holistic Approach (Whole person approach)

2. ระดับครอบครัว (Family): Family Oriented Care: Family as a Unit หลังการเยี่ยม  
 บ้าน (Post Home Visit and Preplanning) ภายหลังจากการเยี่ยมต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้  
 ผู้รับบริการเข้าใจ มีการบันทึกและวางแผนงานครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน  
 พยาบาลต้องมีการสรุป วิเคราะห์บันทึก ทำความสะอาดเครื่องมือกระเป่าเยี่ยม และวางแผน  
 การทำงานในวันต่อไป

## แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

### ความหมายของความเชื่อ

ความเชื่อ หมายถึง ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วความเชื่อในสิ่งนั้นๆ มักทำให้เขาปฏิบัติ หรือกระทำในสิ่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน (จรรยา สุวรรณทัต, 2530) กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมความเชื่อในเรื่องนั้นๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อนั้นไม่จำเป็นจะต้องอยู่ในพื้นฐานความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970)

### แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long, & Wood อ้างถึงใน เขาวดี สุวรรณนาคะ, 2532) ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King, 1984) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไรผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความคิดดังกล่าว

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 โดยโรเซนสตอก (Rosenstock) ฮอชบูอม (Hochbaum) และคีเกิลส์ (Keagles) ซึ่งได้ให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่าทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ จึงได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากอิทธิพลของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจกับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้แก่ตน และหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาในปี ค.ศ. 1974 โรเซนสตอก (Rosenstock) เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค และโรคนั้นจะส่งผลเสียหายกับตนเองพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงโรคนั้นต่อมาในปี ค.ศ. 1984 เบคเกอร์ ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกัน

โรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมในด้านต่างๆ เพิ่มเติมจากโรเซนสต็อก เพื่อให้ครอบคลุมการอธิบาย และการทำนายพฤติกรรมของบุคคล ทั้งผู้ที่สุขภาพดี และผู้เจ็บป่วย

เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่างๆ เข้าเป็นองค์ประกอบของแบบแผนด้วยเป็น 4 ประการ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรสดังกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค และเป็น การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วซึ่งจะแตกต่างจาก ผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในด้านของความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคเรื้อรัง หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นๆ ได้ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker, & Maiman, 1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทราบ การวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วย อาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไปสำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มากขึ้น

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะไม่ แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าคุณนั้นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจ ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น ปัจจัยในที่นี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มี ต่อการตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น ซึ่งปัจจัยนี้จะมี ความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยไม่ได้หมายถึงความรุนแรงที่ เกิดขึ้นจริงๆ (Rosenstock, 1990) การทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้ เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ ถ้าผู้ป่วยได้รับการแนะนำวิธีการที่ จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง ของโรคแต่ไม่สามารถ หรือไม่ทราบวิธีที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนี้ จะทำให้เกิดกลไก

การป้องกันเกิดขึ้น เช่น อาจจะมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นๆ มากกว่าที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ (Hellenbrand, 1983)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตน (Perceived Benefits) เป็น การรับรู้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษาว่าสามารถลดภาวะ และควบคุมโรคจากการเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติตาม คำแนะนำ เนื่องจากมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ หรือลดภาวะ เจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพ (Becker, & Maiman, 1975) และทางเลือกที่กระทำนั้น มีประโยชน์สำหรับตนเองในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Rosenstock, 1990)

3.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับผลดี หรือประโยชน์ทาง ด้านสุขภาพร่างกายเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3.2 การรับรู้ถึงประโยชน์ทางด้านจิตใจ และสังคม หมายถึง การได้รับความสุข ความมีคุณค่าในตนเองจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบเป็นความรู้สึกความคิดเห็นของ บุคคลเกี่ยวกับข้อเสีย หรืออุปสรรคต่างๆ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติ พฤติกรรมต่างๆ ซึ่งได้แบ่งการรับรู้อุปสรรคตามปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยที่เกี่ยวกับวัตถุอัน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับเวลาความสะดวกการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว หรือสังคมค่าใช้จ่าย และ สภาพแวดล้อมอื่นๆ ส่วนปัจจัยภายใน หรือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดพลังงาน การขาดแรง กระตุ้น ความพร้อมของร่างกาย และภาวะสุขภาพ (Jone, & Nies, 1996)

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูก กระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ ในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาส เสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ ตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ ผลักดัน ให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของ ความต้องการที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยต่างๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับ เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ความต่อเนื่องใน การรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม (Social Factor) เช่น บุคคลใน ครอบครัวหรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Due to

action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass Media Communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

สรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี

#### ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ความเชื่อ และศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์รวมไปถึงเรื่องสุขภาพด้วยศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนมีความเชื่อแตกต่างกันไป ความเชื่อเป็นพื้นฐานให้เกิดการกระทำต่างๆ ทั้งด้านดี และด้านร้าย การนับถือภูตผีปีศาจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จึงมีแนวโน้มใช้วิธีการรักษาในรูปแบบการเลี้ยงผีบำบัดรักษาความเชื่อ หรือศาสนา ทำให้ความคิด และการปฏิบัติของแต่ละคนต่างกันทำให้การดูแลตนเองของแต่ละคนแตกต่างกันด้วย (โยธิน บุญเฉลย, 2534)

2. ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความสำคัญและเกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านการติดต่อสื่อสาร การให้ความรู้ และให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ (ประภาเพ็ญสุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534)

3. ลักษณะ และประสบการณ์ส่วนบุคคลในอดีตทั้งทางบวก และทางลบมีความสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคลบุคคลที่ผ่านการเรียนรู้ในอดีต และเก็บไปเป็นประสบการณ์ ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจส่งผลให้เกิดความเชื่อ (ปานทิพย์ประเสริฐผล, วิชาศิรินราพงษ์, และทัศนีย์เกริกกุลธร, 2547) และแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

#### แนวคิดการจัดการตนเอง

##### ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งปัจจุบันวิชาชีพด้านสุขภาพได้นำแนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ มากมาย และมีหลายคำจำกัดความ เช่น



แคนเฟอร์ (Kanfer, & Goldstein, 1991) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management concepts) มีความเชื่อพื้นฐานว่าไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง

คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 1991) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำของบุคคลในวันต่อวัน เพื่อที่จะควบคุม หรือลดผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพโดยการชี้แนะ และร่วมมือกันระหว่างบุคลากรที่มสุขภาพ และผู้ป่วย

บาร์โทโลมิว พาร์เซล และชิชีวซาคิ (Bartholomew, Parcel, & Czyzewski, 1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการที่ได้กระทำ เพื่อคงสภาวะสุขภาพที่ดีไว้ และลดผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยนั้น รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

ริเกล คาร์ลสัน และกลาเซอร์ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการตัดสินใจการตอบสนองต่ออาการ และอาการแสดงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันการกำเริบของโรค

เคสเลอร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่มีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น มี 6 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูลและการประเมินผล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ

ดังนั้น จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่าการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติในระดับบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอนตามแผนการรักษาที่ได้รับการส่งเสริมชี้แนะจากผู้มีความรู้ เพื่อควบคุมความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผลของการจัดการตนเองนั้นส่งผลให้บุคคลคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

#### **องค์ประกอบของการจัดการตนเอง**

แคนเฟอร์ (Kanfer as cited in Nakagawa-Kogan, & Betrus, 1984) ได้อธิบายองค์ประกอบของการจัดการตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ใช้พฤติกรรมควบคุมตนเอง (Self-regulatory behavior) ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการนี้ประกอบไปด้วยระยะการติดตามตนเอง หรือการสังเกตตนเอง สร้างเป้าหมาย และตัววัดความสำเร็จ ส่งเสริมการตระหนักด้วยตนเอง (Self-awareness) และการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการสร้างเสริมแรงตนเองโดยให้รางวัลเมื่อสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ การติดตามตนเองเป็นพื้นฐานของการจัดการตนเอง การติดตามตนเองทำให้ทราบลักษณะปกติของบุคคล และทำให้มี

ความตระหนัก (Awareness) อย่างสม่ำเสมอ การมีความตระหนักต่อความปกติ (Baseline) อากาศ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบได้

นากายาวา-โคแกน และเบทรุส (Nakagawa-Kogan, & Betrus, 1984) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นภาวะที่กายและจิต อยู่ในเหตุการณ์หรืออยู่ในภาวะเรื้อรัง (Nakagawa-Kogan, 1996) ที่การดูแลประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการ การติดตามตนเอง และรูปแบบ การสะท้อนกลับ โดยบุคคลเป็นผู้ควบคุม จัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การจัดการตนเองจำเป็นต้องมีแนวทางการบำบัด เพื่อให้เกิดความตระหนัก กระบวนการรู้คิด และการเปลี่ยนแปลงตนเอง การจัดการตนเองต้องพัฒนาให้เกิดแรงจูงใจตนเอง

#### กระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการรู้คิด (Cognitive) ที่บุคคลจัดการกับตนเองโดยตนเอง เป็นผู้คิด และปฏิบัติโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยประกอบในการตัดสินใจเป็นการตัดสินใจที่ เฉพาะเจาะจงในการประเมินสถานการณ์ และเกิดการสะท้อนกลับโดยการแปลสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นการกระทำการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเป็นอย่างดีใน สถานการณ์นั้นรูปแบบการตัดสินใจประกอบด้วยการจำได้ (Recognition) แต่อย่างไรก็ตามการจำ ได้นั้นไม่เพียงพอเมื่อเกิดความไม่คุ้นชินกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นการจำได้ต้องตามมาด้วย กระบวนการแยกแยะ และข้อสันนิษฐานที่ถูกต้องตลอดจนการสังเกตการรวบรวมข้อมูลการแปลผล จากกรณีอื่นๆ (Riegel et al., 2000) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

1. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในอาการ และอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยสามารถจำได้ถึงเปลี่ยนแปลงไปจากพื้นฐานของภาวะสุขภาพเดิม (Baseline healthcare status) และการเปลี่ยนแปลงนั้นสัมพันธ์กับอาการของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นอาการใหม่ แต่ต้องแตกต่างไปจากปกติ (Norm) หรือภาวะที่ เคยเป็นอยู่บุคคลที่มีการติดตามตนเอง (Self-monitoring) จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง ความสนใจ (Attention) มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการมีความสำคัญในกระบวนการ ของการสังเกต และประเมินผลอาการทางกายการรู้จักอาการมาครั้งหนึ่งก็จะเป็นประสบการณ์ นำมาสู่การตัดสินใจทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา

2. การประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive) คือ ผู้ป่วยสามารถ แยกแยะระหว่างความสำคัญ และความไม่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพได้ โดยในระยะนี้ผู้ป่วยมองว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบางอย่างนั้นมีความสำคัญพอที่จะ ลงมือปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ถ้าอาการ หรืออาการแสดงถูกตัดสินว่าสำคัญ ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้เกิด การตัดสินใจที่จำเป็นว่าต้องลงมือปฏิบัติ และนำไปสู่ผลที่เป็นอันตราย หรือผลที่เป็นประโยชน์ต่อ

การลงมือปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจยังไม่ลงมือปฏิบัติด้วยเหตุผลต่างๆ จากการขาดความรู้ในการปฏิบัติ โดยอาจตัดสินใจว่าผลของการปฏิบัติไม่มีประโยชน์ขาดความเข้าใจในความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง หรืออาจเชื่อว่าไม่มีกลยุทธ์ที่ปฏิบัติแล้วเกิดประโยชน์ หรืออาจจะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้นก็เป็นได้ ทำให้เห็นความจำเป็นในการจัดการตนเองการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในกระบวนการจัดการตนเอง เพราะเชื่อว่าการจัดการกับความเจ็บป่วยจะประสบความสำเร็จได้ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ใช้เหตุผลความรู้และความเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา

3. การลงมือปฏิบัติโดยเลือกแนวทางในการรักษา หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive) ต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย มีการลงมือปฏิบัติอย่างตั้งใจเมื่อทราบว่าปฏิบัติแล้วมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการในทางที่ดีขึ้น

4. การประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติในกระบวนการนี้ ผู้ป่วยเลือกการประเมินผลจากการปฏิบัติที่เกิดประสิทธิภาพ เช่น อาการ และอาการแสดงจากการเจ็บป่วยนั้นลดลง

การจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์

แนวคิดการจัดการตนเองที่เสนอ โดย Kanfer (1991) มีความเชื่อพื้นฐานว่าไม่มีใครปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคคลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง พยายามใช้กระบวนการในการควบคุมพฤติกรรมเรียนรู้ทักษะใหม่ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตน เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ

1. การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) เป็นการเฝ้าสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำ และการจดบันทึกพฤติกรรมตนเอง โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องปัญหาสุขภาพของตนมีจุดเน้นที่

1.1 การรู้คิดซึ่งนำไปสู่การดูแลตนเองที่พัฒนาแล้ว

1.2 พฤติกรรมที่จะเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยง

1.3 สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้อาการกำเริบมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ อากาศเย็น ทำให้หลอดเลือดหดตัวเกิดอาการปวดมากขึ้น เป็นต้น

1.4 กระบวนการทางสรีรวิทยาการเฝ้าสังเกต และจดบันทึก จะช่วยให้บุคคลสามารถหาสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามแผนการรักษาทำให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผ่านกระบวนการประเมิน

2. การประเมินผลด้วยตนเอง (Self-evaluation) เป็นกระบวนการเปรียบเทียบระหว่างการกระทำของตนกับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดบุคคล ใช้ข้อมูลจากการสังเกต และบันทึก

ตัดสินสิ่งที่ตนกระทำนั้นว่า สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเกณฑ์หรือมาตรฐานการกระทำนั้น ถูกต้องหรือไม่ และประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากการได้รับรางวัล หรือการถูกลงโทษการเสริมแรง อาจมีลักษณะไม่เปิดเผย เช่น การชื่นชมตนเองในใจความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น ส่วนการแสดงผลออกอย่างเปิดเผย เช่น เมื่อทำพฤติกรรมใหม่สำเร็จให้รางวัลตนเองชื่อของชิ้นใหม่ เป็นต้น การเสริมแรงจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีความเข้มแข็งมากขึ้น นอกจากนี้การเสริมแรงจะมาจากบุคคลภายนอก โดยการได้รับคำชมการได้รับของรางวัลซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมายกับบุคคลนั้นๆ

Kanfer (1991) ได้เสนอว่าการฝึกทักษะให้บุคคลมีทักษะในการจัดการตนเองได้สำเร็จนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกของการฝึกหัดเป็นอย่างมาก บทบาทของผู้ช่วยเหลือมี 4 ประการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของบุคคลการวางแผนออกแบบโปรแกรม ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
2. การช่วยให้บุคคลสร้างเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงในบริบทที่ตนเองพึงพอใจ และสามารถสร้างความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลง และอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา
3. การช่วยให้บุคคลหาเทคนิคที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและสะดวก
4. การให้แรงเสริมในกรณีที่บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง เพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่มีความยั่งยืน

นอกจากนี้ Kanfer (1991) ยังได้เสนอขั้นตอนที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งก่อนที่จะเริ่มกระบวนการฝึกการจัดการตนเองบุคคล ควรจะสร้างเงื่อนไขสำหรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นแรงจูงใจ ให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ อาจจะต้องใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ขั้นตอนที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการรักษา ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้รับบริการได้รับ
2. สร้างแรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งเป้าหมายความชัดเจนของสิ่งที่ต้องการอภิปรายถึงผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา

การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังจะเกิดขึ้น ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพต้องร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษา

ต่อรอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การร่วมกันตั้งเป้าหมายนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้นี้ควรมีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ จากนั้นนำมาเขียนเป็นแผนการปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหาร จะไม่รับประทานอาหารรสหวานโดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสหวาน ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น หรือการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยจะออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4-5 ครั้งครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและทักษะในการจัดการกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย ประโยชน์ของการตั้งเป้าหมาย คือ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นการเพิ่มข้อผูกมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Creer, 2000)

3. วิเคราะห์พฤติกรรมที่จะต้องการเปลี่ยนแปลง
4. พัฒนาแผนการเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างพันธะสัญญากำหนดระยะเวลาที่จะให้บรรลุเป้าหมาย
5. แนะนำวิธีการเสริมแรงตนเองที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
6. ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงหรือต่อการรักษา
7. สอบถามผู้รับบริการถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่การแก้ไขสิ่งที่ยังไม่ถูกต้องตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นการจดบันทึกข้อมูล
8. ทบทวนความก้าวหน้าช่วยให้ผู้รับบริการสะท้อนคิดสิ่งที่เกิดขึ้นเกิดการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ในอนาคต
9. ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องปฏิบัติ
10. สรุป และประเมินผลสิ่งที่เรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลง และเตรียมผู้รับบริการที่จะเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญจมาศ ถาดแสง (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงจำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .05$ )

พัชรี อ่างบุญตา (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 52 ราย ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่แตง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุทธิลักษณ์ จันทะวงษ์ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 51 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) ค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยระดับเฮซดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รัฐภา จอปา (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมกลุ่มอาการเมตาบอลิกในประชาชนวัยกลางคน จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ รอบเอว ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ระดับเฮซดีแอลโคเลสเตอรอล ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังช่วง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังช่วง 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังช่วง 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จันทร์เพ็ญ หวานคำ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันสูง จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) ค่าเฉลี่ยค่าความดันหลอดเลือดแดงของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .001$ )

เพ็ญศรี เมืองวี (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับเฮซดีแอลโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ จำนวน 32 ราย ที่มารับการตรวจสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังช่วง 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังช่วง 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ชนิษฐา สารีพล (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 62 ราย ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชลกากร ชายกุล (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ราย ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อัมมร บุญช่วย (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีระดับความดันโลหิต



ไม่เกิน 160/100 mmHg สุ่มแบบเจาะจงเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 45 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 110/ 70.67 mmHg กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.44/95.56 mmHg แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

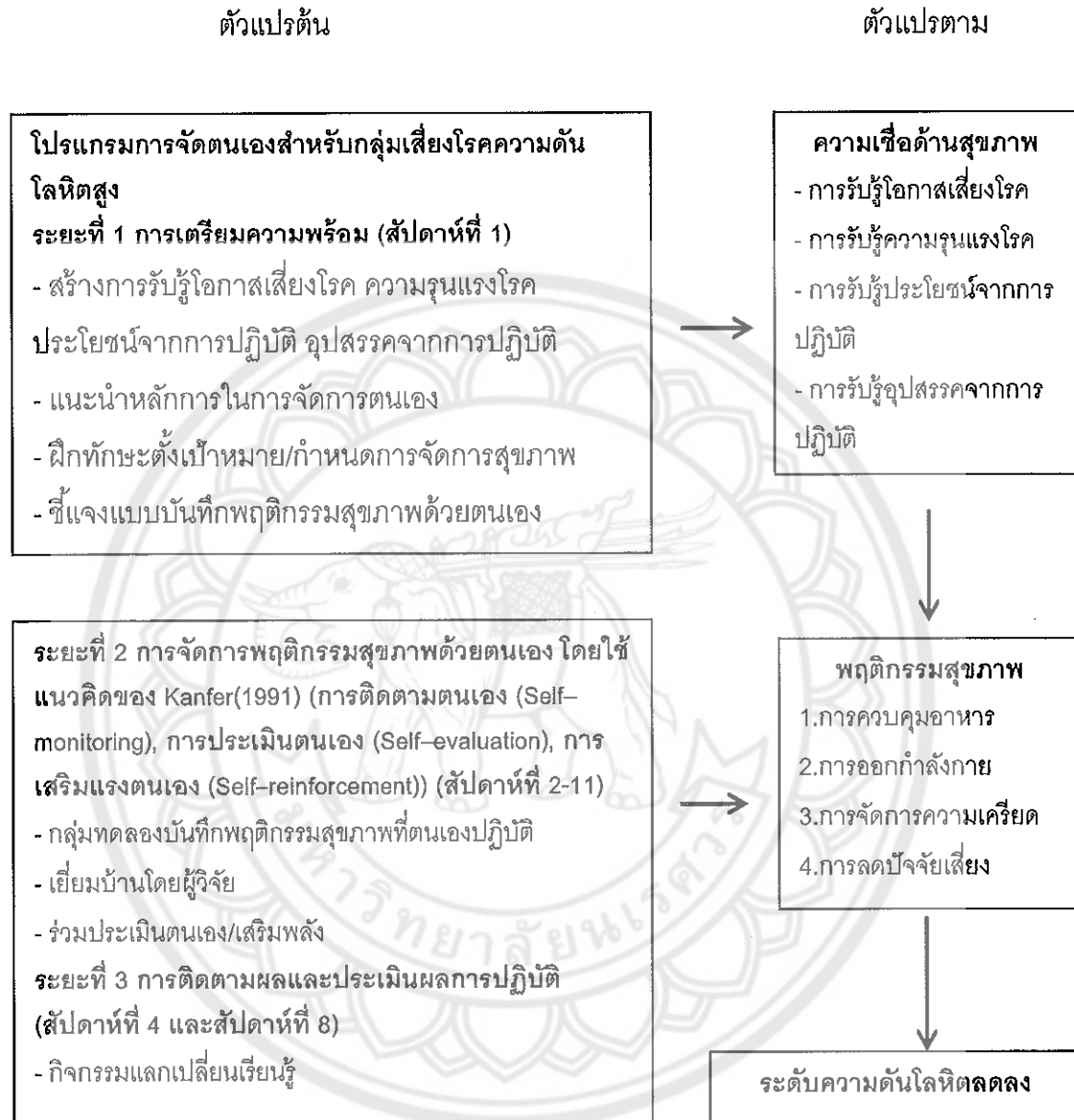
จันทร์เพ็ญ หวานคำ และคณะ (2558) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงสุดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อน โรงพยาบาลสี้ออำนาจ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงสุดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสามารถลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงสุดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

กฤตวรรณ ณฑลพงศกร, และธนัช กนกเทศ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทั้งสองกลุ่ม อยู่ต่างตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบทดสอบก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการทดลองในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้สามารถนำไปใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ และควรประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ต่อไปตามบริบทที่เหมาะสม

ภาวณี ชุ่มเจียง (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง โรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะบกเตี้ย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 48 ราย ที่ได้จากการจับคู่แล้วจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าดัชนีมวล กายหลังการ ทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษา ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและลดดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้ พยาบาลวิชาชีพ จึงสามารถนำไปใช้ในการ สนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้

จากผลการศึกษาข้างานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยหลายท่านได้นำแนวความคิดการ จัดการตนเองนำมาพัฒนาจนสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้าน การควบคุมอาหาร และน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ต่อเนื่อง และการมารับการตรวจอย่างต่อเนือง ตลอดจนสามารถลดความดันโลหิตได้ ซึ่งเป็น การลดความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำห้วยอ้อย เพื่อให้มีการนำไปสู่ การปฏิบัติ อันเนื่องมาจาก แนวคิดนี้สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินการของผู้วิจัยที่ได้ดำเนิน การของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อันประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินผลด้วยตนเอง (Self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ดังนั้น แนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนา และส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้การรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two groups pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำอ้อย จังหวัดแพร่

#### รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง O1.....X.....O2

กลุ่มควบคุม O3.....O4

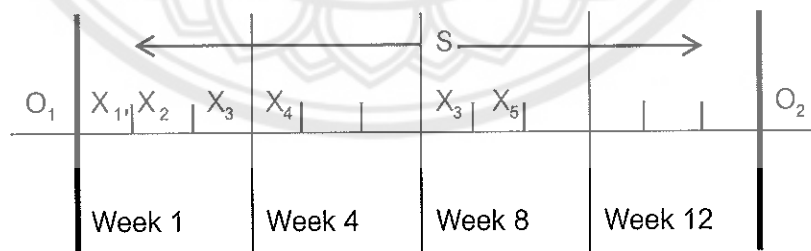
O1 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre test) ของกลุ่มทดลอง

O2 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ของกลุ่มทดลอง

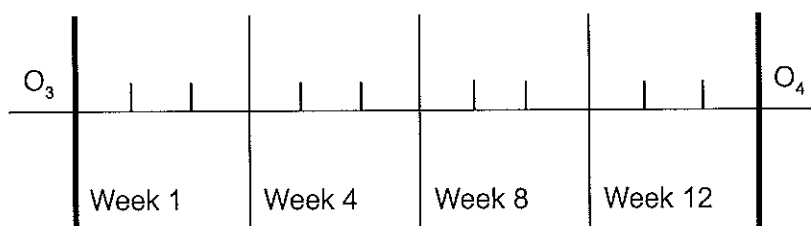
O3 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre test) ของกลุ่มเปรียบเทียบ

O4 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ของกลุ่มเปรียบเทียบ

X คือ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง



ภาพ 8 กลุ่มทดลอง (Experimental Group)



ภาพ 9 กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group)

$O_1, O_3$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนการจัดโปรแกรม (Pre-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

$O_2, O_4$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการจัดโปรแกรม (Post-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

$X_1$  หมายถึง กิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแนะนำหลักการ

การจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 1)

$X_2$  หมายถึง กิจกรรมฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 1)

$X_3$  หมายถึง กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 3, 7)

$X_4$  หมายถึง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเองครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4)

$X_5$  หมายถึง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเองครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8)

S หมายถึง กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 2-11)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) บุคคลที่มีอายุ 35-59 ปี มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอทซึ่งกลุ่มนี้เรียกว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ และขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2558 จำนวน 26 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ที่ขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2558 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบสองกลุ่มคู่ขนาน (จรณิต แก้วกังวาน, 2554, น.119)

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบสองกลุ่มคู่ขนาน

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

N = ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน (Pool variance) ของกลุ่มทดลอง

$\mu_1$  = ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง

$\mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าสถิติการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้  $\alpha = 0.05$  ดังนั้น

$Z_{0.05/2}$  เท่ากับ 1.96

$Z_{\beta}$  = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 80% ดังนั้น  $Z_{0.20}$  เท่ากับ 0.84

การศึกษานี้ ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากการศึกษาที่คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้คือ เบญจมาศ ถาดแสง (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการแทนค่าสูตร 92.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.58 กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 85.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเท่ากับ 9.96 โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแทนค่าในสูตร

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{2 (Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$N = \frac{2(1.96+0.84)^2(8.58)^2}{(92.71-85.47)^2}$$

N = 22.02 หรือ 23 ราย

จากการคำนวณ พบว่า ขนาดตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ 23 ราย แต่เนื่องจากการเข้ากลุ่มในโปรแกรมนี้ มีการจัดกิจกรรมหลายครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหายของสมาชิกในระหว่างเข้าโปรแกรม (Drop Out) จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Jekel et al., 2007) รวมเป็น 26 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ในเขตรับผิดชอบทุกคนทั้งหมด 26 ราย

สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยใช้จำนวน 26 รายเท่ากัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยเลือกในเขตบ้านต้นหนูน ตำบลบ้านเวียง จังหวัดแพร่ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียง จังหวัดแพร่ โดยเป็นสถานบริการคนละแห่งกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำอ้อย จังหวัดแพร่

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำอ้อย จังหวัดแพร่
2. มีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2558 โดยใช้แบบคัดกรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ แล้วพบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT)
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารด้วยการพูดการฟัง และการเขียนด้วยภาษาไทยได้
4. ยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด เป็นต้น
2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมด้วยตนเองได้
3. อยู่ในขณะตั้งครรภ์
4. มีโรคร่วมอื่น เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ
5. ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
2. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง
4. สื่อวิดีโอทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์
5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล
6. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดวิธีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมประกอบด้วย กิจกรรมขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

### ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

1. เตรียมผู้วิจัย โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลที่ช่วยร่วมสาธิต

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก แจกคู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง โดยใช้เวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ ระยะเวลาที่ใช้และรายละเอียดของโปรแกรมฯ โดยใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลา 30 นาที

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อากาศ ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง โดยวิธีการบรรยายใช้เวลา 2 ชั่วโมง



6. นำเสนอสื่อวีดิทัศน์ ที่มีความยาว 15 นาที รูปภาพโปสเตอร์ การเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยใช้สื่อรูปภาพผู้ป่วยซีให้เห็นความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

7. แนะนำหลักการในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการจัดการกับสุขภาพตนเองนั้น กลุ่มทดลองสามารถทำได้หากไม่อยากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น การเลือกรับประทานอาหารไม่เค็ม การเลือกรับประทานอาหารไฟเบอร์สูง ลดคาเฟอีน ควบคุมน้ำหนัก การลดภาวะเครียด เลิกหรือลดดื่มสุรา/บุหรี่ ซึ่งการจัดการตนเองให้ได้ผลต้องประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย แล้วลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมาย หลังจากนั้นต้องติดตามผลการปฏิบัติของตนเอง โดยประเมินว่าสามารถลด/หลีกเลี่ยงพฤติกรรมได้อย่างไรบ้าง เพื่อเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย โดยวิธีการบรรยายใช้เวลา 1 ชั่วโมง

8. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้วิจัยยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมายแล้วให้กลุ่มทดลองคิดว่าตนเองจะตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการสุขภาพที่อาจทำให้เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1-4 เป้าหมาย แล้วสำรวจตนเองว่าหากจะทำให้ถึงเป้าหมายเขาต้องมีกิจกรรมใดบ้าง เช่น ตั้งเป้าหมายลดอาหารเค็ม กิจกรรมที่ต้องดำเนินการได้แก่ 1) จำกัดโซเดียมในอาหาร ไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน 2) จำกัดเกลือป่นประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันต่อคน 3) จำกัดน้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วปรุงรส น้ำมันหอยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวันต่อคน เป็นต้น โดยผู้วิจัยบันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่ปฏิบัติลงในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที

9. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลอง ชักถามปัญหาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย พร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมให้เข้าใจ โดยใช้เวลา 30 นาที

10. ชี้แจงแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองให้กลุ่มทดลอง และได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมแจกคู่มือการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอนการจดบันทึก โดยใช้เวลา 30 นาที

11. สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation), การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)) (สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 11)

กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย

1. กลุ่มทดลองบันทึกผลในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองทุกวัน

2. ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 7 เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการบันทึกมาประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตนเอง ที่จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง และนำไปใช้ในการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ ในระยะที่ 3

### ระยะที่ 3 การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ

#### สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจะเล่าทั้งอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการแก้ไขอุปสรรคนั้นอย่างไร และสำเร็จมากน้อยเพียงใด (มีทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ) โดยกลุ่มทดลองทุกคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ จากการลองผิด ลองถูก หากสำเร็จตามเป้าหมายก็เกิดการแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้กับตนเอง หากไม่สำเร็จก็ฟังจากประสบการณ์ของบุคคลที่สำเร็จแล้วนำไปปรับใช้ต่อไป โดยพบว่า เรื่องที่สำเร็จ ได้แก่ มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเรื่องที่ทำสำเร็จบ้างไม่สำเร็จบ้าง ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารไม่เค็ม ลดการดื่มสุรา เรื่องที่กลุ่มทดลองทำไม่สำเร็จเลย ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่

2. ผู้วิจัยสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทบทวนความรู้ตามหลักการจัดการสุขภาพตนเองที่ควรปฏิบัติ

3. นัดหมายครั้งต่อไป

#### สัปดาห์ที่ 12

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

## 2. คู่มือการจัดการตนเอง

สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 11 ส่วน จำนวน 36 หน้า ได้แก่ แบบฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ และอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง

### 3. แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

โดยแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองจะมีลักษณะเป็นแบบเติมข้อความประกอบด้วย 1) แบบบันทึกค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดดิจิตอล หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ซึ่งวัดโดยผู้วิจัยขณะเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 2) แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการควบคุมอาหาร โดยบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อทุกวัน การออกกำลังกาย โดยบันทึกระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละวัน การจัดการความเครียด โดยบันทึกวิธีการควบคุมทางด้านอารมณ์ในแต่ละครั้ง และการลดปัจจัยเสี่ยง โดยบันทึกการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา/สูบบุหรี่

### 4. สื่อวิดิทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์

สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับผลกระทบโรคความดันโลหิตสูงผลิตโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

### 5. เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดดิจิตอล

มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) มีการสอบเทียบค่ามาตรฐานเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกปี โดยหน่วยซ่อมบำรุง โรงพยาบาลร่งควาง จังหวัดแพร่ เป็นผู้ดำเนินการ และมีการใช้เครื่องวัดอันเดิมทุกครั้งในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนวัดทุกครั้งทดสอบโดยการวัดกับอุปกรณ์มาตรฐาน

5.1 การเตรียมกลุ่มทดลอง ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ก่อนทำ การวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้กลุ่มเสียงนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้า 2 ข้าง วางราบกับ พื้น นามนั่ง ไหว่ห่าง ไม่พูดคุยขณะวัดแขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้อง กำมือ (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุง, 2558)

5.2 การเตรียมเครื่องมือ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic Blood Pressure Measurement Device) มีการใช้เครื่องวัดอันเดิมทุกครั้งในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนวัดทุกครั้งทดสอบโดยการวัดกับอุปกรณ์มาตรฐาน และมีการสอบเทียบค่ามาตรฐานเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกปี โดยหน่วยซ่อมบำรุง โรงพยาบาลร่งควาง จังหวัดแพร่ เป็นผู้ดำเนินการ และใช้ Arm Cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของกลุ่มเสียง กล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วย ได้ร้อยละ 80

สำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ซึ่งมี เส้นรอบวงแขนยาวประมาณ 27-34 ซม. จะใช้ Arm Cuff ที่มีถุงลมขนาด 16 ซม. x 30 ซม. (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุง, 2558)

5.3 วิธีการวัด การวัดที่แขนซึ่ง พัน Arm Cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบ ให้วางอยู่บนหลอดเลือดแดง Brachial

5.3.1 สวมปลอกแขนที่บริเวณต้นแขน ให้จูดรับสัญญาณอยู่ตรงกลางท้องแขน ด้านในเหนือข้อพับประมาณ 2 - 3 ซม.

5.3.2 ตีตเทปที่ปลอกแขนให้พอดีกับขนาดแขน ไม่แน่น หรือหลวมเกินไป ปลายต้นแขนขึ้น แล้ววางแขนบนโต๊ะให้รู้สึกสบาย โดยปลอกแขนจะอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

5.3.3 ทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 15 นาที จากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุง, 2558)

ตาราง 3 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ JNC VII

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	80 – 89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140 – 159	90 – 99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	มากกว่า 160	มากกว่า 100

6. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพครอบคลุมเนื้อหาตามความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์จาก

การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ประมาณค่า 5 ระดับ ความคิดเห็น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นตัดสินใจไม่ได้ ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
<b>กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพคำถามด้านบวก ดังนี้</b>	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
<b>กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพคำถามด้านลบ ดังนี้</b>	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลดด้วยค่าต่ำสุดหารสาม (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ซึ่งสามารถแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยกำหนดระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านดังนี้

**การกำหนดเกณฑ์ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม**

คะแนนช่วง 110.01 – 150.00	หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง
คะแนนช่วง 70.01 – 110.00	หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 30.00 – 70.00	หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ

**การกำหนดเกณฑ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง**

คะแนนช่วง 36.67 – 50.00 หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

คะแนนช่วง 23.34 – 36.66 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 10.00 – 23.33 หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

**การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง**

คะแนนช่วง 36.67 – 50.00 หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

คะแนนช่วง 23.34 – 36.66 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 10.00 – 23.33 หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

**การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม**

คะแนนช่วง 18.34 – 25.00 หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

คะแนนช่วง 11.67 – 18.33 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 05.00 – 11.66 หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

**การกำหนดเกณฑ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม**

คะแนนช่วง 18.34 – 25.00 หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

คะแนนช่วง 11.67 – 18.33 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 05.00 – 11.66 หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ 4) ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติแบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย และมีกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
ให้ 5 คะแนน	
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ให้ 4 คะแนน	
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ให้ 3 คะแนน	
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ให้ 2 คะแนน	
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดหารสาม (ประคองกรรณสูตร, 2542) ซึ่งสามารถแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยกำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านดังนี้

#### การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม

คะแนนช่วง 69.67 – 95 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพระดับสูง

คะแนนช่วง 44.34 – 69.66 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 19.00 – 44.33 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพระดับต่ำ

#### การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร

คะแนนช่วง 22.01 – 30.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารระดับสูง

คะแนนช่วง 14.01 – 22.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารระดับ

ปานกลาง

คะแนนช่วง 06.00 – 14.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารระดับต่ำ

#### การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

คะแนนช่วง 22.01 – 30.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายระดับสูง

คะแนนช่วง 14.01 – 22.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายระดับ

ปานกลาง

คะแนนช่วง 06.00 – 14.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายระดับต่ำ

#### การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

คะแนนช่วง 18.34 – 25.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการจัดการความเครียด

ระดับสูง

คะแนนช่วง 11.67 – 18.33 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการจัดการความเครียด

ระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 05.00 – 11.66 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการจัดการความเครียดระดับ

ต่ำ

#### การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการลดปัจจัยเสี่ยง

คะแนนช่วง 07.34 – 10.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระดับสูง

คะแนนช่วง 04.67 – 07.33 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระดับ

ปานกลาง

คะแนนช่วง 02.00 – 04.66 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนำไปหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) กำหนดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ (Polit, & Back, 2004) ดังนี้

กำหนดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ (Polit, & Back, 2004) ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องมาก

3 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องพอควรหรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้

2 หมายถึง ข้อคำถามเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ ถ้าไม่

ปรับแก้

1 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

หลังจากนั้น นำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยใช้วิธีตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI: I-CVI) ผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญตอบ 3 และ 4 เท่านั้น โดยการกำหนดค่าถ้าตอบ 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 1 ตอบ 2 และ 1 ให้คะแนนเป็น 0 โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าข้อคำถามนั้นๆ มีความสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหา (Polit, & Beck, 2008 อ้างถึงใน อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, ม.ป.ป.) หากข้อคำถามใดที่มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงน้อยกว่า 0.8 ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปเสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level CVI, I-CVI) จากสูตร

$$I-CVI = N_c/N$$

โดย  $N_c$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4

$N$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

งานวิจัยนี้ คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เท่ากับ 0.98, 1, 0.94, 1, 1 ตามลำดับ



1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนำไปหาตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

งานวิจัยนี้ คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ 0.968, 1, 0.97, 1, และ 0.9 ตามลำดับ

1.3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในอำเภอใกล้เคียง คือ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นรายด้าน (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (Nunnally, 1978) งานวิจัยนี้ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยมีค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เท่ากับ 0.898, 0.703, 0.796, 0.726, 0.740 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ 0.718, 0.735, 0.752, 0.763, และ 0.750 ตามลำดับ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองนำไปหาตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหาแล้วนำเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

2.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเบื้องต้นและการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง โดยนำไปหาตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสม

ทางภาษา เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหาแล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองมีลักษณะแบบเติมข้อความประกอบด้วย 1) แบบบันทึกค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดดิจิตอล หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ซึ่งวัดโดยผู้วิจัยขณะเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 2) แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการควบคุมอาหาร โดยบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อทุกวัน การออกกำลังกาย โดยบันทึกระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละวัน การจัดการความเครียด โดยบันทึกวิธีการควบคุมทางด้านอารมณ์ในแต่ละครั้ง และการลดปัจจัยเสี่ยง โดยบันทึกการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และการเสริมแรงเมื่อสามารถบรรลุเป้าหมายแต่ละสัปดาห์ โดยนำไปหาตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหารูปแบบ และกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 รายเพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหาแล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวรเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การวัดความดันโลหิตกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลส่วนบุคคลในแบบสอบถาม โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทดลองวัดความดันโลหิต และลงค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ในแบบบันทึกที่กำหนด ส่วนวิธีการวัดความดันโลหิตให้ทำตามที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยแนะนำ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุง, 2558) และการฝึกทักษะในการใช้แบบสอบถาม โดยผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังปึง จำนวน 10 คน เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล 4 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามดังที่กล่าวไปข้างต้น

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพที่แข็งแกร่งการวิจัยที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยที่แจ้ง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพร้อมกันแล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

5. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามขั้นตอนโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

6. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

7. ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของแบบสอบถาม ตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงรหัสคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Independent t- test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Independent t- test

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ เสนอต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.455/2016 IRB No.641/59 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย ประโยชน์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นไปยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ ผู้ศึกษาได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บเป็นความลับ แต่นำเสนอผลการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้การร่วมมือในการศึกษา จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นวิจัย ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ทำกับกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพทำให้พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตดีขึ้น ผู้วิจัย จึงนำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไปใช้กับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้ การรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two groups pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 อายุอยู่ในช่วง 52 – 59 ปี ร้อยละ 46.2 ( $\bar{X}$  = 50.69, S.D. = 6.117, Min = 40, Max = 59) สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.5 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 84.6 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 100 รอบเวรปกติ ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI = 18.5-22.9) ร้อยละ 46.2 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (BMI  $\geq$  23) ร้อยละ 46.1 ( $\bar{X}$  = 22.71, S.D. = 3.0984, Min = 15.6, Max = 31.6)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 อายุอยู่ในช่วง 46 – 51 ปี ร้อยละ 46.2 ( $\bar{X}$  = 48.58, S.D. = 5.763, Min = 38, Max = 59) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.8 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 46.2 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 65.4 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 80.8 รอบเวรเกินเกณฑ์ (ชาย  $\geq$  90 เซนติเมตร, หญิง

$\geq 80$  เซนติเมตร) ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI = 18.5-22.9) ร้อยละ 38.5 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (BMI  $\geq 23$ ) ร้อยละ 61.5 ( $\bar{X}$  = 24.58, S.D. = 3.8167, Min = 19, Max = 36.2) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	11	42.3	8	30.8
หญิง	15	57.7	18	69.2
<b>อายุ</b> ( $\bar{x}$ = 50.19, Min = 38, Max = 59)				
38 – 45 ปี	5	19.2	6	23
46 – 51 ปี	9	34.6	12	46.2
52 – 59 ปี	12	46.2	8	30.8
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	-	-	2	7.7
สมรส	23	88.5	21	80.8
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	11.5	3	11.5
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	2	7.7	1	3.8
ประถมศึกษา	16	61.5	12	46.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	15.4	5	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	15.4	5	19.2
อนุปริญญาตรี /ปวส.	-	-	2	7.7
ปริญญาตรี	-	-	1	3.8

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ทำงาน	-	-	1	3.8
เกษตรกร	22	84.6	17	65.4
ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	2	7.7	5	19.2
รับจ้าง	2	7.7	3	11.5
<b>รายได้ต่อเดือน (<math>\bar{x}</math> = 2,673.08, Min = 1,000, Max = 15,000)</b>				
1,000 - 5,666 บาท	26	100.0	21	80.8
5,667 - 10,333 บาท	-	-	4	15.4
10,334 - 15,000 บาท	-	-	1	3.8
<b>รอบเอว</b>				
ปกติ	17	65.4	9	34.6
เกินเกณฑ์ (ชาย $\geq$ 90 เซนติเมตร, หญิง $\geq$ 80 เซนติเมตร)	9	34.6	17	65.4
-	-	-	-	-
<b>ค่าดัชนีมวลกาย</b>				
ผอม (<18.5)	2	7.7	-	-
ปกติ (18.5-22.9)	12	46.2	10	38.5
อ้วน (23-24.9)	7	26.9	7	26.9
อ้วน (25-29.9)	4	15.4	7	26.9
อ้วนมาก (>30)	1	3.8	2	7.7

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ

### 1. ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.4 การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ใน

ระดับสูง และปานกลาง เท่ากัน ร้อยละ 50.0 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8

ผลการวิเคราะห์ ความเชื่อสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง และปานกลาง เท่ากัน ร้อยละ 50.0 การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเชื่อสุขภาพโดยรวม</b>				
สูง	6	23.1	8	30.8
ปานกลาง	20	76.9	18	69.2
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง</b>				
สูง	17	65.4	13	50.0
ปานกลาง	9	34.6	13	50.0
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง</b>				
สูง	13	50.0	12	46.2
ปานกลาง	13	50.0	14	53.8
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>				
สูง	10	38.5	10	38.5
ปานกลาง	16	61.5	16	61.5
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>				
สูง	1	3.8	1	3.8
ปานกลาง	14	53.8	13	50.0
ต่ำ	11	42.3	12	46.2



## 2. ผลการวิเคราะห์ความเชื่อสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีการรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 100

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 80.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.8 การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.7 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเชื่อสุขภาพโดยรวม</b>				
สูง	26	100.0	5	19.2
ปานกลาง	-	-	21	80.8
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง</b>				
สูง	26	100.0	14	53.8
ปานกลาง	-	-	12	46.2
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง</b>				
สูง	26	100.0	15	57.7
ปานกลาง	-	-	11	42.3
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>				
สูง	26	100.0	12	46.2
ปานกลาง	-	-	14	53.8
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>				
สูง	26	100.0	2	7.7
ปานกลาง	-	-	11	42.3
ต่ำ	-	-	13	50.0

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ

#### 1. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีการปฏิบัติด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 92.3 ด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.3 ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.8 ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีการปฏิบัติด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 ด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.8 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.8 ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.5 ดังแสดงในตาราง 7

#### ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>				
สูง	2	7.7	3	11.5
ปานกลาง	24	92.3	23	88.5
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>				
สูง	12	46.2	14	53.8
ปานกลาง	14	53.8	10	38.5
ต่ำ	-	-	2	7.7
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>				
ปานกลาง	24	92.3	23	88.5
ต่ำ	2	7.7	3	11.5
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>				
สูง	2	7.7	4	15.4
ปานกลาง	21	80.8	21	80.8

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	3	11.5	1	3.8
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง				
สูง	18	69.2	16	61.5
ปานกลาง	7	26.9	8	30.8
ต่ำ	1	3.8	2	7.7

## 2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 7

ผลการวิเคราะห์ความถี่สุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ พบว่า มีการปฏิบัติด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 100.0 ด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.8 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.2 ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.8 ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.7 ดังแสดงในตาราง 8

## ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
สูง	26	100.0	-	-
ปานกลาง	-	-	26	100.0

ตาราง 8 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>				
สูง	26	100.0	14	53.8
ปานกลาง	-	-	10	38.5
ต่ำ	-	-	2	7.7
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>				
สูง	21	80.8	-	-
ปานกลาง	5	19.2	25	96.2
ต่ำ	-	-	1	3.8
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>				
สูง	24	92.3	4	15.4
ปานกลาง	2	7.7	21	80.8
ต่ำ	-	-	1	3.8
<b>ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง</b>				
สูง	20	76.9	15	57.7
ปานกลาง	5	19.2	10	38.5
ต่ำ	1	3.8	1	3.8

#### ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิต

##### 1. ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.4 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.1

ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.1 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)</b>				
ปกติ (<120)	9	34.6	8	30.8
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (120-139)	17	65.4	18	69.2
<b>ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)</b>				
ปกติ (<80)	7	26.9	7	26.9
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (80-89)	19	73.1	19	73.1

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในระยะปกติ ร้อยละ 80.8 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในระยะปกติ ร้อยละ 88.5

ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.2 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในระยะปกติ ร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)</b>				
ปกติ (<120)	21	80.8	7	26.9
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (120-139)	3	11.5	12	46.2
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (140-159)	2	7.7	7	26.9

ตาราง 10 (ต่อ)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)				
ปกติ (<80)	23	88.5	13	50.0
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (80-89)	3	11.5	4	30.8
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (90-99)	-	-	8	15.4
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (>100)	-	-	1	3.8

#### ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม</b>					
กลุ่มทดลอง	26	105.00	8.433	-.536	.595
กลุ่มควบคุม	26	106.38	10.127		
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค</b>					
กลุ่มทดลอง	26	37.50	3.036	.580	.564
กลุ่มควบคุม	26	36.96	3.627		

ตาราง 11 (ต่อ)

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรค</b>					
กลุ่มทดลอง	26	36.12	4.511	-1.015	.315
กลุ่มควบคุม	26	37.35	4.233		
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>					
กลุ่มทดลอง	26	18.19	1.855	.000	1.000
กลุ่มควบคุม	26	18.19	1.721		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>					
กลุ่มทดลอง	26	13.19	2.940	.542	.590
กลุ่มควบคุม	26	12.73	3.194		

## 2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < .001) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความเชื่อสุขภาพโดยรวม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	105.00	8.433	-21.837	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	140.42	4.328		

ตาราง 12 (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	37.50	3.036	-18.548	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	47.58	1.922		
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรค</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	36.12	4.511	-12.394	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	47.12	2.123		
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	18.19	1.855	-12.266	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	23.19	1.415		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	13.19	2.940	-14.192	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	22.54	1.174		

\*p&lt;0.05

3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 13



ตาราง 13 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความเชื่อสุขภาพโดยรวม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	106.38	10.127	.396	.696
หลังจัดโปรแกรม	26	105.81	8.178		
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	36.96	4.233	.000	1.000
หลังจัดโปรแกรม	26	36.96			
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรค</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	37.35	4.233	.000	1.000
หลังจัดโปรแกรม	26	37.35	3.298		
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	18.19	1.721	-1.690	.103
หลังจัดโปรแกรม	26	18.35	1.765		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	12.73	3.194	.756	.457
หลังจัดโปรแกรม	26	12.92	3.212		

#### 4. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < .001) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติกรรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

หลังได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม</b>					
กลุ่มทดลอง	26	140.42	4.328	19.076	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	105.81	8.178		
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค</b>					
กลุ่มทดลอง	26	47.58	1.922	13.345	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	36.96	3.572		
<b>การรับรู้ความรุนแรงโรค</b>					
กลุ่มทดลอง	26	47.12	47.12	12.701	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	37.35	37.35		
<b>การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>					
กลุ่มทดลอง	26	23.19	1.415	10.924	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	18.35	1.765		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ</b>					
กลุ่มทดลอง	26	22.54	1.174	14.338	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	12.92	3.212		

\*p<0.05

## ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

### 1. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>					
กลุ่มทดลอง	26	62.38	4.981	.049	.961
กลุ่มควบคุม	26	62.31	6.247		
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>					
กลุ่มทดลอง	26	21.38	2.334	-.125	.901
กลุ่มควบคุม	26	21.50	4.091		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
กลุ่มทดลอง	26	17.81	2.079	.465	.644
กลุ่มควบคุม	26	17.50	2.657		
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>					
กลุ่มทดลอง	26	15.42	2.626	-.192	.848
กลุ่มควบคุม	26	15.58	3.126		
<b>ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง</b>					
กลุ่มทดลอง	26	7.77	1.632	.080	.937
กลุ่มควบคุม	26	7.73	1.845		

## 2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด P-value < .001, ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง P-value 0.002) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ย ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	62.38	4.981	-20.995	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	82.50	4.236		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	21.38	2.334	-13.628	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	27.38	1.813		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	17.81	2.079	-12.328	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	24.50	2.214		
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	15.42	2.626	-10.750	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	22.04	2.088		
<b>ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	7.77	1.632	-3.430	.002*
หลังจัดโปรแกรม	26	8.58	1.837		

\*p<0.05

### 3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกายด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	62.31	6.247	-.357	.724
หลังจัดโปรแกรม	26	62.58	3.911		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	21.50	4.091	-.464	.646
หลังจัดโปรแกรม	26	21.58	4.130		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	17.50	2.657	-1.880	.072
หลังจัดโปรแกรม	26	18.31	2.074		
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	15.58	3.126	.817	.422
หลังจัดโปรแกรม	26	15.19	3.099		
<b>ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	7.73	1.845	.881	.387
หลังจัดโปรแกรม	26	7.50	1.581		

### 3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกายด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด P-value < .001, ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง P-value 0.028) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ

หลังได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>					
กลุ่มทดลอง	26	82.50	4.236	17.622	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	62.58	3.911		
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>					
กลุ่มทดลอง	26	27.38	1.813	6.566	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	21.58	4.130		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
กลุ่มทดลอง	26	24.50	2.214	10.409	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	18.31	2.074		
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>					
กลุ่มทดลอง	26	22.04	2.088	9.343	<0.001*
กลุ่มควบคุม	26	15.19	3.099		
<b>ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง</b>					
กลุ่มทดลอง	26	8.58	1.837	2.266	.028*
กลุ่มควบคุม	26	7.50	1.581		

\*p<0.05

#### ส่วนที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

##### 1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>ความดันโลหิตซิสโตลิก</b>					
กลุ่มทดลอง	26	124.85	8.885	.120	.905
กลุ่มควบคุม	26	124.54	9.609		
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>					
กลุ่มทดลอง	26	80.50	4.572	-.081	.936
กลุ่มควบคุม	26	80.62	5.608		

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกของ กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P\text{-value} < .001$ ) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>ความดันโลหิตซิสโตลิก</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	124.85	8.885	4.524	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	115.69	11.334		
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	80.50	4.572	5.303	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	26	73.27	6.004		

\* $p < 0.05$

### 3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความดันโลหิตซิสโตลิก</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	124.54	9.609	-1.225	.232
หลังจัดโปรแกรม	26	127.88	16.624		
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26	80.62	5.608	.408	.686
หลังจัดโปรแกรม	26	79.65	11.876		

### 4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ความดันโลหิตซิสโตลิก P-value 0.003 และความดันโลหิตไดแอสโตลิก P-value 0.018) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 22



ตาราง 22 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

หลังได้รับโปรแกรมฯ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>ความดันโลหิตซิสโตลิก</b>					
กลุ่มทดลอง	26	115.69	11.334	-3.090	.003*
กลุ่มควบคุม	26	127.88	16.624		
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>					
กลุ่มทดลอง	26	73.27	6.004	-2.446	.018*
กลุ่มควบคุม	26	79.65	11.876		

\*p<0.05



## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำอ้อย จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างได้คือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ที่ขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2558 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สื่อวิดีโอทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำอ้อย จังหวัดแพร่ ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการจัดโปรแกรมฯ ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Independent t-test ในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอบทสรุปในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 อายุอยู่ในช่วง 52 – 59 ปี ร้อยละ 46.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.5 มีระดับการศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 84.6 รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 100

รอบเอวปกติ ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 46.2 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 46.1

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 อายุอยู่ในช่วง 46 – 51 ปี ร้อยละ 46.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.8 มีระดับการศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.2 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 65.4 รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 80.8 รอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.5 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 61.5

## 2. ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### 3. ผลการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตสูง

3.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

3.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

3.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

#### อภิปรายผล

โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ผลจากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) และพฤติกรรมสุขภาพ (ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง) แตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมสร้างการรับรู้สู่การปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการประเมินปัญหา ผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการประเมินข้อดี ข้อเสีย ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองซึ่งแนวทางการจัดการตนเองเชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการคิดและตัดสินใจ

จนผลักดันให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของ Becker, & Maiman (1974) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มี สุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ 3) สิ่งชักนำ ให้มีการปฏิบัติซึ่งอาจเป็น สิ่งชักนำ มาจากภายในหรือภายนอก สอดคล้องกับริเกลคาร์ลสัน และกลาเซอร์ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการตัดสินใจการตอบสนองต่ออาการ และอาการแสดงของโรคนั้น เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันการกำเริบของโรคนั้น ซึ่งโปรแกรมนี้ก็แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพสามารถ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สอดคล้องกับการวิจัยของ เบญจมาศ ถาดแสง (2554) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .05$ ) สุทธิลักษณ์ จันทะวัง (2554) ก็พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .001$ ) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .001$ ) (พัชรี อ่างบุญตา, 2554; เพ็ญศรี เมืองรี, 2557; ชลการ ชายกู, 2557) ก็พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .001$ ) ชนิษฐา สารีพล (2557) ก็พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) จันทร์เพ็ญ หวานคำ (2558) และสอดคล้องกับ กฤตวรรณ ณฑลพงศกร (2559) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับภาวิณี ชุ่มเฉียง (2561) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

สุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นอกจากนี้หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรมฯนี้ได้ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย มีการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติการจัดการตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของกลุ่มทดลอง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตนเอง ที่จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง และนำไปปฏิบัติต่อ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย เป็นหนึ่งในกิจกรรมการจัดการตนเองโดยเป็นกิจกรรมที่เกิดจากความร่วมมือของกลุ่มทดลองและผู้วิจัยโดยการปรึกษา ต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มทดลองแต่ละคน กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นการเพิ่มข้อผูกมัดให้กับกลุ่มทดลองในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรค สอดคล้องกับทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Locke, & Latham (1990) กล่าวว่า การตั้งเป้าหมาย หมายถึง กระบวนการ เทคนิคหรือวิธีการของบุคคล นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมในการตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นปัจจัยภายนอกและ ปัจจัยภายในตัวของบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายนั้น จะนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการพยายามหรือความต้องการที่จะผลักดันให้ก้าวไปสู่เป้าหมายที่บุคคลนั้นได้ตั้งไว้ กระบวนการตั้งเป้าหมายกำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ เช่น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และบันทึกวิธีการจัดการตนเอง ลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยด้านการควบคุมอาหาร บันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อทุกวัน การออกกำลังกายบันทึกระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละวัน การจัดการความเครียดบันทึกวิธีการควบคุมทางด้านอารมณ์ในแต่ละครั้ง และการลดปัจจัยเสี่ยงบันทึกการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ นำไปสู่กิจกรรมการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติในระดับบุคคลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ศุภวรรณ บัอมจันทร์, 2551)

**การเยี่ยมบ้าน** การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย ทำให้มีการสอบถามปัญหาในการจัดการตนเอง ในระหว่างอยู่บ้าน และนำข้อมูลที่ได้รับจากการบันทึกมาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และเสริมแรง ด้วยการกล่าวชมเชย และติดสติ๊กเกอร์รูปชูมือสองนิ้ว ในกรณี ที่พบว่า กลุ่มทดลองไม่สามารถ ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ช่วยในการค้นหาสาเหตุ ให้คำปรึกษา และให้ความรู้ เพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มทดลองต้องการ และให้กลุ่มทดลองตัดสินใจหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกับแสงทอง ถีรทองคำ และคณะ (2557) กล่าวว่าการเยี่ยมบ้าน ทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว โดยยึดการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้ได้ตามเป้าหมาย และวางแผนการดูแลร่วมกันตลอดจนให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อให้เห็น การเปลี่ยนแปลงตนเอง ที่จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง และนำไปปฏิบัติต่อ เพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

**กิจกรรมการลงมือปฏิบัติ/ติดตามผลของกลุ่มทดลอง** กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติ กิจกรรมในการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมซึ่งการลงมือปฏิบัติตาม เป้าหมายของกลุ่มทดลอง เกิดจากการติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ และบันทึกวิธีการจัดการตนเอง ลงในสมุดบันทึก โดยด้านการควบคุมอาหาร บันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อทุกวัน การออกกำลังกายบันทึกระยะเวลาในการออก กำลังกายในแต่ละวัน การจัดการความเครียดบันทึกวิธีการควบคุมทางด้านอารมณ์ในแต่ละ ครั้ง และการลดปัจจัยเสี่ยงบันทึกการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ สอดคล้องกับแนวคิด การจัดการตนเองของ Kanfer (1991) ที่เชื่อว่าไม่มีใครปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจาก ตัวบุคคลนั่นเอง บุคคลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง พยายามใช้กระบวนการใน การควบคุมพฤติกรรม เรียนรู้ทักษะใหม่ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตน เพื่อแก้ปัญหาใน สถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตาม ตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินผลด้วยตนเอง (Self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

**กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้** กลุ่มทดลองกับผู้วิจัยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติ การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสะท้อนกับผู้วิจัยในขณะที่เยี่ยมบ้านโดยกลุ่มทดลอง ทุกคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ จากการลงมือปฏิบัติ หากสำเร็จตาม

เป้าหมายก็เกิดการแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้กับตนเอง หากไม่สำเร็จก็ฟังจากประสบการณ์ของบุคคลที่ทำสำเร็จแล้วนำไปปรับใช้ต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความรู้ซึ่งประพนธ์ ผาสุกยัต (2549) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ตนเอง กับคนอื่นร่วมงานแบ่งปันความรู้ ทักษะและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยบุคคลมีความสมัครใจที่จะให้บุคคลอื่นเข้าถึงความรู้ ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญที่ตนเองมี หรือเป็นการนำเอาความรู้ที่มีอยู่มาผ่านกระบวนการทางสังคมเพื่อเผยแพร่ให้กับผู้อื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะประกอบด้วย การถ่ายโอนความรู้ที่ตนมีให้กับบุคคลอื่นได้เข้าใจและรับหรือดูดซึมความรู้จากผู้อื่น มาเป็นของตน

กิจกรรมสร้างการรับรู้สู่การปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ใช้สำหรับการประเมินปัญหาเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการประเมินข้อดี ข้อเสีย ของการปฏิบัติ พฤติกรรมด้วยตนเอง ผลักดันให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ โดย Becker, & Maiman (1974) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคล จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่า จะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรคขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ 3) สิ่งชักนำ ให้มีการปฏิบัติซึ่งอาจเป็น สิ่งชักนำ มาจากภายในหรือภายนอก

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หากจะนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรับใช้ ควรเพิ่มวิทยากรกระบวนการเพื่อให้มีการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้มากขึ้น จะทำให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง ทั้งนี้ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดการจัดการตนเองให้กับวิทยากรกระบวนการให้มีแนวคิดเดียวกัน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข ข้อมูลอัตราป่วยอายุใหม่ โรคความดันโลหิตสูง. สืบค้น 25 เมษายน 2562, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- กฤตวรรณ ณฑลพงศกร, และธนิช กนกเทศ. (2559). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตความรับผิดชอบ รพ.สต.วังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. ใน การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 16 และการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 3 “งานวิจัย เพื่อพัฒนาท้องถิ่น” (น.1541-1552). เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ. สืบค้น 1 เมษายน 2562, จาก [www.hed.go.th](http://www.hed.go.th)
- กาญจนา ชัยมูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง บ้านสบปราบ ตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
- กุลนา นุญมากุล. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บนิษฐา สารีพล. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทนา รัตนฤทธิชัย, และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

- จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนนะ, และศิริพร ชัมภลชิต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(1), 49-60.
- จันทร์เพ็ญ หวานคำ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตรรัฎา บุญพิศิษฐ์สกุล. (2558). การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจ สังกัดสำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- จินตนา จักรสิงโต, และรัตนา พันธุ์ชัย. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารโรคและกายสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 12(1), 56-67.
- ชนากานต์ บุญนุช. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงาน วิจัยเชิงปริมาณ. สืบค้น 14 ธันวาคม 2558, จาก [http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/sample\\_size\\_0.pdf](http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/sample_size_0.pdf)
- ชลกากร ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 356-371.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2540). แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 12(3), 152-177.
- บุญศิริ บันตีบ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิ บ้านแท่นดอกไม้ ตำบลสบเตี้ย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพนธ์ ผาสุกยี่ด. (2547). การจัดการความรู้ฉบับมือใหม่หัดขับ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ไยใหม่.
- ประพนธ์ ผาสุกยี่ด. (2549). การจัดการความรู้ฉบับมือใหม่หัดขับ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ไยใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวีน สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ประหยัด ซ่อไม้, และอารยา ปราณประวิตร. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์, 10(1), 15-24.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล, วิภาศิริ นราพงษ์, และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ไอ กรู๊ป เพลส.
- พัชรี อ่างบุญตา. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี เมืองรี. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารการพยาบาล และสุขภาพ, 8(1), 72-81.

- ภาวิณี ชุ่มเสียง. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสียงเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(1), 108.
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2551). เทคนิคการเรียนรู้แบบร่วมมือแบบ Mentor Coached Think-pair-share เพื่อเพิ่ม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการเรียนรู้ออนไลน์. *วารสารวิชาการ พระจอมเกล้าพระนครเหนือ*, 18(1), 99-105.
- มุกดา สอนประเทศ. (2554). *ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสัง จ.หนองบัวลำภู*. สืบค้น 20 ตุลาคม 2558, จาก <http://203.157.71.148/information/center/research-55/Mukda.pdf>
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบชนิดบี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ อนุรักษ์. (2542). *กระบวนการสุศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ก้าวสู่ยุค 2000*. กรุงเทพฯ: ชิกมาดิไซด์กราฟฟิค.
- ระวีวรรณ กัณฑ์กาลัง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชฎา จอป่า. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุม กลุ่มอาการเมตาบอลิกในประชาชนวัยกลางคน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 4(2), 36-45.
- โรงพยาบาลร่องกวาง. (2558). *เวชระเบียน*. แพ้: โรงพยาบาลร่องกวาง.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหน่วย้อย. (2558). *ฐานข้อมูลโปรแกรม HosXP\_PCU*. แพ้: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหน่วย้อย.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). *การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ตาตาพับลิเคชั่น.
- วิชัย ประสิทธิ์วิฑูมเวช. (2542). *การพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่น: สานต่อที่ท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: เซ็นเตอร์ดีสคัฟเวอรี.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. (2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรรณ บ่อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม. (2556). การจัดการความรู้. สืบค้น 20 ตุลาคม 2558, จาก <http://dmsc2.dmsc.moph.go.th/webroot/SamutSongkhram/pdf/Knowledge.pdf>
- สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (2548). นานาเรื่องราวการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: ปีแควอไทย
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://www.thaihypertension.org>
- สำนักงานกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิต. (2548). การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิต.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2553). คู่มือการจัดการความรู้ในองค์กรการศึกษา. กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์บุ๊กส์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถิติสาธารณสุข ปี 2541-53. สืบค้น 5 ตุลาคม 2558, จาก <http://bps.moph.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. สืบค้น 5 ตุลาคม 2558, จาก [http://bps.moph.go.th/sites/default/files/plan11\\_0.pdf](http://bps.moph.go.th/sites/default/files/plan11_0.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. สืบค้น 5 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.kaset-hospital.org/>

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คลังสื่อเผยแพร่*. สืบค้น 23 มกราคม 2559, จาก <http://www.thaincd.com/2016/media.php?gid=1-015>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 5 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- สุทธิลักษณ์ จันทะวัง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และความคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในโรงพยาบาลแม่แตงจังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนน อมรวิวัฒน์. (2533). *สมบัติทฤษฎีของการศึกษาไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ เจริญเสาวภาคย์. (2548). *การจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: ก. พลพิมพ์.
- อภิญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน, และวิไลพร พิทักษ์นุรัตน์. (2548). *ผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง*. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อัมมร บุญช่วย. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 231-244.
- Appel, L. J., Champagne, C. M., Harsha, D. W., Cooper, L. S., Obarzanek, E., Elmer, P. J., ..., & Young, D. R. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the Premier clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 289(16), 2083-2093.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103(5), 1524-1530.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). *Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation*. *Medical Care*, 13(5), 10-24.
- Bennet, A., & Bennet, D. (2003). The partnership between organizational learning and knowledge management. In C.W. Hosapple (Ed.), *Handbook on knowledge management* (pp. 439-455). New York: Springer.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Coates, V. E., & Boore, J. R. (1995). Self-management of chronic illness implication for nursing. *International Journal Nursing*, 32(6), 628-640.
- Collison, C., & Parcell, G. (2004). *Learning to fly: Practice knowledge management for 20th Century*. London: Harper Collins Business.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Printrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp.601-629). California: Academic.
- Cubrilo-Turek, M. (2004). Stroke risk factors: Recent evidence and new aspects. *International Congress Series*, 1262, 466-469.
- Demarest. (1997). Understanding knowledge management. *Journal of Long Range Planning*, 30(3), 374 - 384.
- Fu, D., Fu, H., McGowan, P., Shen, Y. E., Zhu, L., Yang, H., ... , & Wei, Z. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: Randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health organization*, 81, 174-182.
- Groer, M. W. (2001a). *Advanced pathophysiology: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Groer, M. W. (2001b). *Behavioral processes in human illness states*. Philadelphia: Lippincott.



- Hansen, A. (1998). Content analysis. In A. Hansen, S. Cottle, R. Negrine, & C. Newbold (Eds.), *Mass communication research methods* (pp. 91-129). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Hellenbrand, D. (1983). An analysis of compliance behavior: A response to powerlessness. In J. F. Miller (Ed.), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (pp. 249-252). Philadelphia: F. A. Davis.
- Jee, S. H. (1999). The effect of chronic coffee drinking on blood pressure: A meta analysis of controlled clinical trials. *Hypertension*, 33(2), 647-652.
- Jekel, J., Elmore, J. G., Katz, D. L., & Wild, D. (2007). *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine and public health*. Philadelphia: Elsevier Health Science.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*, 289(9), 2560-2572.
- Jones, M., & Nies, M. A. (1996). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American women. *Public Health Nursing*, 13(2), 151-158.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A Textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). New York: Pergamon.
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan, N. M. (2006). *Treatment of hypertension: Drug therapy*. Philadelphia. USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- King, J. (1984). The health belief model. *Nursing Time*, 80(2), 53-55.
- Kotchen, T. A., & Kotchen, J. A. (1999). *Hypertension primer: The essentials of high blood pressure*. Dallas: American Heart Association.
- Lock, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Nakagawa-Kogan, H., & Betrus, A. P. (1984). Self-management: A nursing mode of therapeutic influence. *Advances in Nursing Science*, 6(4), 55-73.
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Journal of Organization Science*, 5(1), 13-14.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oparil, S., & Weber, M. A. (2000). *Hypertension: A companion to Brenner and Rector's the kidney*. Philadelphia: Saunders.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, Conn: Appleton and Lange.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung*, 29(1), 4-15.
- Rokeach, M. (1970). *Belief attitude and value*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education theory, research and practice* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, C. (1980). Phases of a home visit (unpublished manuscript). *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 395-405.
- Supiano, M. A. (1997). Hypertension. In C. K. Cassal, H. J. Cohen, E. B. Larson, D. E. Meier, N. N. Resnick, & L. Z. Rubenstein. (Ed.), *Geriatrics medicine*. New York: Springer.
- Swales, J. D. (Ed.). (1995). *Manual of hypertension*. Oxford: Blackwell Science.

- Tobin, Tom. (2003). *Ten principle for knowledge management success*. Stamford, CT: Gartner.
- Vaskonen, T. (2003). Dietary minerals and modification of cardiovascular risk factors. *The Journal of nutritional biochemistry*, 14(9), 492-506.
- Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. *American family physician*, 73(11), 1953-1956.
- World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- World Health Organization. (2008). *World health statistics 2008*. Retrieved October 10, 2015, from [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf)
- World Health Organization. (2012). *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Retrieved October 10, 2015, from [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world\\_health\\_statistics\\_20120516/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/)
- World Health Organization International Society of Hypertension. (2002). *Reducing risks, promoting healthy life: Method summaries for risk factors assessed in chapter 4*. Retrieved October 6, 2015, from [http://www.int/entity/whr/2002/en/summary\\_riskfactors\\_chp4pdf](http://www.int/entity/whr/2002/en/summary_riskfactors_chp4pdf).
- Young, R. (2010). *Knowledge management tools and techniques manual*. Japan: Asian Productivity Organization.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชบัณฑิตยสถาน

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัย  
นเรศวร

COA No. 455/2016  
IRB No. 641/59



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
92 หมู่ 9 ตำบลนาโพธิ์ ตำบลเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรโทรสาร 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ผลต่อโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความเครียดของชุมชนวัย  
โรคความดันโลหิตสูง รพ.ส. ปากห้วยอ้อย อ. ร้องกวาง จ.แพร่  
Study Title : Effects of Self-management Educational Program on Health Behaviors and  
Blood Pressure among Pre-Hypertension Group, Pak Huaioi Health Promoting  
Hospital, Rongkhang District, Phrae Province  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกัญญา ทัศนัย  
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการ  
เสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 19 กันยายน 2559
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 19 กันยายน 2559
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 19 กันยายน 2559
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 ตุลาคม 2559
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 19 กันยายน 2559
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 ตุลาคม 2559
7. ใข้ขออนุมัติจริยธรรม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 19 กันยายน 2559
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 กันยายน 2559
9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 กันยายน 2559
10. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2559

ลงนาม *วิมลคุณ ตรีทิพย์*  
(นายแพทย์สมญาณี คัญทุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 02 พฤศจิกายน 2559  
Date of Approval : November 02, 2016  
วันหมดอายุ : 02 พฤศจิกายน 2560  
Approval Expire Date : November 02, 2017

ทั้งนี้ การรับรองนี้ มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบขออนุมัติ (ดูที่แนบหลังเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

# ภาคผนวก ข ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

Version 2.0 Date 28/10/2559

AF 04-10/3.0



Naresuan University Institutional Review Board

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
(Information Sheet for Research Participant)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการศึกษาการดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รหัสสหภาพหัดชื้อ อ.โรจนาวง จ.แพร่  
Effects of Self-Management Educational Program on Health Behaviors and Blood Pressure among Pre-Hypertention Group, Pak Hualoi Health Promoting Hospital, Bongswang District, Phrae Province

ผู้สนับสนุนการวิจัย หุสภานันท์

ผู้นำวิจัย

ชื่อ นาสาวักค์ชาณี ทนัทชัย  
ที่อยู่ 98 ม. 11 ต.โฮงหัว อ.เมือง จ.แพร่  
เบอร์โทรศัพท์ 097-9247623

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ  
ที่อยู่  
เบอร์โทรศัพท์

เงื่อนไข ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยเนื่องจากท่านได้รับคัดกรองว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่อมาท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาปรึกษากับเจ้าหน้าที่งานวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถอธิบายและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และท่านสามารถขอคืนข้อมูลส่วนตัวของท่านได้ตลอดเวลา

เหตุผลความจำเป็น

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งที่สามารถป้องกันได้และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยที่พัฒนาด้วยอัตราที่เร็วมาก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2004 พบว่ามีคนเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจำนวนร้อยละ 1.7 และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2039 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 2.1 และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่สถานการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน

สถานการณ์ในประเทศไทย ซึ่งช่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคเมื่อเปรียบเทียบกับปี ค.ศ. 2544 และปี ค.ศ. 2554 โดยพบว่าปี 2544 มีประชากรป่วยจาก 207.5 แสนคนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 1,433.61 แสนคนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า ซึ่งพบตัวเลขจากกระทรวงสาธารณสุขปี 11 ได้คาดการณ์แนวโน้มการขยายของประเทศไทยโดยระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาสำคัญที่คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของประเทศไทยที่พบแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ปีที่ผ่านมา

Approval  
7 Nov 2559 NU-IRB

ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

Version 1.0 Date 16/09/2559

AF 05-10/3.0

 <p>Naresuan University Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	--

การวิจัยเพื่อ ผลของโปรแกรมการคัดสรรคนเก่งต่อพฤติกรรมการสูงค่าและระดับความกล้าหาญของกลุ่มชาย

โรคความดันโลหิตสูง ทศ.ศ. ปากห้วยชัย ๑. รังสิต จ.นนทบุรี

วันที่ทำขึ้นชื่อ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นที่เรียบร้อยแล้วโดยข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอน หรือการที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้าให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการจัดการข้อมูลซึ่งมีความละเอียดอ่อนแล้ว โดยผู้วิจัยได้มอบสำเนาตัว ๆ ด้วยความเต็มใจและไม่เป็นเงื่อนไขหรือข้อผูกมัดแก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยยินดีจ่ายค่าชดเชยให้แก่ข้าพเจ้า หากได้รับอันตรายใดๆ ที่เกิดจากการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของนักวิจัยผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามารวบรวมและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะดำเนินการทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ข้าพเจ้าขอขจัดการเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอการให้ข้อมูลเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดคืนกลับคืนคืนตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้อื่นรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในโครงการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต

Approval  
NU-IRB  
7 มี.ย. 2559

## ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ  
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

2.3 แบบบันทึกกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดวิธีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมประกอบด้วยกิจกรรมขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

##### ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

1. เตรียมผู้วิจัย โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลที่ร่วมเป็นวิทยากร

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก แจกคู่มือการจัดการตนเอง และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มทดลองโดยใช้เวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับระยะเวลาที่ใช้และรายละเอียดของโปรแกรมฯ โดยใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลา 30 นาที

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติและ



การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในเรื่องความหมาย สาเหตุอาการภาวะแทรกซ้อนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง โดยวิธีการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

6. นำเสนอสื่อวีดิทัศน์ ที่มีความยาว 15 นาที รูปภาพโปสเตอร์ การเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยใช้สื่อรูปภาพผู้ป่วยซีให้เห็นความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

7. แนะนำหลักการในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการจัดการกับสุขภาพตนเองนั้น กลุ่มทดลองสามารถทำได้หากไม่ยากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่นการเลือกรับประทานอาหารไม่เค็ม การเลือกรับประทานอาหารไฟเบอร์สูง ลดคาเฟอีน ควบคุมน้ำหนัก การลดภาวะเครียด เลิกหรือลดดื่มสุรา/บุหรี่ ซึ่งการจัดการตนเองให้ได้ผลดีต้องประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย แล้วลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมาย หลังจากนั้นต้องติดตามผลการปฏิบัติของตนเองโดยประเมินว่าสามารถลด/หลีกเลี่ยงพฤติกรรมได้อย่างไรบ้าง เพื่อเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย โดยวิธีการบรรยายใช้เวลา 1 ชั่วโมง

8. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย โดยผู้วิจัยยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมายแล้วให้กลุ่มทดลองคิดว่าตนเองจะตั้งเป้าหมาย เพื่อจัดการสุขภาพที่อาจทำให้เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1-4 เป้าหมาย แล้วสำรวจตนเองว่าหากจะทำให้ถึงเป้าหมายเขาต้องมีกิจกรรมใดบ้าง เช่น ตั้งเป้าหมายลดอาหารเค็ม กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) จำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน 2) จำกัดเกลือป่นประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันต่อคน 3) จำกัดน้ำตาล ซีอิ้วขาว ซีอิ้วปรุงรส น้ำมันหอยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เกิน 5 ช้อนชา ต่อวันต่อคน เป็นต้น โดยผู้วิจัยบันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่ปฏิบัติลงในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที

9. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลอง ชักถามปัญหาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมที่จะดำเนินการ เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายพร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมให้เข้าใจ โดยใช้เวลา 30 นาที

10. ซี้แจงแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองให้กลุ่มทดลอง และได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมแจกคู่มือการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอนการจดบันทึก โดยใช้เวลา 30 นาที

11. สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)) (สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 11)

กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย

1. กลุ่มทดลองบันทึกผลในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองทุกวัน
2. ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 7 เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการบันทึกมาประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตนเอง ที่จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง และนำไปใช้ในการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8)

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจะเล่าทั้งอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการแก้ไขอุปสรรคนั้นอย่างไร และสำเร็จมากน้อยเพียงใด (มีทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ) โดยกลุ่มทดลองทุกคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ จากการลองผิด ลองถูก หากสำเร็จตามเป้าหมายก็เกิดการแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้กับตนเอง หากไม่สำเร็จก็ฟังจากประสบการณ์ของบุคคลที่ทำสำเร็จแล้วนำไปปรับใช้ต่อไป โดยพบว่า เรื่องที่ทำสำเร็จ ได้แก่ มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเรื่องที่ทำสำเร็จบ้างไม่สำเร็จบ้าง ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารไม่เค็ม ลดการดื่มสุรา เรื่องที่กลุ่มทดลองทำไม่สำเร็จเลย ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่

2. ผู้วิจัยสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทบทวนความรู้ตามหลักการจัดการสุขภาพตนเองที่ควรปฏิบัติ

3. นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในด้านความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 1.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความ

### ดันโลหิตสูง

#### คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยง

#### โรคความดันโลหิตสูง

### คำนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ทุกคนมีโอกาสเป็นได้เมื่ออายุสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ออกกำลังกาย และรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้โดยการปรับพฤติกรรมและการรับประทานยา ซึ่งจะช่วยชะลอภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ให้พัฒนาไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคไตเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ และถึงแก่ชีวิตได้ คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในการนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้คงสถานะสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน



นางสาวกัญยานี ทนันทชัย

นางสาวกัญยานี ทนันทชัย

**สารบัญ**

แบบฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง.....1

การจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง.....3

โรคความดันโลหิตสูง.....4

อาการของภาวะความดันโลหิตสูง.....10

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง.....11

การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....15

การเลือกรับประทานอาหารสุขภาพ.....19

การควบคุมน้ำหนัก.....23

การลดภาวะเครียด.....32

การเลิกหรือลดการดื่มสุรา.....33

การเลิกสูบบุหรี่.....34

**แบบฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยวิธี  
ทางวาจา (Verbal screening) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป**

ข้อบ่งชี้	มี	ไม่มี
1. ทานอายุ 35 ปีขึ้นไป ใช่หรือไม่		
2. มีประวัติครอบครัว บิดา มารดา พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง หรือไม่		
3. มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ) และ/หรือรอบเอว $\geq$ 36 นิ้ว หรือ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ $\geq$ 32 นิ้ว หรือ 80 ซม. ในผู้หญิง		
4. มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $\geq$ 140/90 มิลลิเมตรปรอท)		
5. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอด > 4 กิโลกรัมหรือไม่		
6. มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) พบเท่ากับ 100-125 mg% (Impaired Fasting Glucose: IFG) หรือตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังกินกลูโคส 75 กรัม พบเท่ากับ 140-199 mg% (Impaired Glucose Tolerance: IGT)		
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardio vascular disease)		

## แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

### 1. กลุ่มปกติ

ค่าความดันโลหิตตัวบนมีค่าต่ำกว่า 120 มม.ปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าต่ำกว่า 80 มม.ปรอท

### 2. กลุ่มเสี่ยงสูง

ค่าความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 120 – 139 มม.ปรอทหรือ ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าระหว่าง 80 – 89 มม.ปรอท

คำแนะนำ: ให้เข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

### 3. กลุ่มสงสัยป่วย

ค่าความดันโลหิตตัวบนสูง กว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่า ความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

คำแนะนำ: ให้ส่งตรวจซ้ำที่ รพ.สต. และโรงพยาบาล

ตามลำดับ

## สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยันโรคความดันโลหิตสูง

- กลุ่มปกติ ไม่พบความเสี่ยง
- กลุ่มเสี่ยงสูง PreHT (BP = 120/80 -139/89 mmHg)
- กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง (BP >= 140/90

mmHg)

## การจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

### ระดับที่ 1 กลุ่มปกติ

ให้คำแนะนำเรื่อง 3 อ. 2 ส. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและติดตามผล

### การตรวจทุก 1 ปี

### ระดับที่ 2 กลุ่มเสี่ยงสูง

ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง เข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามผลการตรวจทุก 3 เดือน

### ระดับที่ 3 กลุ่มสงสัยป่วย

ให้สูขศึกษารายเดี่ยวเพื่อค้นหาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม และติดตามผลการตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

## โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยเมื่ออายุมากขึ้น หรือมี พฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง โรคความดันโลหิตสูงเป็น สาเหตุสำคัญของ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือด สมอง โรคไตเสื่อม อัมพาต/อัมพฤกษ์ซึ่งสามารถป้องกัน ได้ถ้ารู้จักการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเสียเนิ่นๆ

ความดันโลหิต คือความดันของน้ำเลือดในหลอดเลือดแดงที่ออกจาก หัวใจ ที่เป็นตัวผลักดันให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย

### ค่าความดันโลหิตคืออะไร

ค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า คือค่าความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง ค่าความดันโลหิตตัวบนเป็นค่า ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว ค่าความดันโลหิตตัว ล่างเป็นค่าความดันในขณะหัวใจคลายตัว ความดันโลหิตปกติ คือ ค่าความดันโลหิตตัวบนมีค่าต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท



### คุณรู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง?

ความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีความดันโลหิตตัวบนสูง กว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (โดยวัดหลังจากนั่งพัก 5 นาที และวัดซ้ำและซ้ำในอีก 2-3 วันต่อมา)

### ความดันโลหิตของคุณรุนแรงแค่ไหน?

ในคนปกติที่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ค่าความดันโลหิตตัวบนมีค่าต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 120 – 139 มิลลิเมตรปรอทหรือ ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าระหว่าง 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท ยังไม่ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงแต่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (คือมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติถึง 2 เท่า) จึงควรปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงในระดับที่สูงขึ้น

ผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับ 1 และ ระดับ 2 จัด อยู่ในในกลุ่ม  
ความดันโลหิตสูง ที่ควรพบแพทย์เพื่อ การรักษา ดังรายละเอียดในตาราง  
ด้านล่าง

นี้อย

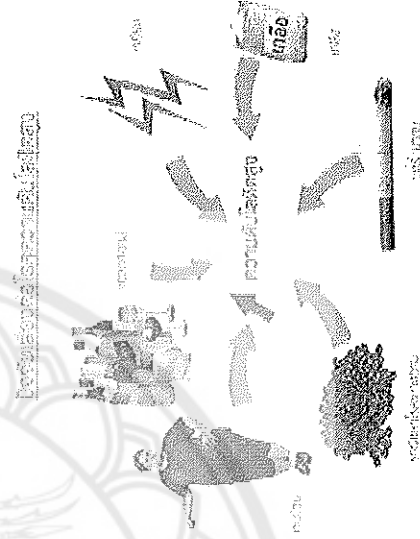
● ชาย พบว่า คนสูงอายุมากจะเกิดความดันได้ มากกว่าคนอายุ

- ประวัติความเครียดเป็นความดันโลหิตสูง
- เชื้อชาติเช่น คนผิวดำและคนตะวันตกเป็นต้น
- รับประทานอาหารเค็ม
- ขาดการออกกำลังกาย
- ช้วน
- สูบบุหรี่
- ดื่มสุรามาก
- เครียด

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	คำแนะนำ
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80	ตรวจทุก 1 ปี
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	80 – 89	ตรวจทุก 6 เดือน
ความดันโลหิตสูงระยะที่1	140 – 159	90 – 99	ตรวจอย่างน้อยทุก 2 เดือน
ความดันโลหิตสูงระยะที่2	มากกว่า 160	มากกว่า 100	ตรวจอย่างน้อยทุก 1 เดือน

**คุณมีปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่?**

แม้ว่าความดันโลหิตสูงสามารถเป็นได้กับทุกคนแต่มีบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง กว่ากลุ่มอื่น ได้แก่



## อาการของโรคความดันโลหิตสูง

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดง เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีความดันโลหิตสูง
- สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในเรื้อรังรุนแรงและเป็นมานานจะมีลักษณะอาการ ปวดศีรษะ มักปวดที่บริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมงและอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วย. เลือดกำเดาไหล เห็นอ้อยหอบขณะทำงาน หรืออาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วม ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากากรมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานานๆ



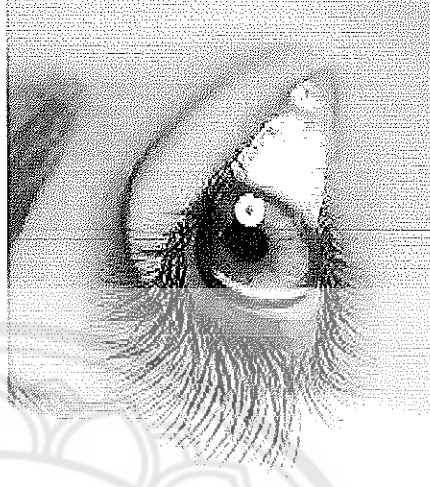
## ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อเส้นเลือดของ อวัยวะต่างๆ ทำให้อวัยวะนั้นเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่

- ภาวะแทรกซ้อนที่ตา

ตาอาจมัวถึงตาบอด เนื่องจากหลอดเลือดในลูกตาตีบ ตัน หรือแตก เกิดเลือดออกในตา





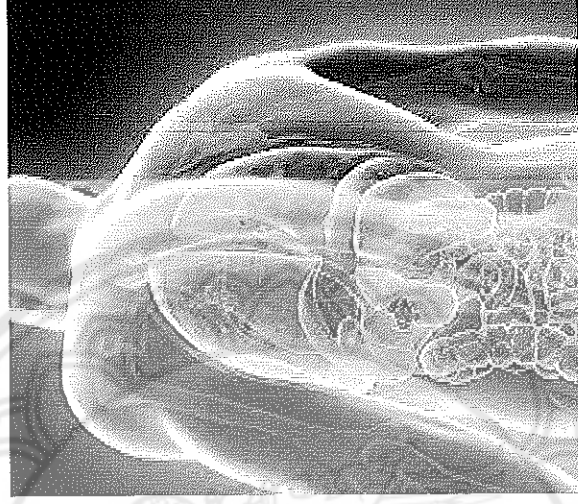
- **ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ**

เมื่อความดันโลหิตสูงหัวใจจะทำงานหนักขึ้น ทำให้หัวใจ โตและ หัวใจล้มเหลว ในขณะที่ความดันโลหิตสูงทำให้ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ อาจตีบเกิดการหัวใจขาด เลือดได้ดังนั้น ผู้มีความดันโลหิตสูงเมื่อเกิด โรคหลอดเลือด เลือดหัวใจอุดตันจะรุนแรงกว่าคนที่ความดันเลือดปกติ



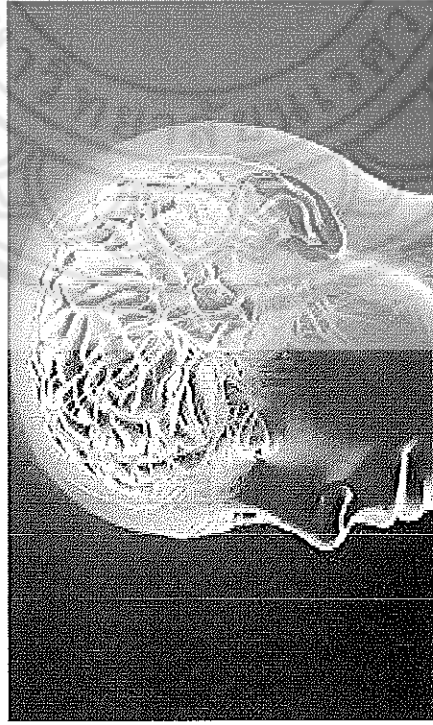
- **ภาวะแทรกซ้อนที่ไต**

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีความดัน สูง ตาม จึงเกิดไตฝ่อ และไตพิการ



### ●ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง

เนื่องจากหลอดเลือดในสมองจะตีบหรือแตก จึงอาจเกิดเลือดออกในสมองง่ายกว่าคนที่มีความดันเลือดปกติ และทำให้เกิดอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เพื่อไม่ให้รู้สึกตัว ชัก เป็นอัมพาตและถึงตายได้



### การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสุขภาพ

- ด้านการควบคุมอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการความเครียด
- ด้านลดปัจจัยเสี่ยง

### อาหารแดช คืออะไร?

อาหารแดช เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับลดความดันโลหิต เป็นอาหารแดชไดเอท (DASH) มาจากคำว่า Dietary Approach to Stop Hypertension ซึ่งแปลว่าอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิต จากการศึกษาทดลองของสมาคมโรคหัวใจ และหลอดเลือดของประเทศอเมริกา พบว่า หากรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว อาหารไขมันต่ำ และมีผักผลไม้มาก โดยเน้นอาหารพวกถั่วฝัก พืช ปลา นมไขมันต่ำ ถั่ว โดยหลีกเลี่ยงเนื้อแดง น้ำตาล เครื่องดื่มที่มีรสหวานจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง



## แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิต

กลุ่มอาหาร	ปริมาณต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วน
ข้าว ธัญพืชต่างๆ และผลิตภัณฑ์ (ข้าวกล้อง ขนมปังโฮมวีท คอร์นเฟลก ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่)	6-8 ส่วน	- ข้าวสวยหรือก๋วยเตี๋ยว ½ ถ้วยตวง - ขนมปัง 1 แผ่น - ธัญพืชสุก ½ ถ้วยตวง
ผัก	4-5 ส่วน	- ผักสด 1 ถ้วยตวง - ผักสุก ½ ถ้วยตวง - น้ำมันสด 180 มิลลิลิตร
ผลไม้	4-5 ส่วน	- ผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล - ผลไม้สด 6-8 ชิ้นค่า - ผลไม้แห้ง ¼ ถ้วยตวง - น้ำผลไม้ 180 มิลลิลิตร
นมพร่องไขมันและผลิตภัณฑ์	2-3 ส่วน	- นม 240 มิลลิลิตร - โยเกิร์ต 1 ถ้วย - ชีส 1 แผ่น
เนื้อสัตว์ไขมันต่ำชนิดต่างๆ และปลา (เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือหนังปรุงโดยการย่าง ต้ม หรือนึ่งแทนการทอด)	<6 ส่วน	- เนื้อสัตว์สุกไม่เกิน 180 กรัม หรือไม่เกิน 12 ชิ้นโต๊ะ
ถั่วเปลือกแข็งหรือถั่วเมล็ดแห้ง	4-5 ส่วนต่อสัปดาห์	- ถั่วเปลือกแข็ง 1/3 ถ้วยตวง (45 กรัม) - เมล็ดพืช 1 ช้อนโต๊ะ - ถั่วเมล็ดแห้งสุก ½ ถ้วยตวง
ไขมันและน้ำมัน	2-3 ส่วน	- น้ำมันพืช 1 ช้อนชา

### อาหารที่ช่วยลดความดันโลหิต

สำหรับคนไทยในแต่ละมื้อควรประกอบด้วย

- ข้าว หรือบะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีนที่เทียบเท่า ปริมาณ 1 ส่วน ไม่เกิน 2 ทัพพี
- ผัก มีอยู่จนวน อาจจะเป็นผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักคะน้า แดงกวา มะเขือเทศ ฯลฯ
- เนื้อสัตว์ 4-5 ชิ้นค่า ควรจะเป็นพวกปลามากกว่า สัตว์อื่น หากเป็นไก่หรือเป็ดต้องลอกหนังออก หมู ต้องเป็นหมูเนื้อแดง
- ผลไม้ ขนาดกลางมีอยู่ผล เช่น ส้ม 1 ลูก หรือ ฝรั่ง 1 ลูก หรือ มะม่วงครึ่งซีกหรือส้มปصرة 6 ชิ้นค่าหรือ มะละกอ 8 ชิ้นค่าหรือแตงโม 12 ชิ้นค่าหรือกล้วยหอมครึ่งลูก หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือชมพู่ 2-3 ผลหรือขนุน 2-3 ยวงหรือทุเรียนขนาดเล็ก 1 เม็ด

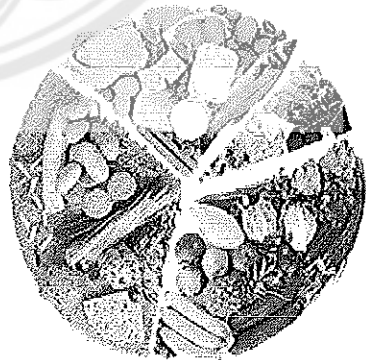
กลุ่มอาหาร	ปริมาณต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วน
ของหวาน (น้ำตาล น้ำผึ้ง แยม เยลลี่ ไอศกรีม หวานเย็น ลูกอม)	5 ส่วนต่อสัปดาห์	- มายองเนสไขมันต่ำ 1 ช้อนชา - น้ำสลัดไขมันต่ำ 2 ช้อนโต๊ะ - น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ - แอม 1 ช้อนโต๊ะ

### การเลือกรับประทานอาหารไม่เค็ม

จำกัดอาหารเค็ม เพื่อลดปริมาณเกลือหรือโซเดียมที่เข้าร่างกาย ทำให้ลดความดันโลหิตและ ทำให้ยาลดความดัน ออกฤทธิ์ดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรจำกัด โซเดียมในอาหาร ไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับเกลือป่นประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันต่อคนหรือน้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วปรุงรส น้ำมันหอยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวันต่อคน

### การรับประทานอาหารสุขภาพ

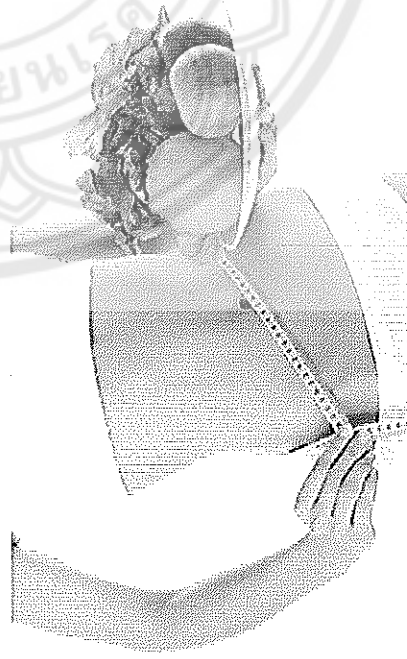
การรับประทานอาหารสุขภาพการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อลดความดันโลหิตเรียก DASH Diet ซึ่งจะลดเค็มลด ไขมันอิ่มตัว เพิ่ม ธัญพืช ซึ่งสามารถลดความดันโลหิต ทั้งตัวบนและตัวล่าง แต่การเลือก รับประทานอาหาร สุขภาพทั่วๆ ไปจะทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น





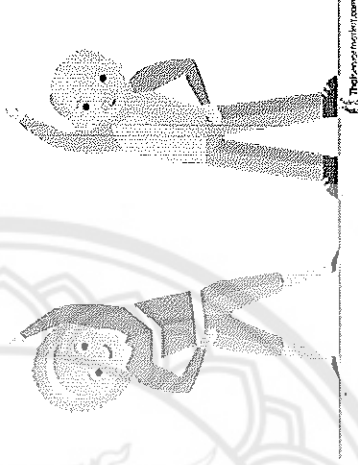
## ควบคุมน้ำหนัก

การรักษาน้ำหนักให้เป็นปกติควบคุมน้ำหนัก ลดความชื้น เนื่องจากโรคอ้วนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและการใช้ยาลดความดันโลหิตได้ผลไม่ดี และการลดน้ำหนัก ทุก 1 กิโลกรัมจะสามารถลดความดันโลหิตได้ประมาณ 1 มม.ปรอท การรักษาน้ำหนักให้ปกติ คนที่อ้วนจะมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 คนอ้วนลงพุงจะมีรอบเอวมากกว่า 90 และ 80 ซม.ในชายและหญิง คนอ้วน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การลดน้ำหนักจะ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค



## การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายใช้พลังงาน ลดความตื้อต่ออินซูลิน หัวใจแข็งแรง นอกจากนี้การออกกำลังกายจะลด การเกิดโรคเบาหวาน ลดการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายที่ถูกต้องที่มีผลต่อการลดความดันโลหิตสูงต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์



## การประเมินความหนักของการออกกำลังกายโดยการทดสอบ

การพูด

- ออกกำลังกายชนิดเบา: สามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้
- ออกกำลังกายปานกลาง: สามารถพูดจาโต้ตอบได้ในขณะออกกำลังกาย
- ออกกำลังกายหนัก: ไม่สามารถพูดโต้ตอบได้อย่างปกติ

### ระดับการออกกำลังกาย

1. ระดับเบา ช่วยในแง่ฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นสำคัญ ใช้ลด

น้ำหนักได้เล็กน้อย เวลาออกกำลังกายไม่เหน็ดเหนื่อย

2. ระดับปานกลาง ช่วยเพิ่มความฟิต จะรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย มีเหงื่อออกมากขึ้น ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ สามารถลดไขมัน น้ำตาล และลดน้ำหนักได้ เป็นชนิดที่ได้ประโยชน์ที่สุดเหมาะกับคนทั่วไปที่ต้องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3. ระดับหนัก ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของร่างกายในการออกกำลังกาย จะรู้สึกเหนื่อย พูดได้แค่เป็นคำๆ หายใจเร็ว มีการตั้งน้ำหนักกล้ามเนื้อมาก เหมาะกับนักกีฬาหรือบุคคลทั่วไปที่ต้องการเพิ่มความทนให้กับกล้ามเนื้อและการออกกำลังกาย

## การออกกำลังกายระดับเบา

เพื่อความแข็งแรงทั่วไปของร่างกายมีเป้าหมายที่จะเพิ่มการเผาผลาญแคลอรีส่วนเกินในร่างกาย เช่น ขยับน้ำหนัก, เดิน, ทำสวน, ใช้จักรยานแทนรถ, ทำความสะอาดบ้าน, การเดินอย่างช้า, การว่ายน้ำอย่างช้า, แบดมินตัน

ข้อดี ร่างกายจะแข็งแรงขึ้นเพิ่มความต้านทานโรคช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น เพิ่มความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉงให้ร่างกายเป็นพื้นฐานที่ดีของสุขภาพ

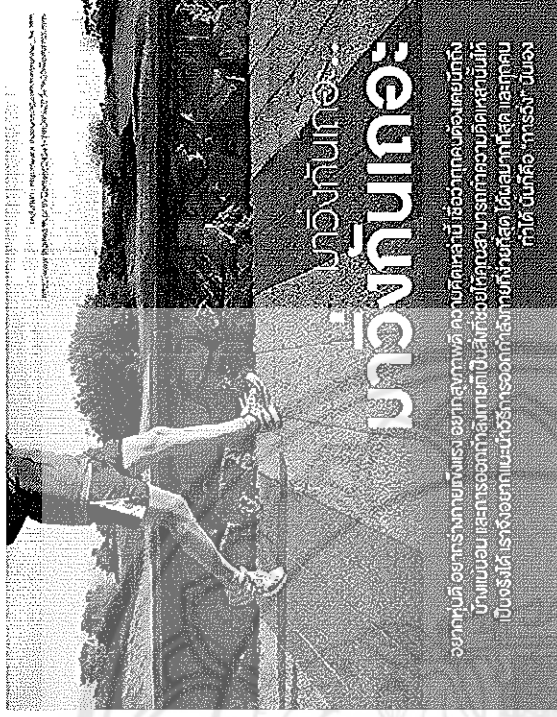
**ข้อเสีย** เป็นการออกกำลังกายที่น้อยเกินไปในการจะปรับปรุงรูปร่างไม่ค่อยช่วยในการลดไขมันส่วนเกินของร่างกาย ยกเว้น ร่วมกับการควบคุมอาหารเป็นพิเศษ



**การออกกำลังกายระดับปานกลาง**

เพื่อเพิ่มความแข็งแรงต่อหัวใจและกล้ามเนื้อ ได้ดีขึ้น ใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องประมาณ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น เดินเร็ว, วิ่ง, ว่ายน้ำอย่างต่อเนื่อง, เต้นแอโรบิค, กระโดดเชือก, การขุดพื้หรือล้างหน้าต่าง

**ข้อดี** ภูมิคุ้มกันโรคจะดีไม่ค่อยเป็นหวัด ไขมันในเลือดลดลง รูปร่างดีขึ้น สมบูรณ์ ไม่อ้วน ยกเว้นไม่ระวังอาหาร



**การออกกำลังกายระดับหนัก**

นอกจากการออกกำลังกายระดับปานกลางดังที่กล่าวแล้วต้องเพิ่มการเล่นเวท หรืออุปกรณ์น้ำหนัก เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ เพิ่มการเล่นโยคะเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อโดยออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่งแข่ง การวิ่งจ็อกกิ้ง, การว่ายน้ำน้ำแข็ง, การตีเทนนิสโดยใช้มือ

**ข้อดี** รูปร่างสมส่วน ไม่ผอมเพราะมีกล้ามเนื้อที่ดูสวยงาม น้ำหนักอาจไม่ลดลง แต่เป็นน้ำหนักของกล้ามเนื้อแทนน้ำหนักของไขมัน





### การออกกำลังกายที่เหมาะสม

การออกกำลังกายที่เหมาะสม อาจเป็นการออกกำลังกายอย่าง  
ได้อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- เดินไปมาในระยะ 1-2 กิโลเมตร หรือตามความเหมาะสมตาม  
สุขภาพของร่างกาย
- ว่ายน้ำ เล่นบิงปอง หรือสνούเกอร์

- ห้ามถึงหรือยกของหนักๆ หรือเล่นกีฬาที่ออกกำลังกายมากๆ

เช่น ดีเทนนิส หรือยกน้ำหนัก

- แกว่งแขนทั้งสองข้างเบาๆ ไปข้างๆ ข้างหน้า ข้าง หลัง และ  
แกว่งรอบตัวตามความเหมาะสม

- ต้องบริหารร่างกายทุกวัน โดยการวิ่งเบาๆ กระโดด เข้อก เล่น  
บิงปอง แบดมินตัน ว่ายน้ำหรือกีฬาเบาๆ ที่ชอบและถนัด

- การออกกำลังกายที่เหมาะสมต้อง ความถี่ อย่าง น้อย 3 วัน  
ต่อสัปดาห์ หรือวันเว้นวัน ทำต่อเนื่อง นาน 20 นาที ถึง 60 นาที ระดับ  
ความหนักที่เหมาะสม ให้เหนื่อยพอสมควร ยังพอพูดและคุย ได้ อย่าให้  
เหนื่อยมากจนพูดไม่ออก

- สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย หรือออกกำลังไม่สม่ำเสมอ  
ควรเริ่มต้นโดยการออกกำลังกายในระดับ เบา และค่อยๆ เพิ่มเวลาให้มากขึ้น  
เช่น

- สัปดาห์ที่ 1 วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 10 ถึง 15 นาที
- สัปดาห์ที่ 2 วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 15 ถึง 20 นาที
- สัปดาห์ที่ 3 วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 20 ถึง 25 นาที
- สัปดาห์ที่ 4 วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 25 ถึง 30 นาที

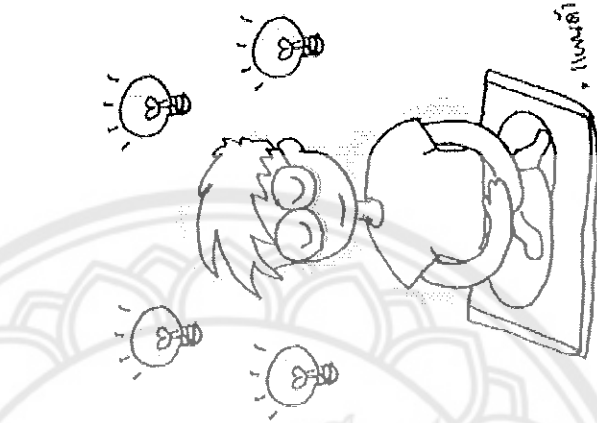
### ขั้นตอนการออกกำลังกาย

- เริ่มต้นด้วยการเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย
- เริ่มออกกำลังกายเบาๆ 5 -10 นาที
- เมื่อออกกำลังกายเบาๆ ครบ 5-10 นาที ให้ออก กำลังกายหนักที่เน้นรู้สึกเหนื่อยพอสมควร
- เมื่อออกกำลังกายต่อเนื่องครบตามเวลาที่ตั้ง เบ้าไว้ให้ออกกำลังเบา 5-10 นาที จึงหยุด ออกกำลังกายและยืดกล้ามเนื้ออีกครั้ง



### การลดภาวะเครียด

การจัดทำกับภาวะเครียด เช่น นั่งสมาธิ ฟังเพลง พูดคุย พักผ่อนหย่อนใจ หรือหางานอดิเรกทำ จะช่วยลด ความเครียด การลดภาวะเครียดซึ่งมีผลต่อการลดความดันโลหิตลง



## เลิกหรือลดดื่มสุรา

ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เกิน 1 ส่วนต่อวัน (ดื่มมากกว่านี้ส่งผลเพิ่มความดันโลหิต ถ้าดื่มบ่อยกว่านี้ช่วย ป้องกันโรคหัวใจได้)

สุรา 1 ส่วนประกอบด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้:

- เบียร์ 1 กระป๋อง
- ไวน์ 2 แก้ว
- เหล้า 45 ซีซี/1 เอน์ (แก้วใบเล็ก ๆ)



## หยุดการสูบบุหรี่

ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสียหายต่อความเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสียหายต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูงและไขมันในเลือดจะเสียหายต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป

### อันตรายของบุหรี่

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายทั้งผู้สูบบุหรี่ โดยตรงและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่มีดังนี้

1. โรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้หลายส่วน
2. โรคหัวใจ การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อหัวใจ คือ เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. โรคหลอดเลือด การสูบบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดตีบทำให้เกิดอันตราย คือ สมองขาดเลือด เส้นเลือดแดงบริเวณหัวใจตีบปลายนิ้วมือ

และนิ้วเท้าขาดเลือด ทำให้ กล้ามเนื้อนิ้วมือและนิ้วเท้าตาย จนอาจต้องตัดทิ้ง

4. โรคระบบทางเดินหายใจ สารพิษในบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดตีบ ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตราย คือ สมองขาดเลือด เส้นเลือดแดงบริเวณหัวใจตีบปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าขาดเลือด

5. โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และมีอาการกำเริบ ของระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลิ้นไก่ และตกเลือดในกระเพาะอาหาร

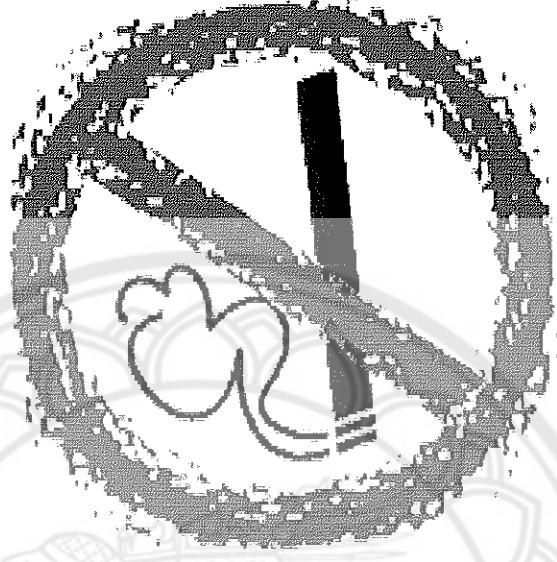
6. โรคเหงือกและฟัน สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะติดกับตัวฟัน เหงือกและเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันต่างๆ จนต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคเหงือกและโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ

7. ผลต่อการตั้งครรภ์ อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดและมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

## 8. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีผลให้สมรรถภาพทางเพศ

ลดลง

เลิกบุหรี่/สูรา ติดต่อคลินิกเลิกบุหรี่/สูรา รพ. ร้องกวางหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Thailand National Quitline) สายด่วน โทร.1600 เลิกสูรา โทร 1413



## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

#### แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นเครื่องมือวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้  
ประโยชน์จากการปฏิบัติกรรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วย จังหวัดแพร่

การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบ  
แบบสอบถามแต่ประการใด

3. แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 ข้อ

นางสาวภักคยานี ทนันทชัย

กลุ่มทดลอง     กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เลขที่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่อง ( ) หรือเขียนคำตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

A1

หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส  โสด

A3

สมรส

หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียน

A4

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญาตรี /ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน

A5

เกษตรกร

ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย

รับจ้าง

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ต่อเดือน ..... บาท

A6

7. น้ำหนัก..... กิโลกรัม

A7

8. ส่วนสูง..... เซนติเมตร

A8

9. รอบเอว..... เซนติเมตร

A9

10. ค่าดัชนีมวลกาย..... กก./เมตร<sup>2</sup>

A10

11. ระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

A11

## ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องตรงกับข้อความเชื่อหรือความรู้สึกของท่านโดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นตัดสินใจไม่ได้ ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
1. การรับประทานอาหารรสเค็มมีโอกาสทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้					
2. การมีภาวะเครียดนานๆ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
3. การออกกำลังกายช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
4. การกินยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ที่มีส่วนผสมยาสเตียรอยด์ เช่น ยาประดง ยาปือก ยาซูด เป็นประจำ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
5. เมื่อท่านสามารถจัดการกับ ความเครียดได้ดี จะช่วยให้ลดความ เสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง					
6. การมีพ่อแม่ หรือญาติป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผล ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง					
8. การสูบบุหรี่มีผลทำให้ระดับความดัน โลหิตเพิ่มขึ้น					
9. ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน เกณฑ์มาตรฐานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
10. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความ ดันโลหิตสูง					
1. โรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช่โรคที่ อันตราย					
2. โรคความดันโลหิตสูงมีส่วนทำให้เส้น เลือดในสมองแตก					



## ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบตัน					
4. การที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานานจะมีผลต่อการมองเห็น					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง					
5.โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีส่วนทำให้เกิดหัวใจวายได้					
6. การดื่มสุร่าไม่ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง					
7. โรคความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดไตวายเรื้อรัง					
8.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ จะมีโอกาสเส้นเลือดสมองแตก					
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรงปวดศีรษะ อาเจียน ต้องรีบไปพบแพทย์ทันทีเพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้					
10. ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจทำงานหนัก					

## ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม					
1. การทำจิตใจให้ผ่อนคลายช่วยลดระดับความดันโลหิตได้					
2. การงดอาหารรสเค็มไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้					
3. การงดเว้น บุหรี่ ช่วยลดระดับความดันโลหิตได้					
การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม					
4. การงดเว้น การดื่มสุรา ช่วยลดระดับความดันโลหิตได้					
5. การออกกำลังกายช่วยลดระดับความดันโลหิตได้					
การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม					
1. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำได้ยากเนื่องจากท่านต้องทำงานจนถึงเย็นจึงซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมารับประทาน					

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารประเภทหวานมันเค็มได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวประกอบอาหารให้รับประทาน					
3. ท่านไม่สามารถออกกำลังกาย เนื่องจากต้องการเวลาในการพักผ่อนจากการทำงานหนักทั้งวัน					
4. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้เนื่องจากมีการพบปะสังสรรค์บ่อยครั้ง					
5. ท่านมักสัมผัสกับควันบุหรี่จากงานอื่น เริงหรือในครอบครัว ชุมชน					

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องตรงกับพฤติกรรมของตนเองให้มากที่สุดโดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น 1-2 วันใน 1 เดือน

หรือไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้น

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	เคย/ไม่เคย
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>					
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทุกมื้อ					
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น เป็นต้น					
3. ท่านรับประทานอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ต้มข่าไก่ ก๋วยเตี๋ยวชี่					
4. ท่านดื่มชา กาแฟ					
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น เอ็มร้อย ลิโพ กระทิงแดง เป็นต้น					
6. ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ เช่น ผักกาด ผักบุ้ง แตงกวา พักทอง					
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
1. ท่านออกกำลังกาย					
2. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกาย ครั้งละ 30 – 60 นาที					
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
3. ท่านทำงานออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย					
4. ขณะออกกำลังกาย มีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก จะหยุดออกกำลังกาย					

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	เคย/ ไม่เคย
5. หลังจากทำงานท่านใช้เวลาการนอนมากกว่าการออกกำลังกาย					
6. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีหนึ่ง เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำสวน ทำนา ซี่จักรยาน แกว่งเขน เดินเร็ว					
ด้านการจัดการความเครียด					
1. เมื่อท่านรู้สึกเครียดจะผ่อนคลายความเครียด โดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น					
2. ท่านจะปรึกษาสมาชิกในครอบครัวเมื่อรู้สึกเครียดหรือมีปัญหาที่ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก					
3. เมื่อท่านมีเวลาว่างจะหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การฟังเพลง การไปทำบุญที่วัด					
4. เมื่อท่านเกิดปัญหาจะคิดหาวิธีต่างๆที่จะแก้ปัญหาให้ได้					
5. เมื่อมีความเครียดท่านจะมีกิจกรรมสันทนาการกับกลุ่มของตนเอง เพื่อนเก่าเพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ					
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง					
1. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในงานรื่นเริง					
2. ท่านสูบบุหรี่					



2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

เป้าหมายสัปดาห์ที่ 1.....

วันเดือนปี	มือเช้า	อาหารว่าง (เบรคเช้า)	การรับประทานอาหารเช้า	อาหารว่าง (เบรคบ่าย)	มือเย็น
วันที่.....	การรับประทานอาหารเช้า <input type="checkbox"/> ทำเอง <input type="checkbox"/> ซื้อสำเร็จรูป 1. ข้าว.....ทัพพี 2. อาหาร ได้แก่ (ระบุ)..... ..... 3. ผลไม้ <input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> ไม่กิน	<input type="checkbox"/> กิน ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่กิน	การรับประทานอาหารเช้า <input type="checkbox"/> ทำเอง <input type="checkbox"/> ซื้อสำเร็จรูป 1. ข้าว.....ทัพพี 2. อาหาร ได้แก่ (ระบุ)..... ..... 3. ผลไม้ <input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> ไม่กิน	<input type="checkbox"/> กิน ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่กิน	การรับประทานอาหารเช้า <input type="checkbox"/> ทำเอง <input type="checkbox"/> ซื้อสำเร็จรูป 1. ข้าว.....ทัพพี 2. อาหาร ได้แก่ (ระบุ)..... ..... 3. ผลไม้ <input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> ไม่กิน
	ระยะเวลา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> < 30 นาที <input type="checkbox"/> 30 นาทีขึ้นไป	ระดับเบา ระดับปานกลาง (ระยะเวลา 30-60 นาที) ระดับหนัก	การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สัปดาห์ที่มีความตื่นตัว <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดบ้าน <input type="checkbox"/> การทำกายบริหาร <input type="checkbox"/> เดินอย่างเร็ว <input type="checkbox"/> สัปดาห์งาน 8-15 กม. <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำอย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ฝึกนั่งสมาธิหรือจ็อกกิ้ง <input type="checkbox"/> สัปดาห์เห็นเขาหรือมวกกว่า 15กม.	<input type="checkbox"/> เดินอย่างช้า <input type="checkbox"/> นั่งรถ <input type="checkbox"/> ทำสวน <input type="checkbox"/> กระโดดเชือก <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ <input type="checkbox"/> ขี่จักรยาน <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำแรง <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำโดยใช้มือ	<input type="checkbox"/> เบนตมีตัน <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำอย่างช้า <input type="checkbox"/> ขี่ตีมหรือล่องหนั่งต่าง <input type="checkbox"/> ดัดหน้าโดยใช้เครื่อง <input type="checkbox"/> การออกกำลังกายในฟิตเนส
		อื่นๆ (ระบุ).....			

สิ่งที่ให้รางวัลตนเองเมื่อทำสำเร็จ.....

## ภาคผนวก จ ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ

## ตาราง 23 แสดงรายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	คุณวุฒิการศึกษา	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	- Post-doc. (Chronic disease, DM), Department of Health Behavior, School of Global Public Health, University of North Carolina, USA. 2557-2558 - ป.ด. (ประชากรศึกษา), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550 - วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541 - ป.พส., วิทยาลัยพยาบาลสุวรรณ ประชารักษ์, 2525	อาจารย์ประจำคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2	ดร.สุพัฒนา คำสอน	- Ph.D. (Nursing), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548 - วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535 - วท.บ. (การพยาบาล), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2519	อาจารย์ประจำคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3	ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์	- Ph.D. (Medical Science), Tokyo Medical and Dental University, Japan, 2555 - วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547 - วท.บ. (เคมี), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544	อาจารย์ประจำคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



## ตาราง 23 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	คุณวุฒิการศึกษา	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
4	ดร.พัฒน์วดี พัฒนถาบุตร	- Ph.D. (Public Health), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556 - ส.ม. (การพัฒนาระบบสุขภาพ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549 - ศศ.ม. (ระบรูศาสตร์), มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2542 - วท.บ. (เวชนิทัศน์), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538	อาจารย์ประจำคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5	ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ	- ส.ด. (สาธารณสุข), มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2557 - วท.ม. (การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม), มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2548 - ส.บ. (สาธารณสุข), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2542	อาจารย์ประจำคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร