

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษา
เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษา
เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

น.ต.หญิง ศรีนภัส เนตรนรงค์พร

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
D.N.Sc.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์
พย.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์
พย.ด.
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษา
เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

วันที่ 21 พฤษภาคม 2551

.....
น.ต.หญิง ศรีนภัสร์ เนตรนรงค์พร

ผู้วิจัย

.....

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ นิธิโรจน์

พย.ด.

.....

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ส.ด.

D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิ

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

.....

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์

ส.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิ

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงที่ได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบและให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องตลอดจนเอาใจใส่ดูแลอย่างดียิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จบรรลุตามจุดหมายทุกประการ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ นิชโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกองทัพอากาศ และกองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชที่ช่วยสนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ บิดา สามี ตลอดจนถึงลูกๆ และเพื่อนๆผู้ร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ศรินภัทร์ เนตรณรงค์พร

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (A SURVEY OF EXPERIMENTAL AND EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN THAILAND)

ศรินภัทร์ เนตรณรงค์พร 4736736 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc., อรสา พันธักดิ์, พย.ด.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2523 จนถึง พ.ศ.2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย และ บรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยซึ่งจำแนกตามประเภทการจัดกระทำ ผลการสำรวจในด้านลักษณะทางการกายภาพของงานวิจัย และ ผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีทั้งหมด 77 เรื่อง งานวิจัยเรื่องแรกเป็นงานวิจัยเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทปรากฏในปี 2523 ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นแบบทดลองจำนวน 7 เรื่อง และแบบกึ่งทดลองจำนวน 70 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงมากที่สุด ตัวแปรหลักที่ใช้ในการประเมินคือ ภาวะควบคุมโรค และพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองมากที่สุด และส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติอ้างอิงที่ใช้มากที่สุดคือ t-test

ผลการวิจัยในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีการใช้การจัดกระทำในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 แบบ ซึ่งผลการทดลองส่วนใหญ่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับภาวะควบคุมโรค เช่น ความดันโลหิต ยังไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงเด่นชัดมากนักในงานวิจัยซึ่งอาจจะเนื่องมาจากมีระยะเวลาจำกัดในการติดตามการทดลอง

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้พบว่า งานวิจัยที่รวบรวมได้ยังมีจำนวนน้อยอยู่และขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการจัดกระทำแต่ละแบบ จึงควรสนับสนุนให้มีการทำวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: การสำรวจงานวิจัย / ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง / วิจัยทางการแพทย์

280 หน้า

A SURVEY OF EXPERIMENTAL AND QUASI-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN THAILAND

SARINPAS NETNARONGPORN 4736736 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORS: WANTANA MANEESRIWONGKUL, D.N.Sc.,
ORASA PANPAKDEE, D.N.S.

ABSTRACT

This study was a survey of experimental and quasi-experimental nursing research conducted of hypertensive patients in Thailand. The survey covers patients treated from 1980 – 2005, as 1980 was the first year that official records were kept concerning hypertension. The objectives of this survey were to provide a summary of the characteristics of the nursing research related to hypertensive patients; and to summarize the results based on the categories of intervention strategy. Between 1980 and 2005, a total of 77 experimental and quasi-experiment nursing studies of hypertensive patients in Thailand were identified. The first research on this matter was conducted as a part of a master's thesis completed in 1980. There were 7 experimental research projects and 70 quasi-experimental studies. Most of these studies were conducted among hypertensive patients at hypertensive clinics using purposive sampling. The most frequently used variables in assessing the interventions included disease control conditions and health behaviors. Most of these studies provided a conceptual framework. For the most part, data were collected using instruments developed by the researchers themselves. Almost all data analysis involved quantitative analysis using t-test statistics. From this survey, six categories of intervention strategy were identified. Most of these studies reported that they were significant in changing patients' health behaviors. However, the variables on disease control conditions, such as blood pressure, were not significant. This might be due to limited follow-up period. According to this survey, there were very few studies on this matter and the enhancement of the effectiveness of each intervention strategy was still limited. Therefore, research grants should be regularly provided to support nursing research among hypertensive patients, so that this knowledge can be applied in nursing practice to ensure at good control of patients' blood pressure.

KEY WORDS: SURVEY/ NURSING RESEACH / HYPERTENSIVE PATIENTS

280 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฐ
บทที่ 1	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามตัวแปร	4
กรอบแนวคิด	6
บทที่ 2	
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
สถานการณ์และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง	8
พยาธิสภาพ และการรักษาของโรคความดันโลหิตสูง	10
แนวคิดการจัดกระทำ	19
บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	22
วิวัฒนาการ และการรวบรวมผลการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาล	23
บทที่ 3	
วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	ผลการวิจัย	
	ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย	36
	ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย	63
บทที่ 5	การอภิปรายผล	172
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	190
	ข้อเสนอแนะของการวิจัย	191
	ข้อจำกัดของการวิจัย	192
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		193
บทสรุปสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		214
รายการอ้างอิง		236
ภาคผนวก		251
ประวัติผู้วิจัย		280

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1-1. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทของงานวิจัย	37
1-2. จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย และปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย	37
1-3. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และสถาบันผลิตงานวิจัย	38
1-4. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามวารสารที่มีการตีพิมพ์งานวิจัย	39
1-5. จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัยและทุนสนับสนุน	40
1-6. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามเนื้อหาการวิจัย	40
1-7. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามกรอบแนวคิดในงานวิจัย	41
1-8. จำนวนของงานวิจัยแบบทดลอง จำแนกตามรูปแบบวิจัย	42
1-9. จำนวนของงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำแนกตามรูปแบบวิจัย	42-43
1-10. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามตัวแปรอิสระของงานวิจัย	44
1-11. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามตัวแปรตามของงานวิจัย	45
1-12. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	46
1-13. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการใช้กลุ่มทดลองในงานวิจัย	47
1-14. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการใช้ post test ในงานวิจัย	48
1-15. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชนิดของโรคความดันโลหิตสูง	48
1-16. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถานะของโรคความดันโลหิตสูง	49
1-17. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย	50
1-18. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามอายุของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย	51
1-19. จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย	51
1-20. จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และแหล่ง ของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย	52
1-21. จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย และจำนวนครั้ง ของการจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
1-22	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกระทำ	53
1-23	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และระยะห่างของการจัดกระทำ	54
1-24	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย และจำนวนสื่อที่ใช้ในการจัดกระทำในงานวิจัย	55
1-25	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้ให้การจัดกระทำในงานวิจัย	55
1-26	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้รับการจัดกระทำในงานวิจัย	56
1-27	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย	57
1-28	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย	58
1-29	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย	59
1-30	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และการเตรียมการตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย	59
1-31	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย	60
1-32	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และ สถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย	61
1-33	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และ สถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย	62
2-1	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
2-2	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม	71
2-3	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา	74
2-4	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา	76
2-5	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้/สุศึกษา	84
2-6	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้/สุศึกษา	87
2-7	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบระบบบริการ	97
2-8	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบระบบบริการ	98
2-9	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการฝึกพฤติกรรม	102
2-10	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมการฝึกพฤติกรรม	106
2-11	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการสร้างพลัง	109
2-12	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการสร้างพลัง	111
2-13	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการสนับสนุนทางสังคม	115
2-14	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการตั้งเป้าหมาย	117

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
2-15	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม	119
2-16	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม	122
2-17	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม	129
2-18	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรม	132
2-19	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง	137
2-20	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง	140
2-21	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการตั้งเป้าหมาย	145
2-22	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง	150
2-23	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง	153
2-24	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง	155

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
2-25	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม	157
2-26	แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม	159
2-27	แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง	161
2-28	แสดงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง	162
3	แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผลของการจัดกระทำ จำแนกตามประเภทของการจัดกระทำ และตัวชี้วัด	167
4	แสดงจำนวนและผลการวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำแนก ตามชนิดของ การจัดกระทำ	168-169
5	แสดงจำนวนประสิทธิผลของสมมติฐานที่ใช้เปรียบเทียบ ภาวะควบคุมโรค	170-171
6	แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผลของการจัดกระทำ แบบผสมผสาน แยกตามจำนวนแบบของการผสมผสานและตัวชี้วัด	252

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1.	กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย	7
2.	แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ	186
3.	แสดงปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	187



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จัดเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นปัญหาสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นปัญหามากในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังจะเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ในปี ค.ศ.1990 โรคที่อยู่ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จัดเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 3 จากสาเหตุการตายทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2010 โรคในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือดจะขึ้นเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสาเหตุการตายทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา(WHO, 1996) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการพัฒนาจากการเป็นประเทศเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม ประชากรไทยเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตตามประเทศที่พัฒนาแล้วทำให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น และมีการออกกำลังกายน้อยลง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงส่งผลให้โรคความดันโลหิตกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในปัจจุบัน

จากการสำรวจในปี 2540 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 158 คนต่อประชากรแสนคน (อ้างใน ชิติมาส หอมเทศ และ นงนุช เพ็ชรร่วง, 2544) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในปี 2541 มีอัตราการตาย จากประมาณ 9.57 ต่อประชากรแสนคนเป็น 15.37, 18.84, 26.15 และ 26.72 ในปี 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2545) จะเห็นได้ว่าอัตราการตายที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศในลำดับต้นๆ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2532) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใด ขึ้นกับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าความดันโลหิตมีขนาดสูงมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วและผู้ป่วยอาจตายได้ภายในระยะเวลาไม่กี่ปี โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ก็จะเกิดผลกระทบในหลายๆด้าน เช่นเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวไว้แล้ว

ข้างต้น ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่าย และเวลามากขึ้นในกรณีที่ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว การดูแลรักษาพยาบาลที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และช่วยลดอัตราการตายได้ดียิ่งขึ้น

เนื่องจากความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ และที่ผ่านมามีผู้ผลิตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตเป็นจำนวนมาก ในขณะที่การวิจัยถือเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่จะช่วยให้แก้ปัญหาต่างๆ การนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ การทำการสำรวจการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย โดยเฉพาะการรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และกึ่งทดลอง ที่ทดสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้

แม้จะมีการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ. 2524-2541 โดย วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ซึ่ง พบว่างานวิจัยทั้งหมดมีจำนวน 66 ชื่อเรื่อง ในจำนวนนี้เป็นงานวิจัยที่เป็นการทดลองจำนวน 25 ชื่อเรื่อง แต่ระยะเวลา 7 ปีต่อมา คือ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 ถึงพ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง การพัฒนาความก้าวหน้าทางการแพทย์ และทางการแพทย์ ตลอดจนการจัดระบบสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์ของประเทศไทย โดยคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์ของสภาการพยาบาลได้จัดลำดับความสำคัญของการดูแลตนเองและการจัดการตนเองในการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ในลำดับที่ 2 ของหัวข้อสุขภาพและความเจ็บป่วย โรคความดันโลหิตสูงก็ถูกจัดอยู่ในประเด็นหลักการวิจัยทางการแพทย์ในหัวข้อกลุ่มโรคและความเจ็บป่วยด้วยเช่นกัน (สภาการพยาบาล, 2544)

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เครื่องข่ายระบบสารสนเทศที่ก้าวหน้าอย่างมากในปัจจุบันจะช่วยให้มีการสืบค้นงานวิจัยต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมและสะดวกมากขึ้น และเนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสนใจที่จะรวบรวมผลการศึกษาวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่พิมพ์ลงในวารสารต่างๆ เพิ่มเติมจากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองของบัณฑิตา คำโสม (2550) เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการสำรวจงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยว่ามีลักษณะอย่างไร และสรุปความรู้ที่ได้จากการวิจัยทางการแพทย์

พยาบาลแบบทดลอง และกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติที่จะนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนสรุปข้อเสนอแนะทิศทางการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ต่อไปในอนาคต ซึ่งจะช่วยลดการทำวิจัยซ้ำซ้อนและลดการเสียเวลารวมทั้งค่าใช้จ่าย

ปัญหาวิจัย

1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ผลการวิจัยทางการพยาบาลทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีอะไรบ้าง และผลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายสรุปลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย
2. เพื่อบรรยายสรุปผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจำแนกตามประเภทการจัดกระทำในการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ งานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2548 โดยข้อมูลทั้งหมดได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐต่างๆ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฯลฯ และ ฐานข้อมูล Thai Index Medicus

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ภาพรวมสถานการณ์ของการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และถึงทดลองเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางในการนำผลการวิจัยที่ได้จากการสำรวจไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป ซึ่งจะช่วยลดการเสียเวลาและค่าใช้จ่ายจากการทำวิจัยซ้ำซ้อน

นิยามศัพท์

การวิจัยทางการแพทย์ หมายถึง การศึกษาค้นคว้า เพื่อหาข้อเท็จจริงหรือหาความรู้ใหม่ทางการแพทย์ และเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

การวิจัยแบบทดลอง หมายถึง เป็นกระบวนการศึกษาที่ผู้วิจัยได้มีการจัดกระทำ แล้วดูผลที่เกิดขึ้นกับตัวแปรตาม โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้มีการจัดกระทำมีการควบคุมตัวแปรภายนอกที่มาเกี่ยวข้องอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อให้ผล ที่ได้จากการทดลองเป็นผลจากตัวแปรอิสระที่ได้จัดกระทำอย่างแท้จริง และมีการสุ่มในทุกขั้นตอนเท่าที่สามารถทำได้ ทำให้การสรุปผลการวิจัยถูกต้องปราศจากความลำเอียง

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง หมายถึง เป็นวิจัยที่มีแบบแผนและจุดมุ่งหมายคล้ายคลึงกับการวิจัยแบบทดลอง แต่มีลักษณะสำคัญที่แตกต่าง ไปเล็กน้อยคือ มีการจัดกระทำ แต่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้อย่างสมบูรณ์ และ/หรือการสุ่มไม่ได้ครบทุกขั้นตอน

ลักษณะทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทั่วไปในงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ผู้วิจัย หมายถึง นักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ หรือบุคคล/กลุ่มคนซึ่งมีรายชื่อระบุในส่วนของผู้ร่วมกันทำการวิจัย

ประเภทของงานวิจัย หมายถึง ประเภทของผลงานวิจัยทางการแพทย์ แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ที่มีลักษณะของการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นวิทยานิพนธ์

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย หมายถึง ปีพุทธศักราชที่วิทยานิพนธ์มหับัณฑิตหรือคุุณบัณฑิตที่เป็นงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ที่เสร็จสมบูรณ์ และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือปี พุทธศักราชที่ระบุไว้ในวารสารทางการแพทย์ ทาง การแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีผลงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองลงตีพิมพ์

แหล่งผลิตงานวิจัย หมายถึง สถาบันที่อนุมัติหรือรับรองวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตหรือ
ดุษฎีบัณฑิต หรือหน่วยงานต้นสังกัดที่หัวหน้าโครงการสังกัดอยู่ขณะทำการวิจัยและระบุไว้ใน
บทความรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารนั้น

การเผยแพร่ผลงานวิจัย หมายถึง การเผยแพร่งานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และ
แบบกึ่งทดลอง โดยมีการตีพิมพ์ในวารสารทางการพยาบาล ทางการแพทย์และสาธารณสุขใน
ประเทศไทย ที่ปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษา
ระดับมหาบัณฑิต และ/หรือดุษฎีบัณฑิตในประเทศไทย รวมทั้งห้องสมุดของกระทรวงสาธารณสุข
และหอสมุดแห่งชาติ

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย หมายถึง หน่วยงานที่สนับสนุนให้ทุนทั้งหมด หรือทุน
บางส่วน ในการทำวิจัยเรื่องนั้น แบ่งเป็นแหล่งทุนวิจัยภายในประเทศและทุนวิจัยต่างประเทศ

ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่พบ หมายถึง ตัวแปรลักษณะประชากร แนวคิดหรือสิ่งที่
ผู้วิจัยศึกษา ที่ปรากฏในวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

○ **ประชากร** หมายถึง กลุ่มหรือทุกหน่วย ทั้งหมดของสิ่งที่ต้องการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง บางส่วนของประชากรที่ถูกสุ่มมาศึกษาแทนประชากรทั้งหมด

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการสุ่มหรือเลือกบางหน่วยของประชากรมา
ศึกษาโดยใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่สนใจจะศึกษา แบ่งเป็น

1. การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น ได้แก่ การสุ่มอย่างง่าย การสุ่มอย่างมีระบบ การ
สุ่มแบบแยกชั้น การสุ่มแบบแยกกลุ่ม และการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
2. การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ได้แก่ การเลือกแบบบังเอิญ การเลือกแบบ
โควตาการเลือกแบบเจาะจง และการเลือกแบบตามความสะดวก

การจัดกระทำ ในการทดลอง หมายถึง การที่ผู้วิจัยจัดกระทำและควบคุม ให้มี
สภาพการณ์ตามลักษณะของตัวแปรสาเหตุ ที่ผู้วิจัยสนใจ เช่นในการทดลองเปรียบเทียบ วิธีการ
สอน 2 วิธี คือมีแผนการสอน และ การทำกลุ่มอภิปราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หมายถึง สิ่งที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ต้องการจากประชากร
หรือกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเรื่องนั้นๆ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เช่นแบบบันทึก แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบ
สัมภาษณ์ และแบบทดสอบ
2. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง การประเมินว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยพิจารณาจากความเที่ยงและความตรง ความยาก และอำนาจจำแนก หรือวิธีอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการจัดกระทำข้อมูล เพื่อสรุปข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถตีความ และแปลความหมายได้ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติภาคบรรยาย (Descriptive statistics) หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ ดังต่อไปนี้ การแจกแจง การจัดอันดับ ร้อยละ สัดส่วน มาตราส่วน การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง การวัดการกระจาย และคะแนนมาตรฐาน

1.2 สถิติภาคสรุปอ้างอิง (Inferential statistics) หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ ดังต่อไปนี้ การทดสอบค่าซี การทดสอบค่าที การทดสอบค่าไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์

ผลการวิจัย หมายถึง ผลการศึกษาที่ตอบคำถาม วัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of the study)

การที่จะนำงานวิจัยต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และสามารถนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติได้นั้นจะต้องมีการรวบรวม และจัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ โดยเริ่มจากการสืบค้นงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองทั้งหมดที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แล้วนำมาจัดจำแนกเป็นกลุ่มตามลักษณะวิธีการจัดกระทำ จากนั้นมีการสรุปผลการวิจัยจำแนกตามกลุ่มลักษณะวิธีการจัดกระทำ เพื่อให้สามารถสรุปผลงานวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติจริงได้ และได้ทราบสภาพการณ์ของการวิจัยมีความครอบคลุมประเด็นต่างๆอย่างไร ซึ่งข้อค้นพบนี้จะเป็นแนวทางชี้แนะให้เกิดการทำงานวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่มีคำตอบชัดเจน และทำงานวิจัยในประเด็นสำคัญที่ยังไม่มีผู้ทำวิจัยมาก่อน ดังที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1.



แผนภูมิที่ 1. กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ที่เป็นแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปีพ.ศ. 2548 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 สถานการณ์และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 พยาธิสภาพ และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 แนวคิดการจัดกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ควบคุมภาวะโรคได้
 - 1.4 บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. วิวัฒนาการของงานวิจัย และการรวบรวมผลการวิจัยทางการแพทย์ งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. สถานการณ์และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีพ.ศ. 2548 ประชาชนไทยมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 500,000 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 และจาก 10 อันดับแรกของภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงเรื่องความดันโลหิตสูงถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 4 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 ถึง 2544 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 216.60, 259.02 และ 287.49 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และจากรายงานกลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) พบว่า มีอัตราตายของผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2541 ถึง 2545 เป็น 9.57, 15.37, 18.84, 26.15 และ 26.72 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในหลายๆด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และสังคม

ทางด้านคุณภาพชีวิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาจะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ถ้าความดันโลหิตสูงมากๆ อาจเกิดการอ่อนแรง

ของกล้ามเนื้อแขนขาได้ และอาจมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้ในเพศชาย และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันต่วงที่อาจเสียชีวิตได้ หรือผู้ป่วยอาจพิการจากภาวะสมองขาดเลือดได้ ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป้าหมายที่เห็นชัดคือการที่ลดความดันโลหิตลงสู่ระดับปกติ และควบคุมให้คงระดับปกติตลอดไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย สมศักดิ์ศรี และมีความสุข การบรรลุเป้าหมายนั้นต้องได้รับความร่วมมือระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติในครอบครัว (เกษม วัฒนชัย, 2532) แต่ความร่วมมือในการรักษานั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ยาที่ใช้ในการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยา แล้วเกิดอาการไม่สุขสบายกระทบความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ทนรับประทานยาต่อไปไม่ได้ ผู้ป่วยก็อาจจะถูกประเมินว่าไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธรัณย์, 2542)

ทางด้านสังคม จากรายงานเกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 33 เสียชีวิต และเสียชีวิตในเพศชาย ส่วนผู้ป่วยชาย ร้อยละ 50 รอดชีวิตแต่พิการ และผู้ป่วยในเพศหญิงรอดชีวิตแต่พิการ ร้อยละ 65 (คณะทำงานพัฒนาดัชนีภาวะโรค และปัจจัยเสี่ยง, 2542) จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือด แล้วรอดชีวิตจะมีความพิการที่ค่อนข้างสูง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเหมือนเดิม ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางสังคมได้ และบางครั้งต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

ทางด้านเศรษฐกิจ จากภาวะของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา หรือไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง เลือดออกในสมอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานก็ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ด้วยเช่นกัน อาจทำให้ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจได้ จากการศึกษาของจอห์นสัน และคณะ (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธรัณย์, 2542) ที่ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ในด้านรายได้ การหยุดงาน ความสามารถทางร่างกาย และความผาสุกทางจิตใจ ในผู้ชายชาวแคนาดาที่ทำงานในโรงงานเหล็กกล้าจำนวน 230 คน โดยเปรียบเทียบกับคนทำงานที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง การศึกษาติดตามผลในระยะเวลา 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีรายได้เพิ่มขึ้นในแต่ละปีน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง และผลกระทบเรื่องความผาสุกด้านจิตใจ พบว่าคนที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงมีความผาสุกด้านจิตใจน้อยกว่าคนที่ความดันโลหิตปกติหรือคนที่ไม่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง

จะเห็นได้ว่าการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2. พยาธิสภาพ และการรักษาของโรคความดันโลหิตสูง

ในภาวะปกติร่างกายมีกลไกการปรับความดันโลหิตให้มีค่าอยู่ในระดับปกติ และคงที่อยู่เสมอถ้าปัจจัยชนิดใดชนิดหนึ่งเปลี่ยนไป ปัจจัยชนิดอื่นๆจะร่วมกันปรับตัว เพื่อรักษาให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตปกติและคงที่ องค์ประกอบหลายประการที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้แก่

ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) ซึ่งได้แก่ปฏิกิริยารีเฟล็กซ์ โดยรีเฟล็กซ์ที่มีบทบาทสำคัญ ในการควบคุมความดันโลหิตคือ baroreceptor reflex, chemoreceptor reflex, central nervous system และ ischemic mechanism ส่วนที่สำคัญที่สุดในการควบคุมความดันโลหิตคือ baroreceptor reflex ซึ่งเป็นรีเฟล็กซ์ที่มีหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิตโดยเฉพาะ โดยอาศัย baroreceptor cells เมื่อมีระดับความดันโลหิตในร่างกายเปลี่ยนแปลง ทำให้ความถี่ของสัญญาณคลื่นประสาทจาก baroreceptor cells เหล่านี้ส่งไปยังศูนย์ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดและหัวใจในสมองเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งมีผลต่อการทำงานของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ

การปรับโดยฮอร์โมน (hormonal regulation) ซึ่งได้แก่ ฮอร์โมน norepinephrine และ epinephrine มีผลต่อระบบไหลเวียนเช่นเดียวกับการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ คือทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น หลอดเลือดส่วนใหญ่ในร่างกายหดตัวทั้งหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำ ฮอร์โมน vasopressin ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มความดันภายในหลอดเลือด และเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไต จึงทำให้ปริมาตรภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

การควบคุมโดยผ่านระบบฮอร์โมนเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Rennin - Angiotensin pressor system) ซึ่งจะถูกระตุ้นเมื่อมีระดับความดันโลหิตลดลง โดยทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวและยับยั้งการขับออกของเกลือและน้ำที่ไต

กลไกทางหลอดเลือดฝอย (Capillary fluid shift) เกิดโดยเมื่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง มีผลต่อค่า hydrostatic pressure ของหลอดเลือดฝอย ถ้าค่าความดันโลหิตสูงจะทำให้มีการกรองน้ำ

ออกนอกหลอดเลือดมากขึ้น กลไกนี้มีประโยชน์ช่วยปรับความดันโลหิตโดยการควบคุมปริมาตรของเลือด

กลไกทางไต (renal body fluid mechanism) เป็นกลไกที่ต้องใช้เวลานาน ทำให้โดยอาศัยบทบาทการทำงานของระบบฮอร์โมนเรนิน-แองจิโอเทนซิน ทำให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลับของโซเดียมและน้ำ คือ aldosterone และโดยการออกฤทธิ์ของ vasopressin ทำให้มีการดูดกลับของน้ำ ที่หลอดเลือดฝอยของไตเพิ่มขึ้น (อ้างใน พิกุล บุญช่วง, 2539)

ความดันโลหิตสูง คือ การที่วัดความดันโลหิตได้สูงคงที่กว่าระดับปกติสำหรับผู้ใหญ่ คือ 140/90 มม.ปรอท อย่างน้อย 3 ครั้ง นอกจากวัดได้สูงมากตั้งแต่ครั้งแรก (นิภาจัญjewส์, 2540) หรือเป็นภาวะที่ความดันโลหิตสูงกว่าปกติในขณะที่พัก และสูงคงอยู่ตลอดเวลาโดยใช้ระดับของความดันโลหิตตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 160/95 มิลลิเมตรปรอท (พิกุล บุญช่วง, 2539) และการวินิจฉัยโรคแน่นอนและให้การรักษาต่อเมื่อวัดความดันโลหิตได้ค่าสูงกว่าปกติเป็นจำนวน 3 ครั้งในวาระที่แตกต่างกัน อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยการวัดแต่ละครั้งควรให้ผู้ป่วยได้พัก 5-10 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต (สาลิกา เมธนาวัน และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2538) จะเห็นได้ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะต้องมีการวัดความดัน อย่างน้อย 3 ครั้งนั้น จะต้องมียกระดับความดันสูงกว่าปกติ ซึ่งจะเป็นความดันโลหิตสูงและอยู่ในระดับใดนั้น ควรใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงจากการประชุมของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension (JNC VII) ซึ่งแบ่งระดับความดันโลหิตในผู้ใหญ่ ไว้ดังนี้

Blood pressure	SBP	DBP
Classification	mmHg	mmHg
Normal	<120	and<80
Prehypertension	120-139	or 80-89
Stage 1 hypertension	140-159	or 90-99
Stage 2 hypertension	>160	or>100

โรคความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณ 5-10% ของคนทั่วไป ส่วนมากจะเริ่มเป็นในคนที่มียู่มากกว่า 30 ปีขึ้นไป โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนน้อยที่อาจเป็นในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งมักจะมีภาวะผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย (สุรเกียรติ์ อาษานภาพ, 2532)

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ตามสาเหตุ ได้ 2 ชนิดคือ

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension)

พบได้ร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบตัว วัณโรคของไต และเนื้องอกของไต โรคผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น คอปกอกเป็นพิษ โรคคุชชิง เนื้องอกของต่อมหมวกไต และเบ้าหวาน ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไช้ ซีด หลังออกกำลังกายใหม่ๆ อารมณ์เครียด ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตอรอยด์ แอดรีนาลีน และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาที่ต้นเหตุแล้วความดันโลหิตสูงก็หายไปด้วย

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension)

พบได้มากถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO 1978: 17-20; 1983: 12-19) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีผลการศึกษาที่เกี่ยวกับแต่ละปัจจัยดังนี้คือ

ปัจจัยทางพันธุกรรม

พบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก

ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก อาหารและเครื่องดื่มที่รับประทานในแต่ละวัน การออกกำลังกาย และการเผชิญความเครียด

1. น้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา ที่มีความใกล้ชิดกับความดันโลหิต จากการศึกษาระยะยาวพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจะลดลงเช่นกัน อย่างไรก็ตาม นักวิชาการหลายท่านที่ให้ข้อคิดเห็นว่า ความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และพันธุกรรมด้วย

2. ปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกลือโซเดียมกับความดันโลหิตได้รับความสนใจมานาน และเป็นที่ยอมรับกันว่าการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากเกลือโซเดียมคือน้ำได้มาก ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงบวมเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดนั้น การจำกัดเกลือโซเดียมเป็นการรักษาขั้นแรก ที่ควรเลือกสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 90-105 มม.ปรอท ควรมีการจำกัดเกลือโซเดียมก่อนที่จะใช้ยา

3. ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ

การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูงระดับอ่อนยังได้รับความสนใจไม่มากนัก แต่การดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะมีผลให้ความดันโลหิตทั้งตัวบน และตัวล่างสูงขึ้น และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. การออกกำลังกาย

○ การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนของเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน กล่าวว่าการออกกำลังกายทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

5. อิทธิพลทางสังคมและจิตวิทยา

การเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะ “ภาวะเครียด” นับได้ว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดที่พบได้บ่อย คือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับบาดเจ็บ การได้รับสารพิษ และการเจ็บป่วย ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลีน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราการเต้นของหัวใจ

การประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2444: 208-209) คือ ตรวจปัสสาวะ fasting plasma glucose, serum potassium, serum creatinine, total cholesterol และ EKG เพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาปัจจัย 2 ประการดังต่อไปนี้ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ (major cardiovascular risk factors) ได้แก่

- การสูบบุหรี่
 - อายุมากกว่า 60 ปี
 - โรคเบาหวาน
 - Dyslipidemia (total cholesterol > 250 มก/ดล)
 - เพศ (ชาย และหญิงที่หมดประจำเดือน)
 - มีบุคคลอื่นๆ (ชาย < 55 ปี , หญิง < 65 ปี) ในครอบครัวเป็นโรคหัวใจโคโรนารี
- โรคหลอดเลือดสมอง
2. อันตรายต่ออวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (target organ damage) ได้แก่
- โรคหัวใจ
 - ผนังหัวใจห้องซ้ายล่างหนา (LVH) โดย EKG, echocardiogram หรือ ventriculogram
 - แน่นหน้าอก หรือเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Angina หรือ prior myocardial infarction)
 - เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือใช้บัสลูนขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (prior revascularization)
 - หัวใจล้มเหลว (heart failure)
 - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ transient ischemic attack)
 - โรคไต (nephropathy) คือ มี proteinuria หรือ creatinine > 1.2 มก/ดล
 - โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease)
 - โรค retinopathy หรือ generalized หรือ localized narrowing retinal artery
- (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2444: 208-209)

การซักประวัติ

การซักประวัติต้องทำอย่างละเอียดและครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรค และประเมินว่ามีการทำลายอวัยวะสำคัญจากพยาธิสภาพของโรคหรือไม่

1. ประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตในครอบครัว
2. ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง และเคยสูงระดับใดมาก่อน ยาลดความดันโลหิตที่ได้มาก่อน และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ประวัติโรคติดต่อหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมาเร็วนี้ของ หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคเบาหวาน โรคเกาต์ ไชมันในเลือดสูง หลอดลมตีบเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โรคไต และอาการเจ็บป่วยอื่นๆที่สำคัญ และรายละเอียดของยาที่ใช้รักษาโรคเหล่านี้

4. อาการซึ่งบ่งชี้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ

5. ประเมิน วิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น ปริมาณไขมัน เกลือ และ alcohol ที่รับประทาน ปริมาณบุหรี่ที่สูบ การออกกำลังกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น

6. สืบถามยาหรือสารที่ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งอาจมีผลทำให้ความดันเลือดสูง เช่น ยาคุมกำเนิด nonsteroidal antiinflammatory drug (NSAID) สะเอม cocaine และ amphetamine และยาบางชนิดที่ใช้รักษาโรคบางอย่าง เช่น erythropoietin, cyclosporin หรือ steroid

7. ซักถามประวัติส่วนตัว สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งสภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและระดับความรู้ของผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย

เพื่อต้องการหาสาเหตุและการประเมินว่าความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยมีการทำลายอวัยวะสำคัญทำให้เสียหรือหมดสภาพควรมีการตรวจร่างกายตามขั้นตอนดังนี้

1. การวัดความดันโลหิต ตาม Guidelines ในการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ควรคำนึงถึงปัจจัย 3 ประการ คือ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2444: 207-208)

1.1 ผู้ป่วย ควรนั่งพักในท่าที่สบายอย่างน้อย 5 นาที ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือยาที่กระตุ้น adrenergic ก่อนการวัดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และหรือ เป็นเบาหวาน ควรวัดความดันโลหิตทั้งในท่านั่ง ท่านอน ท่ายืน และหลังจากยืนขึ้น 2 นาที ถ้า systolic blood pressure ในท่านอนต่ำกว่าท่านั่ง 10 มม.ปรอท แสดงว่ามี postural hypotension

1.2 อุปกรณ์ mercury sphygmomanometer เป็นอุปกรณ์มาตรฐานในการวัดความดันโลหิต ขนาดของ bladder ต้องพันได้รอบแขน และยาว 2 ใน 3 ของความยาวของแขน ถ้า bladder เล็กเกินไป ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะสูงกว่าความเป็นจริง

1.3 เทคนิค การวัดความดันโลหิต ควร inflate bladder อย่างรวดเร็ว จนถึงระดับค่าชีพจร radial ไม่ได้แล้ว inflate ความดันขึ้นไปอีก 20 มม.ปรอท แล้วถึง deflate bladder ช้าๆ (ประมาณ 3 มม.ปรอทต่อวินาที) ใช้ stethoscope ฟังที่บริเวณชีพจร brachial เสียงแรกที่ได้ยิน (korotkoff phase I) เป็นระดับความดัน systolic และเสียงที่หายไป (korotkoff phase V) เป็นระดับ

ความดัน diastolic ควรวัดความดันโลหิตในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ก่อนจะวินิจฉัยว่าความดันโลหิตสูง (ยกเว้นในภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งต้องให้การรักษาทันที))

ส่วนการวัดความดันโลหิตตาม 1990 WHO/ISH Guidelines for the management of hypertension (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2543:208-209) การวินิจฉัยความดันโลหิตจะทำได้ถูกต้องอาศัยการวัดหลายๆครั้ง แบ่งเป็นการวัดความดันโลหิตที่คลินิกและที่บ้าน โดยการวัดที่คลินิกหลักการคล้ายกับที่กล่าวแล้วข้างต้นแต่เน้นการพัน arm cuff ที่ระดับหัวใจไม่ว่าผู้ป่วยอยู่ท่าใด และการวัดความดันโลหิตที่บ้านมักใช้เครื่องวัด digital อัตโนมัติ 24 ชั่วโมง ชนิดพกพา (ABPM) ซึ่งจะให้ผลใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสัมพันธ์กับการเกิด target organ damage มักใช้ในงานวิจัยมากกว่าในคลินิก

2. วัดความสูง น้ำหนัก และคำนวณค่า BMI

3. การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะขนาดหัวใจ ตรวจหาภาวะหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดที่คอ ไต และที่แขนขา ตรวจหา coarctation ของ aorta

4. ตรวจปอดเพื่อฟัง rales หลอดลมตีบ และ bruit ที่ท้อง ไตที่โต และก้อนที่ท้อง

5. ตรวจ optic fundi และระบบประสาทเพื่อหาหลักฐานการทำลายของหลอดเลือด

สมอง

โรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษาจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ อันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต และประสาทตา ถึงแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรคก็ตาม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเวลานานจะลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (สุรเกียรติ์ อาชาานุภาพ, 2532)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

หัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งหัวใจวาย อาจทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอกถ้ารุนแรงถึงกับเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ในรายที่มีเส้นเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตก ก็อาจตายได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจทำให้เกิดอาการชักหรือหมดสติได้

ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ภาวะไตวายจะยังทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และทำให้ขาดความดันโลหิตได้ผลน้อยลงด้วย (สาธิตา เมธนาวัน และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2538)

ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกในจอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อมตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้

การควบคุมความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การควบคุมด้วยยา และการควบคุมโดยไม่ใช้ยา

1. การควบคุมด้วยยา

การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้โดยไม่เกิดอันตรายจากการข้างเคียงของยา ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงอาจแบ่งได้ตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 3 กลุ่มดังนี้

- ยาลดความดันโลหิตที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ
- ยาลดความดันโลหิตสูงที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด
- ยาลดความดันโลหิตที่มีฤทธิ์ต้านแอดรีเนอร์จิก

การใช้ยาเป็นการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของแพทย์ตลอดชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ชนิดของยา จำนวนยาแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน แพทย์จะพิจารณาจากความดันโลหิตและสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคน การใช้ยาอาจมีอาการข้างเคียง ทำให้รู้สึกไม่สบาย ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทันที ไม่ควรหยุดยาเอง การรับประทานยาตามจำนวน และเวลาที่แพทย์สั่ง เป็นความจำเป็นสำหรับการควบคุมความดันโลหิต ไม่ควรหยุดรับประทานยาเองจนกว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพราะโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง อาจไม่เกิดให้เห็นชัดเจนในทันทีทันใด แต่จะปรากฏอาการเมื่ออวัยวะสำคัญถูกทำลาย ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่น ซึ่งแพทย์ไม่ได้แนะนำเพราะยาบางอย่างอาจขัดขวางฤทธิ์ของยาควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงใหม่ๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของยา ขนาดของยา จะต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการล้ม หรือ หน้ามืด เนื่องจากความดันโลหิตลดลง ควรมาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง (เกษม วัฒนชัย, 2530)

2. การควบคุมโดยไม่ใช้ยา

เป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้รับความสนใจมานานจนกระทั่งปัจจุบันในการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ควบคุมน้ำหนักตัว ปรับพฤติกรรมการบริโภค และจัดการความวิตกกังวลหรือความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา และการเลือกรับประทานอาหารควรเลือกที่มีคุณภาพ โดยลดอาหารเค็ม ลดอาหารมัน เพิ่มผักผลไม้ ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพราะมียาบางตัวทำให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือการใช้ยากุมกำเนิดต้องปรึกษาแพทย์ และการจัดการกับความเครียด โดยมีรายละเอียดในการปฏิบัติตัวดังนี้

การลดน้ำหนัก ควรอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน การลดน้ำหนักต้องมีการปรับเปลี่ยนแผน นิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำเรื่องอาหาร การเลือกอาหารที่มีแคลอรีต่ำ และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ

การลดอาหารเค็ม การลดอาหารเค็มและจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยควรจำกัดโซเดียม ประมาณ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยจำกัดเกลือไม่เกินประมาณ 5 กรัมต่อวัน และลดอาหารประเภทสำเร็จรูปเพราะมีโซเดียม อยู่จำนวนมาก อาหารที่ไม่เค็มเกลืออีกเมื่อปรุงเสร็จ เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 4 กรัมต่อวัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเล็กน้อย หรือความดันต่ำสุดอยู่ระหว่าง 90-104 มิลลิเมตรปรอท อาหารจำกัดโซเดียมเล็กน้อย เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 2-3 กรัมต่อวัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง หรือความดันต่ำสุดอยู่ระหว่าง 105-119 มิลลิเมตรปรอท อาหารที่จำกัดโซเดียมปานกลาง เป็นอาหารที่มีโซเดียมได้ประมาณ 1 กรัมต่อวัน การจำกัดโซเดียมระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันต่ำสุดอยู่ระหว่าง 120-130 มิลลิเมตรปรอท อาหารจำกัดโซเดียมมาก เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัมต่อวัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และท้องมานจากภาวะตับแข็ง (วิลลิตน์ จงเจริญ, 2543)

การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเรสเตอรอลในโลหิต โดยควรมีค่าโคเรสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ให้ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร โดยรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่เกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด และรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม (วิลลิตน์ จงเจริญ, 2543)

ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มสุราเป็นประจำจะทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้น

การเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เป็นความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่จะทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านเบาธาลดประสิทธิภาพลงด้วย

การออกกำลังกาย ควรเป็นการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค ซึ่งจะมีผลต่อการลดความดันโลหิตสูงได้ในระยะยาวเช่น การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน หรือการเดิน แนะนำให้ออกกำลังกายแบบ isometric เช่นการยกน้ำหนักเพราะจะเป็นการเพิ่มความดันโลหิตสูง (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) การบริหารบำบัดสามารถช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเบา เพิ่มสมรรถนะการดูดซึมออกซิเจนของร่างกาย ลดภาวะการนำออกซิเจนและยังสามารถที่จะอาศัยการส่งผลสะท้อนของระบบประสาทส่วนกลาง ควบคุมและปรับประสาทอัตโนมัติด้วยตนเอง จนลดความดันโลหิตลงได้ (โจวสือฟาง และจิ่นยี่ อังใน ไพนูลย์ จาตุรปัญญา, 2545)

การจัดการกับความเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงได้ การเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายจะช่วยลดความเครียดได้ เช่น การทำสมาธิ โยคะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการให้ข้อมูลย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)(ไพนูลย์ จาตุรปัญญา, 2545)

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงสามารถทำลายอวัยวะสำคัญต่างๆได้ โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดหัวใจ สมอง ไต และ ประสาทตา เป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อาจด้วยวิธีการใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน หรือทั้ง สองวิธีร่วมกัน ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การที่ผู้ป่วยจะร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ผู้ป่วยจะต้องรับรู้ถึงภาวะของโรคที่ตนเองกำลังเป็นอยู่และวิธีการดูแลตนเอง จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่กับภาวะของโรคได้

แนวคิดการจัดกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ควบคุมภาวะโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัย พบว่ามีการจัดกระทำหลายรูปแบบในการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ควบคุมภาวะโรคได้ แต่สำหรับในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีการจัดกระทำในรูปแบบต่างๆ จำแนกได้เป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1. กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลายๆฝ่าย ที่มาพบปะสังสรรค์ ด้วยความรู้สึกร่วมกันในความสัมพันธ์เกิดการปฏิสัมพันธ์ขึ้น ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม

นี้จะช่วยให้ค้นพบ วิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุกกุล, 2522:14-15 อ้างใน ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540:36) และการที่บุคคลมารวมกลุ่มกันนั้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความรัก ความห่วงใยมีความสนิทสนมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคก็ร่วมกันแก้ไขช่วยกันคิด นำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับ ในการรับฟังความคิดเห็นของคนในกลุ่ม (ประทุม เป็นสุวรรณ, 2545:9)

2. การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณโดยอาศัยเทคนิควิธีการให้คำปรึกษา และพื้นฐานความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษา ในการช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองปรับตนเองในการดูแลสุขภาพ รวมถึงเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549:6-7) โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมีประเด็นสำคัญที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้รับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากสมาชิกคนอื่นๆ สามารถเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้หลากหลายวิธีและมุ่งเน้นที่การป้องกันปัญหา และการพัฒนาตนให้เต็มขีดความสามารถ (ประทุม เป็นสุวรรณ, 2545:2) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นิยมใช้ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมี 3 ทฤษฎีได้แก่

1. การให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling)
 2. การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Counseling)
 3. การให้คำปรึกษาแบบเพื่อการตัดสินใจ (Decision-making Counseling)
- (อ้างในดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2544:21)

3. การให้ความรู้

การให้ความรู้/สุขศึกษา หมายถึง เป็นเรื่องของกระบวนการการจัดประสบการณ์ทั้งหมดในบุคคล หรือชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นทางความรู้ ความเชื่อ ทักษะ การรับรู้ และการกระทำหรือการปฏิบัติ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2524 อ้างใน รุ่งรัตน์ มีสายมงคล, 2545:34) และเป็นกระบวนการทางการศึกษา ซึ่งวางแผนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นที่พฤติกรรมหรือปัญหา ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลกลุ่มเป้าหมาย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ, 2536:9) ซึ่งการจัดกิจกรรมสุขศึกษานั้น จะต้องมีการมีกิจกรรมและเป้าหมายดังต่อไปนี้

1. ต้องจัดประมวลประสบการณ์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์
2. ต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพอนามัยและกลุ่มเป้าหมายสามารถปฏิบัติได้
3. ต้องเกิดผลดีกับผู้ปฏิบัติ
4. กิจกรรมทั้งหมดมีรากฐานอยู่บนความต้องการที่จะทำความเข้าใจหรือปรับปรุงสถานภาพที่กำลังเป็นอยู่หรือเกี่ยวข้องกับสภาพที่กำลังเป็นอยู่
5. กิจกรรมที่จัดทำขึ้นก็เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนและสิ่งแวดล้อม
6. บุคคลที่จะได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงจะมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินกิจกรรมเหล่านั้นด้วย

4. ระบบบริการสุขภาพ

สำหรับการจัดการบริการพยาบาล ฟาริดา อับราฮิม (2537: 60) ได้ให้ความหมายของการจัดการบริการพยาบาลว่า หมายถึง การวางรูปแบบ และความสัมพันธ์ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายของแผนงาน มีการมอบหมายบทบาทกำหนดอำนาจความรับผิดชอบ การจัดให้มีการประสานงาน กำหนดขอบเขตงาน ดังนั้นการจัดการบริการพยาบาล ควรมีการนำเอานโยบาย และวัตถุประสงค์ขององค์กรที่กำหนดไว้มาเป็นองค์ประกอบในการจัดให้เกิดการปฏิบัติการให้บริการพยาบาลสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ

Corey, Epstein และ Saltman (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ, 2536:9) ได้กล่าวว่าเนื่องจากปัญหาสุขภาพและโครงการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงและแก้ไข ดังนั้นผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องร่วมมือกันเพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้ดีขึ้น มีวิธีการหลายวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงการจัดการบริการสุขภาพ ควรเลือกโดยพิจารณาจากวิธีการที่เคยนำไปปฏิบัติ และเกิดผลสำเร็จมาแล้วในอดีตนำมาลองปฏิบัติ และต้องมีการขยายวงกว้างออกไปเพื่อจะได้ปรับปรุงบริการให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้รูปแบบบริการ เช่น โปรแกรมเครือข่ายทางสังคม ระบบสนับสนุน ฯ

5. การฝึกพฤติกรรม

การฝึกพฤติกรรม ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การที่ร่างกายมีการหด-ยืดกล้ามเนื้อของร่างกาย บางทีก็มีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็มีการลงน้ำหนักบางทีก็ไม่มีการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย ในชีวิตประจำวันของคนเรามีการออกกำลังกายอยู่เสมอ เพื่อทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบการทำงานตามอาชีพ เล่นกีฬา แต่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่าง

จากการออกกำลังกายตามที่กล่าวข้างต้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นการออกกำลังกายที่หนักพอสมควร ไม่มากเกินไปไม่น้อยเกินไป ในเวลาที่ยานพอนในแต่ละครั้ง ที่จะทำให้ง่ายเกิดประโยชน์ และมีความถี่ที่เหมาะสม ที่ทำให้ง่ายสมบูรณ์แข็งแรง มีการฝึกให้มีความอดทนแข็งแรง ยืดหยุ่น ความทรงตัวและความแคล่วคล่องว่องไวของร่างกายดี ไม่เคร่งเครียด ไม่มีการแข่งขันกับคนอื่น ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ การออกกำลังกายในโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งผลดีและผลเสีย แต่พบว่าการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกายแบบอดทนมีผลต่อความดันโลหิตในขณะพักและในขณะออกกำลังกาย (เรืองศักดิ์ ศิริผล, 2542: 13) ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง โดยเฉพาะความดันตัวบน (บรรลุ ศิริพานิช, 2549: 64 - 65)

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน พบว่าประชาชนมีความต้องการให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลมากที่สุดจะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรแรกๆ ที่ผู้ป่วยได้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา ส่งเสริม โดยได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา ความต้องการดูแลฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลมีความสามารถและทักษะหลายด้านในการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วย (อุทัยวรรณ สุทิมานิล, 2548: 81-82) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน จึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และการมีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้ พยาบาลอนามัยชุมชนควรใช้หลักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการในชุมชน (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2547: 465) ดังนี้

1. การให้การดูแลแบบองค์รวม ที่จะให้การดูแลบุคคลและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม
2. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
3. การให้การดูแลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
4. การให้การดูแลที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม
5. การดัดแปลงสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ และการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม กับสภาพผู้ป่วย

ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลในชุมชนควรมีการส่งเสริม ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งผลให้สามารถควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยช่วยส่งเสริมปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทางบวกและลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อภาวะควบคุมโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้ผลการวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วิวัฒนาการของงานวิจัย

งานวิจัยทางการแพทย์ของประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นครั้งแรกในฝ่ายการศึกษา โดยในปี พ.ศ. 2510 คณะครุศาสตร์ โดยภาควิชาพยาบาลศึกษา ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 สภาการศึกษาแห่งชาติ ได้ทำการวิจัยเรื่องการสำรวจสถานภาพการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นการวิจัยทางการแพทย์ที่จัดทำครั้งแรกและในปีต่อมาคือปี พ.ศ. 2514 ได้ทำการสำรวจกิจกรรมการพยาบาลในประเทศ ซึ่งต่อมาได้มีสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถรวบรวมได้ดังนี้

การสำรวจงานวิจัยในภาพรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ในภาพรวม พบดังนี้
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2530) สำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 ถึงปี พ.ศ. 2530 มีจำนวนทั้งสิ้น 254 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ 79.92 การวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ และงานวิจัยเชิงคุณภาพ ร้อยละ 0.39 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยทางการแพทย์คลินิก ร้อยละ 36.22 และการศึกษาพยาบาล ร้อยละ 31.50

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2530) สำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ถึงปี พ.ศ. 2530 มีจำนวนทั้งสิ้น 64 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ 73.44 รองลงมาเป็นการวิจัยแบบทดลองหรือแบบกึ่งทดลอง ร้อยละ 26.56 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยทางการแพทย์คลินิก ร้อยละ 37.50 และการศึกษาพยาบาล ร้อยละ 34.38 และเป็นการวิจัยการบริหารการพยาบาลร้อยละ 9.37

ไข่มุก วิเชียรเจริญ (2535) สำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึงปี พ.ศ. 2532 มีจำนวนทั้งสิ้น 156 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ 80.7 รองลงมาเป็นการวิจัยแบบทดลองหรือแบบกึ่งทดลองร้อยละ 18.59 และการวิจัยเชิงคุณภาพพบน้อยที่สุดร้อยละ 0.64 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยทางการแพทย์คลินิก ร้อยละ 52.56 รองลงมาเป็นการวิจัยทางการศึกษาพยาบาล ร้อยละ 19.23 และการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลร้อยละ 11.54

นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2538) สำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนทั้งสิ้น 329 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ

68.99 รองลงมาเป็นการวิจัยแบบทดลองหรือแบบกึ่งทดลอง ร้อยละ 19.15 และการวิจัยที่พบน้อยที่สุดคือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ร้อยละ 1.22 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยทางการแพทย์พยาบาลคลินิก ร้อยละ 44.08 และวิจัยทางการศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาลพบ ร้อยละ 26.17 และ 18.84 ตามลำดับ

ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี (2531) ดำรงงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ถึงปี พ.ศ. 2531 มีจำนวนทั้งสิ้น 462 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ 64.3 งานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองร้อยละ 35.1 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยทางการแพทย์พยาบาลคลินิก ร้อยละ 58.7 การบริหารการพยาบาลและการศึกษาพยาบาล ร้อยละ 18.6 และ 12.9 ตามลำดับ

ปราณี ฐิไพบรา (2536) ดำรงงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึงปี พ.ศ. 2535 มีจำนวนทั้งสิ้น 363 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ร้อยละ 65.56 และเป็นงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองร้อยละ 34.44 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยประเภทการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุด ร้อยละ 76.86 รองลงมาเป็นการบริหารการพยาบาล และการวิจัยทางการศึกษาร้อยละ 18.45 และ 3.58 ตามลำดับ และมีการวิจัยเกี่ยวกับสภาวะการพยาบาล 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 0.28

การสำรวจงานวิจัยเฉพาะกลุ่ม

สุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2539) ดำรงงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ เริ่มต้น ถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนทั้งสิ้น 81 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาล การสำรวจครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาน้อย เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ๆ ซึ่งจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวต่อไป

ไพรินทร์ สมบัติ (2540) ดำรงงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนทั้งสิ้น 148 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในด้านการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุดการสำรวจครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยในเรื่องที่ยังไม่ได้มีการศึกษา หรือมีการศึกษาน้อย เช่น พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาใช้กับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วารสาร รุ่งช้าง (2541) ดำรงงานวิจัยทางการแพทย์ ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ถึงปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนทั้งสิ้น 66 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ร้อยละ 93.9 ประเภทของงานวิจัย เป็นวิจัยประเภทกึ่งทดลอง ร้อยละ 55.41 งานวิจัยแบบไม่ทดลอง ร้อยละ 43.24 งานวิจัยแบบทดลอง ร้อยละ 1.35 โดยศึกษาด้านการปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด 59 ชื่อเรื่อง แต่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ลงในวารสารทางการแพทย์ วารสารสาธารณสุขมีเพียง 9 ชื่อเรื่องเป็นวิทยานิพนธ์ 3 ชื่อเรื่อง งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา 6 ชื่อเรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.1 เป็นหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 18.2 เครื่องมือส่วนใหญ่สร้างโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบใช้ค่าที สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เป็นส่วนใหญ่ ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือ และมีความต่อเนื่องในการรักษามากขึ้นภายหลัง การได้รับความรู้ และคำปรึกษาแนะนำทำให้การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น การสำรวจครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง และค้นหาวิธีการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ออกมาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงหลังปี พ.ศ.2534 ซึ่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ โดยสภาการพยาบาล การสำรวจวิจัยทางการแพทย์จึงมีความสำคัญเพื่อรวบรวม และจัดหมวดหมู่ พร้อมทั้งสรุปว่ามีประเด็นใดบ้างที่มีงานวิจัยจำนวนมาก ประเด็นใดที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม หรือประเด็นใดที่มีการวิจัยจำนวนน้อย หรือยังไม่มีการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางให้นักวิจัยทำวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีความครอบคลุมประเด็นต่างๆที่สำคัญ

ในส่วนของการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนมากนั้น แม้จะมีการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ถึง พ.ศ. 2541 (วารสาร รุ่งช้าง, 2545) โดยรวบรวมงานวิจัยได้ ทั้งหมด 66 ชื่อเรื่อง แต่มีวิจัยที่เป็นแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองอยู่เพียง 25 ชื่อเรื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้ความร่วมมือ และมีความต่อเนื่องในการรักษามากขึ้นภายหลังได้รับความรู้และคำปรึกษาแนะนำ ทำให้การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น รวมทั้งมีการเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อการป้องกันความดันโลหิตสูงและค้นหาวิธีการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากระยะเวลา 8 ปีที่ผ่านมาคาดว่าจะมีการผลิตงานวิจัยในประเด็นนี้ออกมาเพิ่มอีกเป็นจำนวนมากและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันนี้จะช่วยสามารถสืบค้นงานวิจัยได้อย่างละเอียดและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิต โดยเฉพาะงานวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลองในประเทศไทย

ตั้งแต่เริ่มต้น ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลจัดการ ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง และสรุปข้อเสนอแนะ ทิศทางของการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ พัฒนาความรู้ ช่วยลดการทำวิจัยซ้ำซ้อน ลดการเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่ไม่เป็นวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์ที่เป็นแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึง พ.ศ. 2548 โดยค้นคว้าจากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ และมีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกสซ์ และสาธารณสุขในประเทศไทย ที่ปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุด หรือศูนย์เอกสารของสถาบันที่สามารถสืบค้นได้ในฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศ ดังนี้

Organization	Web site
-มหาวิทยาลัยมหิดล	http://www.li.mahidol.ac.th
-จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	http://www.car.chula.ac.th
-มหาวิทยาลัยขอนแก่น	http://www.library.kku.ac.th
-มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	http://www.lib.cmu.ac.th
-มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	http://www.clib.psu.ac.th
-มหาวิทยาลัยบูรพา	http://www.lib.buu.ac.th
-มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	http://www.library.msu.ac.th
-มหาวิทยาลัยรามคำแหง	http://www.lib.ru.ac.th
-มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ(องครักษ์)	http://www.oklib.swu.ac.th
-มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	http://www.library.tu.ac.th

Organization	Web site
-มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	http://www.lib.ku.ac.th
-มหาวิทยาลัยศิลปากร	http://www.library.su.ac.th
-มหาวิทยาลัยนเรศวร	http://www.lib.nu.ac.th
-มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ(ประสานมิตร)	http://www.lib.swu.ac.th
-มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	http://www.odi.stou.ac.th
-มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	http://www.lib.ubu.ac.th
-ฐานข้อมูล Thai index medicus ของ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	http://www.library.md.chula.ac.th

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทั้งหมดที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือ

1. วิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยตรง
2. วิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทำในประเทศไทย
3. งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลของสถาบันต่างๆในระบบสารสนเทศ

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (การปฏิบัติการในห้องทดลองในมนุษย์และสัตว์ทดลอง)
2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับฤทธิ์ยาและสมุนไพร
3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับองค์ประกอบทางเคมีในสารอาหารด้านโภชนาศาสตร์
4. งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องที่มีการศึกษาในชาวต่างประเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รับมาจาก แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย เครื่องมือของ สุกนธ์ มีเนตรทิพย์ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อ - สกุลผู้วิจัยหรือทำวิทยานิพนธ์
- 1.2 ชื่องานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์
- 1.3 รูปแบบของแหล่งงานวิจัย
- 1.4 ปีที่วิจัยหรือทำวิทยานิพนธ์ ปีที่วารสารตีพิมพ์
- 1.5 แหล่งที่มาของงานวิจัย หรือวิทยานิพนธ์
- 1.6 แหล่งทุนสนับสนุน
- 1.7 การเผยแพร่งานวิจัย

2. ข้อมูลของงานวิจัย

- 2.1 เนื้อหางานวิจัย
- 2.2 ประเภทของงานวิจัย
- 2.3 รูปแบบของการวิจัย
- 2.4 กรอบแนวคิด
- 2.5 ตัวแปรที่ศึกษา หรือตัวแปรที่ปรากฏ
- 2.6 ทฤษฎีที่ใช้ (Theory/Model)
- 2.7 แบบของการวิจัย (Research design)
- 2.8 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
- 2.9 สถานะของโรค
- 2.10 เพศของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.11 อายุของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.12 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.13 แหล่งของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.14 หน่วยของการศึกษา
- 2.15 กลุ่มควบคุม
- 2.16 การทดสอบ pre-test
- 2.17 การทดสอบ post-test

- 2.18 จำนวนสมาชิกภายในกลุ่ม
- 2.19 จำนวนกลุ่มที่ศึกษา
- 2.20 ชนิดของการจัดกระทำ
- 2.21 ช่วงเวลาในการจัดกระทำ
- 2.22 ระยะห่างของการจัดกระทำครั้งต่อไป
- 2.23 จำนวนของสื่อที่ใช้ในการจัดกระทำ
- 2.24 การฝึกปฏิบัติหรือสาธิต
- 2.25 จำนวนครั้งของการวัดผล
- 2.26 ผู้ให้การทดลอง
- 2.27 ผู้รับการทดลอง
- 2.28 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
- 2.29 ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.30 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.31 ผลลัพธ์ของการวิจัย

ข้อความในแบบบันทึกลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ ส่วนคู่มือในการใช้เครื่องมือมีรายละเอียดอยู่ใน

ผนวก ก

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้แนวคิดของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย

2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจและการวิเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย

3. สร้างแบบบันทึกลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยโดยดัดแปลงเครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่จำเป็นต่อการวิจัยครั้งนี้

4. นำแบบบันทึกลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลกับวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 เรื่อง โดยเก็บข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ที่เป็นวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัยที่ไม่ใช่วิทยานิพนธ์ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ และ

สาขารณสุข จำนวน 5 ชื่อเรื่อง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเครื่องมือ ที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป ทั้งนี้ตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบการเก็บข้อมูลนี้ถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของประชากรที่ใช้ในงานวิจัยด้วย เพื่อให้การสำรวจครอบคลุมงานวิจัยครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องในด้านการสอน เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ/หรือเป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านการวิจัย การตัดสินใจตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกรายละเอียดการวิจัยนั้น ผู้วิจัยถือเกณฑ์ตามการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ส่วนในการหาความเที่ยงของเครื่องมือนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกรายละเอียดลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้การทดลองเก็บข้อมูลชุดเดียวกันระหว่างผู้ร่วมวิจัย อีก 3 คน (inter-rater reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบจรรยาบรรณงานวิจัยที่ไม่เป็นวิทยานิพนธ์ และวิทยานิพนธ์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่จัดทำเสร็จเรียบร้อย ตั้งแต่พ.ศ. 2523 จนถึง พ.ศ.2548 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ

- ความดันโลหิตสูง
- hypertension
- ความดันเลือดสูง

จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่างๆของรัฐในประเทศไทย และฐานข้อมูล Thai Index Medicus เมื่อได้รายชื่อของงานวิจัยและวิทยานิพนธ์แล้วผู้วิจัยนำมาทำการคัดเลือกงานวิจัยที่ซ้ำกันออกให้เหลือ 1 เรื่องเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและคัดเลือกตามเกณฑ์และคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นนำมาสรุปรวมกันจนเหลือจำนวนจริงที่จะไปเก็บข้อมูลดังนี้

สถาบัน/เว็บไซต์	วันเดือนปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวนข้อ เรื่องที่ปรากฏ	จำนวนข้อ เรื่องที่คัดออก	จำนวนข้อเรื่อง ที่คงเหลือ
มหาวิทยาลัยมหิดล http://www.li.mahidol.ac.th	2/07/48 (12.20 น.)	ความดันโลหิตสูง	24	24	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	83	42	41
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย http://www.car.chula.ac.th	2/07/48 (13.20 น.)	ความดันโลหิตสูง	35	35	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	14	9	5
มหาวิทยาลัยขอนแก่น http://www.library.kku.ac.th	3/07/48 (18.10 น.)	ความดันโลหิตสูง	11	7	4
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ http://www.lib.cmu.ac.th	5/07/48 (11.10 น.)	ความดันโลหิตสูง	23	10	13
		ความดันเลือดสูง	9	9	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ http://www.clib.psu.ac.th	3/07/48 (17.00 น.)	ความดันโลหิตสูง	6	4	2
		ความดันเลือดสูง	1	1	-
		hypertension	3	3	-
มหาวิทยาลัยบูรพา http://www.lib.buu.ac.th	3/07/48 (17.50 น.)	ความดันโลหิตสูง	12	9	3
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม http://www.library.msu.ac.th	10/07/48 (15.00 น.)	ความดันโลหิตสูง	4	3	1
		ความดันเลือดสูง	2	2	-
		hypertension	1	1	-

สถาบัน/เว็บไซต์	วันเดือนปี/เวลา	คำสำคัญ	จำนวนข้อ เรื่องที่ปรากฏ	จำนวนข้อ เรื่องที่คัด ออก	จำนวนข้อ เรื่องที่ คงเหลือ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ http://www.lib.ku.ac.th	10/07/48 (14.40 น.)	ความดันโลหิตสูง	5	2	3
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	2	2	-
มหาวิทยาลัยศิลปากร http://www.library.su.ac.th	10/07/48 (14.30 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยนเรศวร http://www.lib.nu.ac.th	10/07/48 (15.20 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) http://www.lib.swu.ac.th	10/07/48 (14.30 น.)	ความดันโลหิตสูง	6	4	2
		ความดันเลือดสูง	10	10	-
		hypertension	1	1	-
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช http://www.odi.stou.ac.th	5/07/48 (10.20 น.)	ความดันโลหิตสูง	1	-	1
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี http://www.lib.ubu.ac.th	5/07/48 (11.00 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
ฐานข้อมูล Thai index medicus ของ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย http://www.library.md.chula.ac.th	19/07/48 (18.40 น.)	ความดันโลหิตสูง	14	8	6
		ความดันเลือดสูง	1	1	-
		hypertension	489	483	-

สถาบันเว็บไซต์	วันเดือนปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวนข้อ เรื่องที่ปรากฏ	จำนวนข้อ เรื่องที่คัดออก	จำนวนข้อเรื่อง ที่ทิ้งเหลือ
มหาวิทยาลัยรามคำแหง http://www.lib.ru.ac.th	19/07/48 (19.05 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) http://www.oklib.swu.ac.th	10/07/48 (14.20 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	-	-	-
		hypertension	-	-	-
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ http://www.library.tu.ac.th	10/07/48 (14.08 น.)	ความดันโลหิตสูง	-	-	-
		ความดันเลือดสูง	2	2	-
		hypertension	-	-	-

2. หลังจากนั้นได้ทำการฝึกและทดสอบการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยรวมทั้งหมด 4 คนก่อนลงมือเก็บข้อมูลจริง (inter-rater reliability) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน

3. จากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะแยกย้ายไปเก็บข้อมูลตามแหล่งที่ข้อมูลปรากฏอยู่ และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย หลังจากนั้นศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์โดยการอ่าน เพื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดที่กำหนด จากนั้นจะศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการคัดเลือกอย่างละเอียดอีกครั้ง และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก โดยผู้วิจัยจะอ่านงานวิจัยและวิทยานิพนธ์อย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกอ่านเพื่อให้ทราบสาระของงานวิจัยและวิทยานิพนธ์โดยละเอียด รอบที่ 2 อ่านเพื่อเก็บสาระบันทึกคุณลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย กรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกที่บันทึกรายละเอียดงานวิจัยและวิทยานิพนธ์แล้วทุกฉบับ

5. นำงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ทั้งหมดที่ได้เก็บรวบรวมมาจัดจำแนกกลุ่มตามประเภทการจัดกระทำในการทดลอง

6. สร้างคู่มือลงรหัส

7. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยมาลงรหัสตามคู่มือ

8. ลงรหัสข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS)
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. บรรยายสรุปผลการวิจัยของงานวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทการจัดกระทำในการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ที่เป็นแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. บรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย
2. บรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจำแนกตามประเภทการจัดกระทำในการทดลอง

ส่วนที่ 1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้นคือปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวน 77 เรื่อง มีข้อมูลลักษณะทางกายภาพด้านต่างๆดังนี้

1. ประเภทของงานวิจัย

การสำรวจครั้งนี้พบว่าม้งานวิจัยจำแนกเป็นประเภทวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตจำนวน 68 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.3 ประเภทวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิตจำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.9 และงานวิจัยที่ไม่ใช่วิทยานิพนธ์จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-1

ตารางที่ 1-1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทของงานวิจัย

ประเภทของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	68	88.3
วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต	3	3.9
งานวิจัยที่ไม่ใช่วิทยานิพนธ์	6	7.8
รวม	77	100.0

2. ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์งานวิจัย

มีงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปรากฏเรื่องแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ.2523 จำนวน 1 เรื่อง โดยในปี พ.ศ. 2544 มีผลงานวิจัยปรากฏมากที่สุดจำนวน 18 เรื่อง รองลงมาในปี พ.ศ.2545 มีผลงานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1-2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และปีพ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่วิทยานิพนธ์		
2523-2533	2	1	0	3	3.9
2534-2539	12	0	3	15	19.5
2540-2544	35	2	3	40	51.9
2545-2548	19	0	0	19	24.7
รวม	68	3	6	77	100.0

3. สถาบันที่ผลิตงานวิจัย

สถาบันที่ผลิตงานวิจัยที่มีผลงานวิจัยปรากฏมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยมหิดลมีจำนวน 41 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผลงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1-3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และสถาบันผลิตงานวิจัย

สถาบัน ที่ผลิตงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท		รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต		
มหาวิทยาลัยมหิดล	38	3	41	53.2
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	13	0	13	16.9
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2	0	2	2.6
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	4	0	4	5.2
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	0	1	1.3
มหาวิทยาลัยบูรพา	3	0	3	3.9
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	3	0	3	3.9
สุโขทัยธรรมมาธิราช	1	0	1	1.3
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1	0	1	1.3
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	2	0	2	2.6
ประสานมิตร				
รวม	68	3	77	100.0

4. วารสารที่มีการตีพิมพ์งานวิจัย

งานวิจัยที่ไม่ใช่วิทยานิพนธ์มีการตีพิมพ์ในวารสารที่มีผลงานวิจัย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1-4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามวารสารที่มีการตีพิมพ์งานวิจัย

วารสาร	งานวิจัยที่		รวม	ร้อยละ
	ไม่ใช่วิตยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์		
ลำปางเวชสาร	1		1	16.7
วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ	1		1	16.7
วารสารวิชาการสาธารณสุข	1		1	16.7
ยโสธรเวชสาร	1		1	16.7
วารสารแพทย์เขต 7	1		1	16.7
รายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติประจำปี 2539	1		1	16.7
รวม	6		6	100.0

5. ทูสนับสนุนงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุทุนที่สนับสนุนงานวิจัย จำนวน 64 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1-5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และทุนสนับสนุนงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ภาครัฐ	7	1	3	11	14.3
ต่างประเทศ	1	0	1	2	2.6
ไม่ระบุ	60	2	2	64	83.1
รวม	68	3	6	77	100.0

6. เนื้อหาการวิจัย

เนื้อหาของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นทางด้านปฏิบัติการ 66 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 85.7 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1-6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามเนื้อหาของงานวิจัย

เนื้อหาของงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ด้านปฏิบัติการ	58	3	5	66	85.7
ด้านระบบบริการ	8	0	1	9	11.7
ด้านการศึกษา	2	0	0	2	2.6
รวม	68	3	6	81	100.0

7. รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบงานวิจัยของงานวิจัยทั้งหมดเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เรื่องคิดเป็น 100%

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการสร้างจากแนวคิดทฤษฎี 61 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 79.2 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.9 และไม่ระบุกรอบแนวคิด 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-7

ตารางที่ 1-7 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามกรอบแนวคิดในงานวิจัย

กรอบแนวคิดในงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล	วิทยานิพนธ์ ศูนย์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-สร้างจากแนวคิดและ/หรือทฤษฎี	58	2	1	61	79.2
-การทบทวนวรรณกรรม	10	1	2	13	16.9
-ไม่ระบุ	0	0	3	3	3.9
รวม	68	3	6	77	100.0

9. รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยทั้งหมดเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ สามารถจำแนกตามแบบของการวิจัยแบบทดลอง พบว่ารูปแบบงานวิจัยที่ใช้มากที่สุดคือ แบบ Randomized control group pretest-posttest design มีจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8. และการวิจัยแบบกึ่งทดลองพบว่าเป็นรูปแบบงานวิจัยที่ใช้มากที่สุดคือ แบบ Pretest-Posttest two group มีจำนวน 33 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-8 และ 1-9

ตารางที่ 1-8 จำนวนของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามรูปแบบวิจัย

รูปแบบการวิจัย แบบทดลอง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-Randomized control group pretest-posttest design	2	1	1	4	57.1
-Before-after design	0	1	0	1	14.3
-ไม่ได้ระบุ	2	0	0	2	28.6
รวม	4	2	1	7	100.0

ตารางที่ 1-9 จำนวนของงานวิจัยทางการแพทย์แบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามรูปแบบวิจัย

รูปแบบการวิจัย แบบกึ่งทดลอง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-Pretest-posttest two group	33	0	0	33	47.1
- Pretest-posttest control group design	11	0	0	11	15.7
-One group pretest-posttest design	5	1	0	6	8.6
-Pretest-posttest comparison of two group	2	0	0	2	2.6
-Before and after design with comparison	2	0	0	2	2.6

ตารางที่ 1-9 จำนวนของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามรูปแบบวิจัย (ต่อ)

รูปแบบการวิจัย แบบกึ่งทดลอง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-Randomized control group pretest-posttest design	2	0	0	2	2.6
-Before and after two group design	1	0	0	1	1.4
-Pretest-posttest static group comparison design	1	0	0	1	1.4
-ไม่ได้ระบุ	7	0	5	12	17.1
รวม	64	1	5	70	100.0

10. ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระที่พบในงานวิจัยที่สำรวจ พบว่ามีการจัดกระทำซึ่งจำแนกได้ 6 ประเภท งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดกระทำประเภทที่มีการผสมผสานมากที่สุด มีจำนวน 34 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 44.2 รองลงมาใช้การจัดกระทำประเภทการให้ความรู้/สุขศึกษา จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 18.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-10

ตารางที่ 1-10 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรอิสระของงานวิจัย (ประเภทการจัดกระทำในการทดลอง)

ตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
1. กระบวนการกลุ่ม	12	0	0	12	15.6
2. การให้คำปรึกษา	4	0	0	4	5.2
3. การให้ความรู้/สุขภาพศึกษา	10	1	3	14	18.2
4. ระบบบริการ	7	1	1	9	13
5. การฝึกพฤติกรรม	4	0	0	4	3.9
6. ผสมผสาน	31	1	2	34	44.2
รวม	68	3	6	77	100.0

11. ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามส่วนใหญ่เป็นตัวแปรด้านพฤติกรรมพบในงานวิจัยจำนวน 56 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็นตัวแปรด้านภาวะควบคุมโรคพบในงานวิจัย จำนวน 47 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-11

ตารางที่ 1-11 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรตามของงานวิจัย

ตัวแปรตาม	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ (total=77)
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
1. พฤติกรรม	52	2	2	56	72.7
2. ภาวะควบคุมโรค	42	2	3	47	61.0
3. การรับรู้	33	1	0	34	44.2
4. ความคาดหวัง	19	0	0	19	24.7
5. ความรู้	12	3	5	20	26
6. ความตั้งใจ	7	0	0	7	9.0
7. แรงสนับสนุนทางสังคม	6	1	0	7	9.0
8. ความเชื่อ	0	2	1	3	3.9
9. การเห็นคุณค่าในตนเอง	2	1	0	3	3.9
10. ความเครียด	3	0	0	3	3.9
11. ทักษะคิด	3	0	0	3	3.9
12. เจตคติต่อโรค	2	0	0	2	2.6
13. คุณภาพบริการ	2	0	0	2	2.6
14. แรงจูงใจ	2	0	0	2	2.6
15. ความก้าวหน้าทางการ เรียน	1	0	0	1	1.3
16. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	1	0	0	1	1.3
17. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย และญาติ	1	0	0	1	1.3
18. ความซึมเศร้า	1	0	0	1	1.3
19. ความวิตกกังวล	1	0	0	1	1.3
20. สถานที่	0	0	1	1	1.3

12. ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎี Protection motivation theory (Rogers&Prentice-Dunn,1986)

จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.5 รองลงมาคือทฤษฎี Self-efficacy (Albert Bandura,1994)

จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-12

ตารางที่ 1-12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท(ร้อยละ)			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาวิทยาลัย	ดุสิตบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
-Protection motivation theory (Rogers&Prentice-Dunn,1986)	14	0	1	15	19.5
-Self-efficacy (Albert Bandura,1994)	14	0	0	14	18.2
-ทฤษฎีความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมาย (King' s theory)	8	0	0	8	10.4
-Self care theory (Orem, 1996)	7	1	0	8	10.4
-Social support theory	7	0	0	7	9.1
-Health Belief Model (Becker and Maiman,1974)	5	0	0	5	6.5
-Lazarus and folkman,1984	2	0	0	2	2.6
-Transtheoretical theory or Stages of Change model (Prochaska&Diclemente,1994)	1	0	0	1	1.3
-Empowerment (Gibson,1995)	0	1	0	1	1.3
รวม	58	2	1	61	100.0

13. กลุ่มควบคุมที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้กลุ่มควบคุม จำนวน 62 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80.5 ส่วนที่ไม่ใช้กลุ่มควบคุม มีจำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.5

14. กลุ่มทดลองที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มจำนวน 60 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 87.0 ส่วนที่ใช้กลุ่มทดลอง 2 กลุ่มจำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.8 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-13

ตารางที่ 1-13 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามการใช้กลุ่มทดลองในงานวิจัย

กลุ่มทดลอง	งานวิจัยแต่ละประเภท(ร้อยละ)			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาวิทยาลัยมหิดล	ดุสิต	วิทยานิพนธ์		
1 กลุ่ม	60	2	5	67	87.0
2 กลุ่ม	4	1	1	6	7.8
4 กลุ่ม	3	0	0	3	3.9
12 กลุ่ม	1	0	0	1	1.3
รวม	68	3	6	77	100.0

15. การใช้การทดสอบก่อนการทดลองในงานวิจัย (Pre test)

งานวิจัยทั้ง 77 เรื่องมีการทดสอบก่อนการทดลองทั้งหมด

16. การใช้การทดสอบหลังการทดลองในงานวิจัย (Post test)

มีงานวิจัยทดสอบหลังการทดลอง 1 ครั้งจำนวน 66 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.7 และมีการทดสอบหลังการทดลอง 2 ครั้ง จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-14

ตารางที่ 1-14 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามการใช้ Post test ในงานวิจัย

Post test	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
มี 1 ครั้ง	58	2	6	66	85.7
มี 2 ครั้ง	9	1	0	10	13.0
มี 3 ครั้ง	1	0	0	1	1.3
รวม	68	3	6	77	100.0

17. ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงในงานวิจัย

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาในงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงแบบไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 50 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาไม่ระบุชนิดของโรค จำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-15

ตารางที่ 1-15 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
ไม่ทราบสาเหตุ	46	2	2	50	64.9
ทราบสาเหตุ	3	0	0	3	3.9
ไม่ระบุ	19	1	4	24	31.2
รวม	68	3	6	77	100.0

18. สถานะของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ระบุ สถานะของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 74 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 96.1 รองลงมาคือ สถานะควบคุมโรคไม่ได้ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.6 และผู้ป่วยใหม่ จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 1.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-16

ตารางที่ 1-16 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามสถานะของโรคความดันโลหิตสูง

สถานะของโรค	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
ควบคุมไม่ได้	2	0	0	2	2.6
ผู้ป่วยใหม่	1	0	0	1	1.3
ไม่ได้ระบุ	65	3	6	74	96.1
รวม	68	3	6	77	100.0

19. เพศของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 67 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาคือผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนที่ศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-17

ตารางที่ 1-17 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

เพศของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
ชายและหญิง	59	2	6	67	87.0
หญิง	4	1	0	5	6.5
ชาย	4	0	0	4	5.2
ไม่ระบุ	1	0	0	1	1.3
รวม	68	3	6	77	100.0

20. อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ จำนวน 50 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.7 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-18

ตารางที่ 1-18 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามอายุของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

อายุของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ผู้ใหญ่	45	2	3	50	64.9
ผู้สูงอายุ	15	1	3	19	24.7
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	5	0	0	5	6.5
วัยรุ่น	2	0	0	2	2.6
ไม่ระบุ	1	0	0	1	1.3
รวม	68	3	6	77	100.0

21. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยกว่าและเท่ากับ 30 คนจำนวน 39 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50.6 และส่วนที่ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่า 30 คน จำนวน 38 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 49.4 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-19

ตารางที่ 1-19 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
≤ 30	38	0	1	39	50.6
> 30	30	3	5	38	49.4
รวม	68	3	6	77	100.0

22. สถานที่เก็บข้อมูลวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลในคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 49 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 63.6 และส่วนงานวิจัยที่เก็บข้อมูลในชุมชน จำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.7 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-20

ตารางที่ 1-20 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และแหล่งของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

แหล่งของกลุ่ม ตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
คลินิกเฉพาะโรค	44	3	2	49	63.6
ชุมชน	15	0	4	19	24.7
แผนกผู้ป่วยนอก	3	0	0	3	3.9
PCU	3	0	0	3	3.9
ชมรมผู้สูงอายุ	2	0	0	2	2.6
แผนกหอผู้ป่วยใน	1	0	0	1	1.3
รวม	68	3	6	77	100.0

23. จำนวนครั้งของการจัดกระทำในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการจัดกระทำ อยู่ในช่วง 5-12 ครั้ง จำนวน 49 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 63.6 และมีงานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.8 มีการจัดกระทำ มากกว่า 12 ครั้ง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-21

ตารางที่ 1-21 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และจำนวนครั้งของการจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย

จำนวนครั้งการจัดกระทำ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
1-2	3	1	1	5	6.5
3-4	6	1	0	7	9.1
5-12	46	0	3	49	63.6
มากกว่า 12	13	1	2	16	20.8
รวม	68	3	6	81	100

24. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกระทำ

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการจัดกระทำ มากกว่า 90 นาที จำนวน 25 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.5 และไม่ระบุช่วงเวลา จำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-22

ตารางที่ 1-22 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกระทำ

ช่วงเวลาในการจัดกระทำ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
15-30 นาที	4	1	1	6	7.8
30-60 นาที	10	1	2	13	16.9
60-90 นาที	10	0	0	10	13.0
มากกว่า 90 นาที	24	1	0	25	32.5
ไม่ระบุ	20	0	3	23	29.9
รวม	68	3	6	77	100.0

25. ระยะห่างของการให้ การจัดการกระทำ

งานวิจัยส่วนใหญ่มีระยะห่างของการจัดการกระทำ น้อยกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 35 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมา มีระยะห่างของการจัดการกระทำ อยู่ในช่วง 8-12 สัปดาห์ จำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-23

ตารางที่ 1-23 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และระยะห่างของการจัดการกระทำ

ระยะเวลาห่างของการ จัดการกระทำ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	33	1	1	35	45.5
1-4 สัปดาห์	10	0	0	10	13.0
5-7 สัปดาห์	1	0	0	1	1.3
8-12 สัปดาห์	19	0	4	23	29.9
มากกว่า 12 สัปดาห์	1	1	0	2	2.6
ไม่ระบุ	4	1	1	6	7.8
รวม	68	3	6	77	100.0

26. จำนวนสื่อที่ใช้ในการจัดการกระทำในงานวิจัย

งานวิจัย ส่วนใหญ่ใช้สื่อ มากกว่า 4 อย่างร่วมกัน จำนวน 25 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาใช้สื่อ 2 อย่าง จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-24

ตารางที่ 1-24 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และจำนวนสื่อที่ใช้ในการจัดกระทำในงานวิจัย

จำนวนสื่อที่ใช้	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ไม่ใช้	13	0	2	15	19.5
1 อย่าง	6	1	2	9	11.7
2 อย่าง	14	1	2	17	22.1
3 อย่าง	11	0	0	11	14.3
มากกว่า 4 อย่าง	24	1	0	25	32.5
รวม	68	3	6	77	100.0

27. ผู้จัดกระทำในงานวิจัย

งานวิจัย ส่วนใหญ่มีผู้วิจัยจัดกระทำด้วยตนเอง จำนวน 63 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนอีก 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.2 มีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดกระทำ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-25

ตารางที่ 1-25 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้จัดกระทำในงานวิจัย

ผู้จัดกระทำ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ผู้วิจัย	59	1	3	63	81.8
ผู้วิจัยและผู้ช่วย	9	2	3	14	18.2
รวม	68	3	6	77	100.0

28. ผู้รับการจัดกระทำในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ให้การจัดกระทำ กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 62 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80.5 ส่วนงานวิจัยที่ให้การจัดกระทำ กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีจำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.4 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-26

ตารางที่ 1-26 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้รับการจัดกระทำในงานวิจัย

ผู้รับการจัดกระทำ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่		
	มหาบัณฑิต	ดุษฎีบัณฑิต	วิทยานิพนธ์		
ผู้ป่วย	57	2	3	62	80.5
ผู้ป่วยและญาติ	3	1	1	5	6.5
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	8	0	0	8	10.4
ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง	0	0	2	2	2.6
รวม	68	3	6	81	100.0

29. วิธีการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเอง จำนวน 51 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.2 ส่วนที่ใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงจากเครื่องมือวิจัยของผู้อื่น จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.9 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-27

ตารางที่ 1-27 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
สร้างเอง	47	1	3	51	66.2
ดัดแปลงของผู้อื่น	12	1	0	13	16.9
นำมาใช้เลย	4	0	0	4	5.2
สร้างเองและใช้ของ ผู้อื่น	5	1	0	6	7.8
ไม่ระบุ	0	0	3	3	3.9
รวม	68	3	6	77	100.0

30. วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้การทดสอบ ความเที่ยง จำนวน 72 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ทดสอบความตรงจำนวน 69 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 89.6 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-28

ตารางที่ 1-28 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

วิธีการตรวจสอบ เครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท(ร้อยละ)			รวม	ร้อยละ (total 77)
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ความเที่ยง	67	3	2	72	93.5
ความตรง	63	3	3	69	89.6
อำนาจจำแนก	21	1	0	22	28.6
ความยาก	2	0	0	2	2.6
Item analysis	1	0	0	1	1.3
ไม่ระบุ	1	0	3	4	5.2

31. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง มีจำนวน 67 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 87.0 ส่วนงานวิจัยที่เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีจำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.4 และเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.6 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-29

ตารางที่ 1-29 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
ผู้วิจัย	61	2	4	67	87.0
ผู้ช่วยวิจัย	2	0	0	2	2.6
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	5	1	2	8	10.4
รวม	68	3	6	77	100.0

32. การเตรียม และการตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุนำการเตรียมผู้เก็บข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 73 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 94.8 มีงานวิจัยเพียงจำนวนเล็กน้อย ที่รายงานการฝึกการเก็บข้อมูล และการทดสอบ intra-rater reliability ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-30

ตารางที่ 1-30 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และการเตรียม การตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

การเตรียม และการ ตรวจสอบคุณภาพการเก็บ รวบรวมข้อมูลในงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
มีการฝึกเก็บข้อมูล	3	0	0	3	3.9
ทดสอบ intra-rater reliability	1	0	0	1	1.3
ไม่ระบุ	64	3	6	73	94.8
รวม	68	3	6	77	100.0

33. การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 74 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 96.1 มีงานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.9 และไม่มีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบเดียว ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-31

ตารางที่ 1-31 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
เชิงปริมาณ	65	3	6	74	96.1
เชิงคุณภาพ	0	0	0	0	0
เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	3	0	0	3	3.9
รวม	68	3	6	77	100.0

34. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

สถิติบรรยายส่วนใหญ่ใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแจกแจงความถี่ ส่วนสถิติอ้างอิงส่วนใหญ่ใช้สถิติ paired t-test และ student t-test ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-32 และ 1-33

ตารางที่ 1-32 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

สถิติบรรยาย	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ (total 77)
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-ค่าเฉลี่ย	66	3	4	73	94.8
-ร้อยละ	61	3	4	68	88.3
-ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	61	3	4	68	88.3
-แจกแจงความถี่	55	3	4	62	80.5
-ส่วนเบี่ยงเบนควอ ไทล์	4	0	0	4	5.2
-มัธยฐาน	3	0	0	3	3.9
-ฐานนิยม	2	0	0	2	2.6
-พิสัย	2	0	0	2	2.6

ตารางที่ 1-33 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย และสถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย (N = 77)

สถิติอ้างอิง	งานวิจัยแต่ละประเภท			รวม	ร้อยละ (total 77)
	วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต	วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต	งานวิจัยที่ไม่ใช่ วิทยานิพนธ์		
-Paired t-test	51	2	5	58	75.3
-Student t-test	47	3	1	51	66.2
-Pearson's product-moment correlation coefficient	15	1	3	19	24.7
-Chi-square test	16	2	1	17	22.1
-One-sample kolmogorov- smirnov of fit test	6	1	0	7	9.1
-ANOVA	5	1	0	6	7.8
-Wilcoxon matched pairs signed-ranks test	6	0	0	6	7.8
-ANCOVA	5	1	0	6	7.8
-Manwhitney-U test	6	0	0	6	7.8
-Z-test	6	0	0	6	7.8
-Fisher's exact probability	4	0	0	4	5.2
-Repeated measure	1	1	0	2	2.6
-Multiple logistic regression	1	1	0	2	2.6
-Newman-keul test	1	1	0	2	2.6
-Bonferroni technique	2	0	0	2	2.6
-McNemar test	2	0	0	2	2.6
-Scheffe's	1	0	0	1	1.3
-Multiple correlation coefficient	0	1	0	1	1.3
-F-test	1	0	0	1	1.3
-Friedman test	1	0	0	1	1.3

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

จากสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่าการจัดกระทำในการทดลอง จำแนกออกเป็น 6 ประเภท คือ

1. กระบวนการกลุ่ม
2. การให้คำปรึกษา
3. การให้ความรู้และสุขศึกษา
4. ระบบบริการ
5. การฝึกพฤติกรรม
6. การผสมผสาน

การพยาบาลในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม/กลุ่มสัมพันธ์

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม/กลุ่มสัมพันธ์ทั้งหมด 12 เรื่อง ดังนี้

1. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน รวมระยะดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2537)

2. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมกัน กำหนดปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการจัดอภิปรายกลุ่มภายหลังการได้รับความรู้ และได้รับคู่มือการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ (ทัศนิงษาครประเสริฐ, 2540)

3. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สาริตและฝึกการออกกำลังกาย พบเกษตรกรเพื่อให้ความรู้เรื่องยา และแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยทำกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ระยะห่าง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน กลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (นวรรตน์ สิริพิพรหม, 2542)

4. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบการปรับโครงสร้างทางปัญญาด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการทำกิจกรรม 5 ครั้งระยะห่าง 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 5 สัปดาห์ (สมจิตร สุทชนะ, 2543)

5. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ (นัยนันต์ เตชะวนิช, 2544)

6. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยมีการค้นหาปัญหา สร้างแนวคิดและจุดมุ่งหมายของกลุ่ม หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติกายบริหารและการเดินสุขภาพ มีการจัดการความเครียดด้วยการนวดกดจุด การเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ และการประเมินตนเองด้วยระยะเวลาในการพักผ่อน มีการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะห่างกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 40 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 16 สัปดาห์ (จารุภา เลหาพจนารถ, 2544)

7. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิดสร้างความเข้าใจสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน คิดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติ ร่วมสร้างแผนปฏิบัติการ พร้อมช่วยกันรับผิดชอบกิจกรรมที่ตกลงจะปฏิบัติ ทั้งที่จะต้องทำด้วยตนเอง และทำร่วมกับผู้อื่น มีการทำกิจกรรม 3 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 22 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์ (จินตนา วิเศษสาร, 2544)

8. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติการดูแลตนเอง และการนำเสนอด้วยแบบโดยให้กลุ่มร่วมอภิปรายและสรุปประเด็น มีการทำกิจกรรม 1 ครั้ง หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ (สุมาลี จูมทอง, 2544)

9. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม เพื่อสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถแห่งตน และการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลภายหลังการทดลอง 2 ครั้ง กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน โดยมีการประเมินผลภายหลังการทดลอง 2 ครั้ง ที่ระยะภายหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ต่อมา รวมระยะดำเนินการทดลอง 9 สัปดาห์ (พรทิพย์ ชีระกาญจน์, 2544)

10. งานวิจัยที่ดำเนินในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสาธิตและการฝึกการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ทำกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 45 คน รวมระยะดำเนินการทดลอง 10 สัปดาห์ (สุดารัตน์ สันติวงศานนท์, 2545)

11. งานวิจัยที่ดำเนินในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อการดูแลตนเอง และการสาธิตและการฝึกการออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีการทำกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (จิราวดี สินไชย, 2547)

12. งานวิจัยที่ดำเนินการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีการทำกิจกรรม 3 ครั้ง ระยะห่าง 1 สัปดาห์ มีการประเมินผลทุกครั้ง หลังการทดลอง ใช้กลุ่มทดลองกลุ่มเดียวมีจำนวน 30 คน รวมระยะดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์ (สุพรรณรัตน์ ชีไธ, 2547)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มทั้งหมด 12 เรื่อง โดยมีงานวิจัย 4 เรื่อง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537; สมจิตร สุทชนะ, 2541; สุดารัตน์ สันติวงศานนท์, 2545; จิราวดี สินไชย, 2547) ที่ประเมินภาวะควบคุมโรคโดยใช้ระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ดัชนีมวลกาย และการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง ระยะเวลาของการติดตามประเมินผลการทดลองมีตั้งแต่ 5 สัปดาห์ จนถึง 12 สัปดาห์ ดังนี้

ตารางที่ 2-1 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
กระบวนการกลุ่ม

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม				ภายในกลุ่ม						
		ก่อนทดลอง	ภายหลังการทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)		
			5	8	10	12	5	8	12	5	8	12
ระดับความดันโลหิต	NS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
ระดับความดันโลหิต	NS	2	-	1	-	-	-	1	-	-	1	1
ตัวล่าง	<.05	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ตัวบน	<.01	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
น้ำหนักตัว	NS	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
การประเมินค่าภาวะ	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
ความดันโลหิตสูง	<.05	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	<.01	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-1 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุภารัตน์ สันติวงศานนท์, 2545) เปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองที่ 10 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีงานวิจัยอีก 2 เรื่อง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537; จิราวดี สินไชย, 2547) ก่อนทดลองมีการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) แต่ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าความดันโลหิตตัวล่างในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (จิราวดี สินไชย, 2547) การเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองพบว่า ที่ 8 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) แต่ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าความดันโลหิตตัวล่าง หลังการทดลองลดลง

กว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (จิราวดี สินไชย, 2547) ส่วนการเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่างระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมทั้งที่ 8 สัปดาห์ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) และที่ 12 สัปดาห์ (จิราวดี สินไชย, 2547) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ซึ่งเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (จิราวดี สินไชย, 2547) พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราวดี สินไชย, 2547)

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 10 สัปดาห์ (สุธารัตน์ สันติวงศานนท์, 2545) พบว่ากลุ่มทดลองมีส่วนส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z\text{-value} = 2.58$)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ก่อนทดลองเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ 8 สัปดาห์ การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมที่ 8 สัปดาห์ พบว่าน้ำหนักตัวภายหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537)

ก่อนทดลองเปรียบเทียบการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าภาวะความดันโลหิตสูงในลักษณะมีความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สมจิตร สุทชนะ, 2541) การเปรียบเทียบการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าภาวะความดันโลหิตสูงในลักษณะมีความเครียดลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (สมจิตร สุทชนะ, 2541) การเปรียบเทียบการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง

ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิตร์ สุทระนะ, 2541)

ในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าม้งงานวิจัยที่ใช้กระบวนการกลุ่ม 9 เรื่องจาก 12 เรื่อง ที่ประเมินในเรื่องพฤติกรรม เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค การควบคุมโรค การควบคุมความดันโลหิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหารไขมันสูงและเค็ม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ระยะเวลาการติดตามผลตั้งแต่ 1 สัปดาห์จนถึง 16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-2 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม								ภายในกลุ่ม								
		ก่อน ทดลอง (สัปดาห์)	ภายหลังการทดลอง (สัปดาห์)						กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)					
			3	5	6	8	9	12	1	3	6	8	9	12	6	8	9	12
การดูแลสุขภาพ ตนเอง	NS	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1
	<.05	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	-	1	1	-	-	1	1	1	1	1	-		1	-	-
การดูแลตนเอง ที่จำเป็น โดยทั่วไป	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.01	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-		1	-	-	-	-	-
การดูแลตนเอง ตามระยะ พัฒนาการ	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.01	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
การดูแลตนเอง ที่จำเป็นเมื่อเป็น โรคความดัน โลหิตสูง	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.01	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-2 มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 เรื่อง (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2537; ทศน์ หงษาครประเสริฐ, 2540; นวรัตน์ สิริพิพรหม, 2542; สุมาลี จุมทอง, 2544; จิราวดี สิ้นไชย, 2547) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ 3 สัปดาห์ (ทศน์ หงษาครประเสริฐ, 2540) และ 6 สัปดาห์ (จินตนา วิเศษสาคร, 2544) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ส่วนที่ 5 สัปดาห์ (สุมาลี จุมทอง, 2544) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ที่ 8 สัปดาห์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2537) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ส่วนที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) และที่ 12 สัปดาห์ (นวรัตน์ สิริพิพรหม, 2542) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง ที่ 1 สัปดาห์ (สุพรัตน์ ชีไธ, 2547) ที่ 3 สัปดาห์ (ทศน์ หงษาครประเสริฐ, 2540) และ 6 สัปดาห์ (จินตนา วิเศษสาคร, 2544) ที่ 8 สัปดาห์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2537) และที่ 9 สัปดาห์ (พรทิพย์ ชีระกาญจน์, 2544) พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 แต่มีงานวิจัย 2 เรื่องภายหลังการทดลอง ที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) และที่ 12 สัปดาห์ (นวรัตน์ สิริพิพรหม, 2542) พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองพบว่า ที่ 6 สัปดาห์ (จินตนา วิเศษสาคร, 2544) ที่ 9 สัปดาห์ (พรทิพย์ ชีระกาญจน์, 2544) ที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) และที่ 12 สัปดาห์ (นวรัตน์ สิริพิพรหม, 2542) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 เรื่อง แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมที่ 8 สัปดาห์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2537) พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปพบว่า มี 1 เรื่อง การเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเริญโดยทั่วไปดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สิ้นไชย, 2547) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการพบว่า มี 1 เรื่อง ที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สินไชย, 2547) เปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ 9 สัปดาห์ (จิราวดี สินไชย, 2547) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เช่นเดียวกับ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ ที่พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จิราวดี สินไชย, 2547) แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราวดี สินไชย, 2547)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มี 1 เรื่อง ก่อนทดลองการเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราวดี สินไชย, 2547) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 9 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จิราวดี สินไชย, 2547) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จิราวดี สินไชย, 2547) แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 9 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราวดี สินไชย, 2547)

ตารางที่ 2-2 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
กระบวนการกลุ่ม (ต่อ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม (สัปดาห์)				ภายในกลุ่ม (สัปดาห์)					
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง			กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
			6	8	16	6	8	16	6	8	16
พฤติกรรมกา	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ควบคุมโรค	<.01	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1
การป้องกัน	NS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะแทรกซ้อน	<.05	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	<.01	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	1	-	-	1	1	-	-	1	-
การควบคุมอาหาร	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
และเครื่องดื่ม	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-
การสูบบุหรี่การดื่ม	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
สุรา	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
การออกกำลังกาย	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.01	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
การพักผ่อนและ	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
คลายเครียด	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
การปฏิบัติเมื่อแพ้ยา	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-2 (ต่อ) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคพบว่า มี 1 เรื่อง ก่อนทดลอง การเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุภา เลหาพจนารถ, 2544) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองที่ 16 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จารุภา เลหาพจนารถ, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคภายในกลุ่มทดลอง และการเปรียบเทียบ

ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 16 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จารุภา เลาหพจนารถ, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตพบว่า มี 1 เรื่อง ที่ 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี ถึงร้อยละ 60 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดีมีเพียงร้อยละ 13.33 (นวรรตน์ สิทธิพรหม, 2542) (ไม่มีในตาราง)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบว่า มี 2 เรื่อง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537; จินตนา วิเศษสาธ, 2544) การเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 6 สัปดาห์ (จินตนา วิเศษสาธ, 2544) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และที่ 8 สัปดาห์ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 6 สัปดาห์ และที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (จินตนา วิเศษสาธ, 2544; อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 6 สัปดาห์ และที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (จินตนา วิเศษสาธ, 2544) และ .001 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ตามลำดับ

มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองและจำแนกเป็นรายด้าน คือ การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ดื่มสุรา การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายเครียด การปฏิบัติเมื่อแพ้ยา มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างทางสถิติในทุกด้าน แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ในด้านการออกกำลังกาย ส่วนด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ดื่มสุรา การพักผ่อนและคลายเครียด การปฏิบัติเมื่อแพ้ยามีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองและจำแนกเป็นรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ในทุกด้าน แต่ภายในกลุ่ม

ควบคุม พบว่าด้านการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ดื่มสุรา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ส่วนในด้านการพักผ่อนและคลายเครียด พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ด้านการปฏิบัติเมื่อแพ้ยาภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม ด้านเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะโรคภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537)

การพยาบาลในรูปแบบของการให้คำปรึกษา

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามิงงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้คำปรึกษาทั้งหมด 4 เรื่อง โดยเป็นกิจกรรมการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ส่วนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลยังไม่มีการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ในเรื่องนี้เลย โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มมีจำนวนทั้งสิ้น 4 เรื่องดังนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการให้คำปรึกษาในเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้คำปรึกษาจำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 25 คน (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536)

2. เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการให้คำปรึกษาในเรื่อง การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การจัดการทำอาหารโดยโภชนาการ และการพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยา โดยจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 53 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 53 คน (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538)

3. เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต การลดความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 8 ครั้งภายในเวลา 8 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ 1 มีจำนวน 6 คน กลุ่มทดลองที่ 2 มีจำนวน 6 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 6 คน (สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง, 2542)

4. เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการให้คำปรึกษาในเรื่องประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 48 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 47 คน (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้คำปรึกษาทั้งหมด 4 เรื่องโดยมีงานวิจัย 3 เรื่องที่ประเมินภาวะควบคุมโรค อีก 1 เรื่องไม่มีการประเมินภาวะควบคุมโรค แต่มีการประเมินตัวชี้วัดอื่น (สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง, 2542) การประเมินภาวะควบคุมโรคใช้ ระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง น้ำหนักตัว Cholesterol, Triglyceride และ HDL ระยะการติดตามประเมินผลตั้งแต่ 12-16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินผลการทดลองสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 2-3 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม (สัปดาห์)		ภายในกลุ่ม (สัปดาห์)			
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง (สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)		กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
				12	16	12	16
ระดับความดันโลหิต	NS	-	1	-	-	-	-
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	NS	2	1	-	-	-	1
	<.001	-	1	1	1	-	-
ระดับความดันโลหิตตัวบน	<.01	-	1	-	-	-	-
น้ำหนักตัว	<.05	-	1	-	-	-	-
Cholesterol	NS	1	-	-	-	1	-
	<.01	-	1	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	1	-	-
Triglyceride	NS	1	1	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	1	-	1
HDL	NS	1	1	-	-	-	1
	<.001	-	-	-	1	-	-

จากตารางที่ 2-3 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 งานวิจัย (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตรกุล, 2538; ดวงเดือน เทียง

สันเทียะ, 2543) และมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ และที่ 16 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) โดยกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มี 1 งานวิจัย ที่มีการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ และที่ 16 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543)

การเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) โดยมีระดับความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม

มี 1 งานวิจัยที่ประเมินน้ำหนักตัว โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536)

การประเมินระดับไขมันในเลือด คือ โครสเตอรอล ไตรกรีเซอไรด์ และ HDL พบว่ามี 1 งานวิจัย มีการเปรียบเทียบระดับ โครสเตอรอล ไตรกรีเซอไรด์ และ HDL ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าระดับโครสเตอรอล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) โดยกลุ่มทดลองมีระดับโครสเตอรอลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับไตรกรีเซอไรด์และHDL การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและภายหลังการทดลองที่12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีระดับโครสเตอรอล ไตรกรีเซอไรด์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง แต่มีระดับ HDL เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับของโครสเตอรอลและ ระดับของHDL แต่พบว่ามีค่าแตกต่างของระดับไตรกรีเซอไรด์ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่.001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล, 2538) โดยภายหลังการทดลองมีระดับไตรกรีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้คำปรึกษาทั้ง 4 เรื่อง มีการประเมินพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างด้วย คือ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการตรวจตามนัด พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ระยะการติดตามประเมินประสิทธิผลตั้งแต่ 9-16 สัปดาห์ ซึ่งผลการทดลองสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 2-4 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา

ตัวชี้วัดพฤติกรรม สุขภาพ	p-value	ระหว่างกลุ่ม				ภายในกลุ่ม						
		ก่อน ทดลอง	ภายหลังการทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
			9	12	13	16	9	12	13	16	12	16
พฤติกรรม	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
สุขภาพ	<.05	-	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	2	-	-	-	2	-	-	1	-
การบริโภค	NS	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
อาหาร	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	2	-	1	-	2	-	1	1	-
การออกกำลังกาย	NS	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	2	-	1	-	2	-	1	-	-
การมาตรวจตามนัด	NS	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1	-

ตารางที่ 2-4 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้
คำปรึกษา (ต่อ)

ตัวชี้วัด พฤติกรรม สุขภาพ	p-value	ระหว่างกลุ่ม				ภายในกลุ่ม						
		ก่อน ทดลอง	ภายหลังการทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)				กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
			9	12	13	16	9	12	13	16	12	16
การรับประทาน	NS	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ยาอย่างสม่ำเสมอ	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1	-
การผ่อนคลาย	NS	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
ความเครียด	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	2	-	1	-	2	-	1	-	-
การพักผ่อน	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
การควบคุม	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
น้ำหนักตัว	<.001	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-
การดื่มสุรา	NS	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
การสูบบุหรี่	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง คือที่ 9 สัปดาห์ และระยะติดตามผลที่ 13 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (สุภาวดี ดงสกุลรุ่งเรือง, 2542) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง และ

ภายหลังการทดลอง ที่ 9 สัปดาห์และระยะติดตามผลที่ 13 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (สุภาวดี ดงสกุลรุ่งเรือง, 2542) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ระยะ 12 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) และ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538)

การเปรียบเทียบในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าที่ 12 สัปดาห์ ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) และ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) ส่วนที่ 16 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกาย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) แต่เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ในกลุ่มควบคุม มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรม การออกกำลังกายดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) แต่ อีก 1 เรื่องไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) เช่นเดียวกัน

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการตรวจตามนัด มีจำนวน 2 เรื่อง เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) พบว่ากลุ่ม ทดลองมีพฤติกรรมการตรวจตามนัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) แต่มี 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล , 2538) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน การทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า 2 เรื่อง ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการมา ตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) และ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ รับประทานยาสม่ำเสมอ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) แต่มี 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอดีกว่าก่อนการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า

ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) และอีก 1 เรื่อง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536; ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์พบว่า มีภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) แต่อีก 2 เรื่อง ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ 12 สัปดาห์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) และที่ 16 สัปดาห์ (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543) เช่นเดียวกัน

การประเมินการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัว มีจำนวน 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) แต่หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัว ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัวภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัว ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) การเปรียบเทียบการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัวภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัว ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุรา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวน 1 เรื่อง พบว่าทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรารายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรารายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวน 1 เรื่อง พบว่าก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) แต่หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่รายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่รายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536)

การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้/สุขภาพ

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามีการวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้ความรู้/สุขภาพ ทั้งหมด 14 เรื่อง ดังนี้

1. งานวิจัยที่มีการประเมินผลการให้ความรู้ และการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับการสอนสุขภาพ ทำกิจกรรมให้ความรู้ 6 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียว จำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 28 สัปดาห์ (สุภาพ นันทา, ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2536)

2. งานวิจัยที่ศึกษาผลของการสอนสุขภาพเป็นรายกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แผ่นพับ โดยสอน และอธิบายตามแผ่นพับ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ทำกิจกรรม 1 ครั้งประเมินความรู้ภายหลังการสอนที่ 2 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว จำนวน 45 คน (มาลี สุดสวนสี, 2539)

3. งานวิจัยที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยให้ความรู้ 3 ครั้ง มีกลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 50 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (อำไพ ชนะกอก ราตรี โอภาส และบุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์, 2539)

4. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก มีการบรรยายประกอบภาพพลิกและแจกเอกสารแผ่นพับให้ไปศึกษาต่อที่บ้าน มีการทำกิจกรรมดังกล่าว 2 ครั้ง และมีการประเมินผลเปรียบเทียบในเรื่อง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 7 หลังการทดลอง มีกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ (สุชาดา สัทธรรม, 2539)

5. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ใช้กลุ่มทดลอง กลุ่มเดียวมีจำนวน 40 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ (นิลวดี ศิริพันธ์ และอารีรัตน์ นโนภาส, 2539)

6. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและญาติ ทำกิจกรรม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ประเมินผลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 7 รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540)

7. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ (ปรีดา ปูนปั้นฉาย, 2540)

8. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของ กิจกรรมการสอนให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติ的自我ดูแลตนเองรายกลุ่มและรายบุคคลพร้อมญาติ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 5 สัปดาห์ (สุทิน คำชาย, 2541)

9. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชน โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 12 ครั้งต่อคน แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว จำนวน 35 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 52 สัปดาห์ (ปราณี ฝ่ายเทศ และคณะ, 2541)

10. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบกำหนดวาระล่วงหน้า (Experimental group1) และไม่กำหนดวาระล่วงหน้า (Experimental group2) โดยทำกิจกรรม 7 ครั้ง

ห่างกัน 1 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ (วิรัช มั่นในบุญธรรม, 2541)

11. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาล โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับกลุ่มทดลอง คือ การฉายสไลด์พร้อมบรรยาย การเสนอตัวแบบ การสาธิตการฝึกทักษะ การกำหนดกิจกรรมจากภูมิปัญญาในกลุ่ม การส่งเสริมความภาคภูมิใจภายในกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนโดยกลุ่ม ทำกิจกรรม 12 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลอง จำนวน 48 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 48 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543)

12. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการจักกิจกรรมสุขศึกษารายบุคคล กิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 เป็นกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีกลุ่มทดลองจำนวน 64 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 66 คน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544)

13. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของสตรีสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ที่เน้นการดูแลที่บ้าน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่บ้านตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง 5 ขั้นตอน ร่วมกับการดูแลตามปกติ ทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง มีกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

14. งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลกิจกรรมการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ (สว่างจิตต์ จันท, 2544)

ในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้/การสอน/สุขศึกษาทั้งหมด 14 เรื่อง โดยมีงานวิจัย 6 เรื่อง (สุภาพ นันทา และธีรนนท์ วรรณศิริ, 2536; นิลวดี สิริพันธ์ และอารีรัตน์ นโนภาส, 2539; ปรีดา ปูนปั้นฉาย, 2540; ปราณี ฝ่ายเทศ และคณะ, 2541; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544; ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) ที่ประเมินภาวะควบคุมโรค คือ ค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร น้ำหนักตัว ค่าดัชนีน้ำตาลในเลือด ชีพจร โคเรสเตอรอล HDL ภาวะการควบคุมโรค ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-5 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้/สุขภาพ

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม						
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)			(สัปดาห์)			
			8	12	8	28	12	52	8	12
ระดับความดันโลหิต	<.01	-	-	1	-	-	-	-	-	1
โลหิต	<.001	-	-	-	-	-	1	-	-	-
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
โลหิตตัวบน	<.05	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	1
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	-	-	-	-	1	1
โลหิตตัวล่าง	<.05	-	1	1	1	-	-	1	-	-
	<.001	-	-	1	-	-	1	-	-	-
น้ำหนักตัว	NS	1	-	1	-	-	-	-	-	-
ดัชนีมวลกาย	NS			1	-	-	-	-	-	-
ชีพจร	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cholesterol	NS	-	-	-	-	-	-	1	-	-
HDL	NS	-	-	-	-	-	-	1	-	-
การควบคุมโรค	NS	-	-	-	-	1	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-5 งานวิจัยที่ประเมินความดันโลหิต 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตหลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) ส่วนการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ (ไม่มีในตาราง) พบว่าภายหลังการทดลองค่าระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองคิดเป็นร้อยละ 90 (นิลวดี สิริพันธ์, อาริรัตน์ นโนภาส, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองค่าระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001(ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) แต่การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองค่าระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

มีการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนทดลอง (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังทดลอง แต่ภายหลังทดลอง ที่ 12 สัปดาห์มีค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) และที่ .001 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) พบว่าภายหลังการทดลอง ค่าระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนทดลอง (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540) ส่วนที่ 12 สัปดาห์มีค่าความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) และที่ .001 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของ ภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองค่าระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) และที่ 52 สัปดาห์ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก็พบว่าภายหลังการทดลอง ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ปราณี ฝ่ายเทศ และคณะ, 2541) การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540) และที่ 12 สัปดาห์ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) พบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของ ภายหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) พบว่าน้ำหนักตัวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 7 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีน้ำหนักตัวลดลง ร้อยละ 79.4 (นิลวดี ศิริพันธ์, อารีรัตน์ นโนภาส, 2539)

การประเมินเรื่องค่าดัชนีมวลกาย ประเมินโดยมีการเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544)

การประเมินระดับโคเรสเตอรอล และระดับHDL มีการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองที่ 52 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปราณี ฝ่ายเทศ และคณะพยาบาลวิชาชีพ 7, 2541)

การประเมินการควบคุมโรคมีงานวิจัย ที่มีการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองที่ 28 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาพ นันทา, ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2536)

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้/สุขภาพศึกษาทั้งหมด 14 เรื่อง โดยมีงานวิจัย 9 เรื่อง (อำไพ ชนะกอก,ราตรี โอภาส,บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์, 2539; สุชาดา สัทธรรม, 2539; มาลี สุดสวนสี, 2539; ปรีดา ปูนปั้นฉาย, 2540; ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540; ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2544; สว่างจิตต์ จันท, 2544) ที่ประเมินเรื่องพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูง พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา universal self-care practice, developmental self-care practice, health deviation self-care practice และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง ที่ 2-12 สัปดาห์ ผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-6 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้/สุศึกษา

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม			ภายในกลุ่ม			
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)		
			4	7	12	2	7	12
การดูแลตนเอง	NS	2	-	-	-	-	-	1
	<.05	-	1	-	1	-	1	-
	<.01	-	-	1	-	1	-	-
	<.001	-	-	-	2	-	-	2
การรับประทานยา	NS	1	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	1	-	-	1
การควบคุมน้ำหนัก	NS	-	-	-	-	-	-	-
การบริโภคอาหาร (เค็ม ไขมันสูง)	NS	2	-	-	-	-	-	1
	<.001	-	-	-	2	-	-	2
การหลีกเลี่ยง	NS	1	-	-	-	-	-	1
เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	<.05	-	-	-	1	-	-	-
	<.01	-	-	-	-	-	1	-

ตารางที่ 2-6 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้
ความรู้/สุศึกษา (ต่อ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p- value	ระหว่างกลุ่ม					ภายในกลุ่ม				
		ก่อน ทดลอง (สัปดาห์)	หลังทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)		
			7	8	12	2	7	12	4	7	12
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	NS	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	<.05	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
การสูบบุหรี่	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	<.05	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	NS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<.001	-	1	-	1	-	1	1	-	1	1

จากตารางที่ 2-6 พบว่ามี 6 เรื่องที่มีการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวน 2 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อำไพ ชนะกอก,ราตรี โอภาส,บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์, 2539; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) แต่การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สว่างจิตต์ จันทร, 2544) และที่ 7 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สุชาดา สัทธรรม, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (อำไพ ชนะกอก,ราตรี โอภาส,บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ (มาลี สุดสวนสี, 2539) ที่ 4 สัปดาห์ (สว่างจิตต์ จันทร, 2544) ที่ 7 สัปดาห์ (สุชาดา สัทธรรม, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลอง ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .05, .05 และ .001 ตามลำดับ การเปรียบเทียบ

พฤติกรรม การดูแลตนเองภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองพบว่าที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

การประเมินพฤติกรรม การรับประทานยา มีการเปรียบเทียบ พฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มี 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) และภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง มีพฤติกรรมรับประทานยาดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง มีพฤติกรรมรับประทานยาดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) เช่นกัน

การประเมินในเรื่อง พฤติกรรม การบริโภคอาหาร มี 2 เรื่อง ที่มีการเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองพฤติกรรมบริโภคอาหารดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีวกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อีก 1 เรื่องที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีวกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544)

การประเมินในเรื่อง พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบว่า มี 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่าง

ก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน การเปรียบเทียบพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน

การประเมินในเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ พบว่า มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า มี 2 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า มี 2 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 7 สัปดาห์ (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540) และที่ 12 สัปดาห์ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540) และที่ 12 สัปดาห์ (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ (ชไมพร มณีรัตนพันธ์, 2540) และที่ 12 สัปดาห์ (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2-6 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้/สุศึกษา (ต่อ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม			
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
		8	12	8	12	8	12
การออกกำลังกาย	NS	2	-	-	-	-	1
	<.01	-	-	-	-	-	1
	<.001	-	2	-	2	-	-
การคลายเครียด	NS	1	-	-	-	-	-
	<.001	1	1	-	1	-	1
การมาตรวจตามนัด	NS	-	1	-	-	-	-
	<.05	1	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	-	1	-	-
	<.001	-	-	-	-	-	1
ความร่วมมือในการรักษา	NS	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	1	1	-	-	-

ตารางที่ 2-6 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการให้
คำปรึกษา (ต่อ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม			
		ก่อน	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		ทดลอง (สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
		8	12	8	12	8	12
Universal self-care	NS	1	-	-	-	-	1
practice	<.001	-	-	1	-	-	-
developmental self-care	NS	1	-	-	-	-	-
practice	<.01	-	-	-	-	-	1
	<.001	-	1	-	1	-	-
health deviation self-care	NS	1	-	-	-	-	1
practice	<.001	-	1	-	1	-	-
การตรวจวัดความดัน	NS	1	-	-	-	-	1
โลหิตอย่างสม่ำเสมอ	<.001	-	1	-	1	-	-

จากตารางที่ 2-6 (ต่อ) การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มี 2 เรื่อง มีการเปรียบเทียบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่ 12 สัปดาห์ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการคลายเครียด พบว่า มี 2 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการคลายเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) และการเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการคลายเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการคลายเครียด ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการคลายเครียด ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทั้ง 2 กลุ่ม (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด พบว่า มี 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) แต่การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (กฤษฎา กาญจนพิบูลย์, 2544)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่า มี 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ หลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ปริดา ปูนปั้นฉาย, 2540)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมในด้าน universal self care practice , development self care practice, health deviation self care practice พบว่า มี 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบก่อนทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) แต่การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรม ในด้าน universal self care practice , development self care practice, health deviation self care practice ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมในด้าน universal self care practice, health deviation self care practice ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พฤติกรรมในด้าน development self care practice ภายหลังการทดลอง ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2544)

การประเมินในเรื่องพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ พบว่า มี 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) แต่การเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543)

การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมระบบบริการ

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมระบบบริการทั้งหมด 9 เรื่อง โดยเป็นกิจกรรมในลักษณะรูปแบบของการพยาบาลในรูปแบบระบบบริการต่างๆ เช่น

1. งานวิจัยที่ดำเนินการให้ได้รับการพยาบาลสาธารณสุขแบบที่ 1 การพยาบาลสาธารณสุขแบบที่ 2 และการบริการตามปกติ โดยการพยาบาลสาธารณสุขแบบที่ 1 คือ การสนทนาซักถาม ให้คำแนะนำ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยเป็นรายบุคคลกับผู้วิจัยที่คลินิกความ

ดันโลหิตสูง การพยาบาลสาธารณสุขแบบที่ 2 คือ การสนทนา ซักถาม ให้คำแนะนำ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่ระบุว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้วิจัยที่บ้านของผู้ป่วย การบริการตามปกติ คือ การบริการตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และพยาบาลในคลินิกความดันโลหิตสูง มีการทำกิจกรรม 2 ครั้งห่างกัน 4-8 สัปดาห์ ติดตามประเมินผล 2 ครั้งที่ 4-8 สัปดาห์ และ 12-24 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ 1 มีจำนวน 81 คน กลุ่มทดลองที่ 2 มีจำนวน 80 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวน 80 คน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532)

2. งานวิจัยที่ดำเนินการให้ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง มีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2 ครั้ง ครั้งแรกตอนแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 37-39 สัปดาห์ และติดตามการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากแบบรายงานการฝากครรภ์ จนถึงระยะคลอด กลุ่มทดลอง มีจำนวน 89 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวน 91 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ (จรัสศรี ชีระกุลชัย, 2536)

3. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยศึกษาประสิทธิผลของการค้นหาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการตรวจวัดความดันโลหิต โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการทดลองโดย อสมมีจำนวน 43 คน ที่ได้รับการอบรมในการวัดความดันโลหิตจนเชื่อถือได้ ไปบริการตรวจวัดความดันให้กับกลุ่มทดลอง (ประชาชนในเขตเทศบาล มีจำนวน 9,607 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีจำนวน 162 คน) ที่บ้าน 2 ครั้ง ประเมินผลในเรื่อง ความเชื่อถือได้ของผลการตรวจวัดความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัตราโรคแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่อการตรวจวัดความดันโลหิต โดยอาสาสมัครสาธารณสุข รวมระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 36 สัปดาห์ (คณิต ดันติศิริวิทย์, พิกุล เสงสนันกูล, 2537)

4. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยการตั้งเป้าหมายและมีวิธีการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลต่อระดับความดันโลหิต การรบกวนชีวิต ความพึงพอใจ และภาวการณ์รับรู้ภาวะสุขภาพ ทำกิจกรรม 3 ครั้งระยะห่าง 2 สัปดาห์ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลอง มีจำนวน 35 คน แต่ไม่มีกลุ่มควบคุม (ประภาพร ชูกำเนิด, 2542)

5. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ครั้งแรก มีการดำเนินการ 3

ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ และมีการประเมินผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง 2 ครั้ง ที่ 2 และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวน 25 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543)

6. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยการให้การพยาบาลแบบการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มีการทำกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน โดยมีการประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันแรกของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล และครั้งที่ 2 ในวันที่สาม ของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ (ปราณี ป้องเรือ, 2543)

7. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยการให้ได้รับโปรแกรมเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรค ทำกิจกรรม 5 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 80 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 80 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (รัชนิทร สาธุเสน, 2543)

8. งานวิจัยที่ดำเนินการโดยการให้การพยาบาลอย่างมีรูปแบบมีการทำกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ และมีการวิเคราะห์ต้นทุน 3 ครั้ง หลังการทดลองแต่ละสัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ (สุภาสุข จันทมงคล, 2544)

9. งานวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยมีการปฏิสัมพันธ์การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาลร่วมกัน กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน เปรียบเทียบกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ให้บริการ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวน 25 คน (นภารัตน์ ธารพร, 2545)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมระบบบริการต่างๆทั้งหมด 9 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยมีงานวิจัย 4 เรื่องที่ประเมินภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และ อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีตั้งแต่ 3 สัปดาห์ จนถึง 10 สัปดาห์ อีก 5 เรื่องที่ไม่มีการประเมินในเรื่องนี้ คือ (จริยาวัตร คมพักษ์, 2532; คณิต ตันติศิริวิทย์, พิกุล เสงสนันกุล, 2537; ปราณี ป้องเรือ, 2543; ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543; รัชนิทร สาธุเสน, 2543) ซึ่งการประเมินผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-7 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบระบบบริการ

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม (สัปดาห์)			ภายในกลุ่ม (สัปดาห์)	
		ก่อน ทดลอง (สัปดาห์)	หลังทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)
			3	8	10	
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	NS	2	1	-	-	1
	<.05	-	-	-	-	1
	<.001	-	-	1	-	1
อัตราการเกิดความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์	NS	-	-	-	1	-

จากตารางที่ 2-7 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง คือมีการเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาสุข จันทมงคล, 2544; นภารัตน์ ธารพร, 2545) และ การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 3 สัปดาห์ (สุภาสุข จันทมงคล, 2544) แต่ที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (นภารัตน์ ธารพร, 2545) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 3 สัปดาห์ (สุภาสุข จันทมงคล, 2544) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ประภาพร ชูกำเนิด, 2542) และ .001 (นภารัตน์ ธารพร, 2545)

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิรัสศรี ชีระกุลชัย, 2536)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าม้งงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมระบบบริการต่างๆทั้งหมด 9 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยมีงานวิจัย 5 เรื่องที่ประเมินพฤติกรรม คือ การปฏิบัติตนโดยรวม ความร่วมมือในการใช้ยา การมาโรงพยาบาลตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ

ความสามารถในการดูแลตนเอง การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ จนถึง 24 สัปดาห์ ซึ่งการประเมินผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-8 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบระบบบริการ

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม				ภายในกลุ่ม							
		ก่อน	หลังการทดลอง				กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม		
			ทดลอง	(สัปดาห์)				(สัปดาห์)				(สัปดาห์)	
				(สัปดาห์)	2	3	4	8	2	4	8	24	2
การปฏิบัติตน	NS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
โดยรวม	<.05	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
	<.001	-	1	-	1	1	1	1	1	-	-	-	
ความร่วมมือใน	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
การใช้ยา	<.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
การมาโรงพยาบาล	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ตามนัด	<.05	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
	<.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	<.001	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	
การสังเกตอาการ	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
ผิดปกติ	<.001	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	
	<.001	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
การพักผ่อนและ	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	
การทำกิจกรรม	<.001	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	
การรับประทาน	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
อาหารและยา	<.05	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
	<.001	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	
การสูบบุหรี่และ	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
การดื่มสุรา													
ความสามารถใน	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
การดูแลตนเอง													

จากตารางที่ 2-8 มีการเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี 2 เรื่อง (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543; นภารัตน์ ธารพร, 2545) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) และ ที่ 8 สัปดาห์ (นภารัตน์ ธารพร, 2545) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายหลังการทดลอง ที่ 3 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก็พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สุภาสุข จันทมงคล, 2544) การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) และ ที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง มีการปฏิบัติตนโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (นภารัตน์ ธารพร, 2545) แต่การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา มีการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองที่ 24 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (คณิต ดันติศิริวิทย์, พิกุล เสงสนันกุล, 2537) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบการมาโรงพยาบาลตามนัด มีการเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมาโรงพยาบาลตามนัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบการมาโรงพยาบาลตามนัดภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองการมาโรงพยาบาลตามนัด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) และ ที่ 24 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (คณิต ดันติศิริวิทย์, พิกุล เสงสนันกุล, 2537) แต่การเปรียบเทียบการมาโรงพยาบาลตามนัดภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543)

การเปรียบเทียบการสังเกตอาการผิดปกติมี 1 เรื่อง ที่มีการเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การ

เปรียบเทียบการการสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการสังเกตอาการผิดปกติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบการสังเกตอาการผิดปกติภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองการสังเกตอาการผิดปกติดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบการสังเกตอาการผิดปกติภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543)

การเปรียบเทียบการพักผ่อนและการทำกิจกรรม มีการเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยาพรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) แต่การเปรียบเทียบการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ภายหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการพักผ่อน และการทำกิจกรรม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปริยาพรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและ ภายหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีการพักผ่อนและการทำ กิจกรรม มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปริยาพรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) แต่ ที่ 24 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คณิต ตันติศิริวิทย์, พิกุล เสงสนัน ฑูล, 2537) การเปรียบเทียบการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยาพรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543)

การเปรียบเทียบการรับประทานอาหารและยา มีการเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543 การเปรียบเทียบการรับประทานอาหารและยา ภายหลังการทดลอง ที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานอาหารและยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543) และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าด้านการรับประทานอาหารไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านการรับประทานยา มีการปฏิบัติตัวดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (คณิต ดันติศิริวิทย์, พิกุล เฮงสนั่นกุล, 2537) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อน

ทดลอง และหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2543)

มีการเปรียบเทียบการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา 1 เรื่อง ภายในกลุ่มทดลองที่ 24 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คณิตตันศิริวิทย์, พิกุล เสงสนั่นกุล, 2537)

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองที่ 10 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรัสศรี ชีระกุลชัย, 2536)

การพยาบาลในรูปแบบของการฝึกพฤติกรรม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าม้งงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการฝึกพฤติกรรมทั้งหมดจำนวน 4 เรื่อง

1. งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการฝึกผ่อนคลาย และให้ไปฝึกเองที่บ้านทุกวัน กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ราย รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (ศรีนวล พุ่มเจริญ, 2523)

2. งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการออกกำลังกาย มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองใช้การออกกำลังกายแบบไทจีซัง กลุ่มควบคุมไม่ได้การออกกำลังกายแบบไทจีซัง กลุ่มทดลอง ทำกิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 8 สัปดาห์ จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 10 สัปดาห์ (กิ่งดาว ชุ่ยอภัย, 2544)

3. งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการใช้โยคะ มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีจำนวน 27 คน ดำเนินการทดลองโดยมีการฝึกโยคะ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 63 นาที รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ (ประทุม รักนุ้ย, 2546)

4. งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการออกกำลังกาย มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มที่ใช้การออกกำลังกายเป็นการเดินเร็ว จำนวน 15 รายและให้กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นกลุ่มที่ใช้การออกกำลังกายเป็นการเดินแอโรบิค จำนวน 15 ราย โดยสัปดาห์แรก วันที่ 2-3 มีการฝึกออกกำลังกาย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์ (จิตราภรณ์ ชูรี, 2547)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าม้งงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบการฝึกพฤติกรรมจำนวน 4 เรื่อง มีการประเมินผลที่ 6-12 สัปดาห์ (ศรีนวล พุ่มเจริญ, 2523; ประทุม รักนุ้ย, 2546; จิตราภรณ์ ชูรี, 2547; กิ่งดาว ชุ่ยอภัย, 2544) มีการประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ ความดันโลหิตตัวบน ความ

ดันโลหิตตัวล่าง ซีพजर ความดันโลหิตแดงเฉลี่ย อัตราการหายใจ และดัชนีมวลกาย ซึ่งผลประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-9 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมการฝึก
พฤติกรรม

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม			ภายในกลุ่ม			
		ก่อนทดลอง (สัปดาห์)	หลังทดลอง (สัปดาห์)			กลุ่มทดลองที่ 1 (สัปดาห์)		กลุ่มทดลองที่ 2 (สัปดาห์)
			6	8	10	6	8	10
ระดับความดัน	NS	-	-	1	-	-	-	-
โลหิตตัวบน	<.01	-	-	-	-	-	1	-
	<.001	-	-	-	1	-	-	1
ระดับความดัน	NS	-	-	-	-	-	-	-
โลหิตตัวล่าง	<.05	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	1	-	-	1	-
	<.001	-	-	-	1	-	-	1
ความดันโลหิตแดง	NS	-	1	-	-	-	-	-
เฉลี่ย	<.05	-	-	-	-	1	-	1
ซีพजर	NS	-	-	-	-	-	-	-
	<.01	-	-	1	-	-	1	-
อัตราการหายใจ	<.01	-	-	1	-	-	1	-
	<.001	-	-	-	-	-	-	-
ดัชนีมวลกาย	NS	-	-	1	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	-	1	-

จากตารางที่ 2-9 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประทุม รักษ์นัย, 2546) แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลองที่ 2) ภายหลังจากทดลองที่ 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลองที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (กิ่งดาว ชูข่อย, 2544) และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ 12

สัปดาห์ ก่อนและภายหลังการทดลองในท่านอนพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง เนื่องจากไม่ได้แสดงว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่เท่าใด)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประทุม รักนุ้ย, 2546) แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 10 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง ระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (กิ่งดาว ขุ่ยอภัย, 2544) และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยในท่านอนและท่านั่ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ศรีนวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง)

ส่วนการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (ประทุม รักนุ้ย, 2546) และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (กิ่งดาว ขุ่ยอภัย, 2544) และที่ 12 สัปดาห์ ก่อนและภายหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (ประทุม รักนุ้ย, 2546) และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 10 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.001 (กิ่งดาว ขุ่ยอภัย, 2544) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวล่างของผู้ป่วยในท่านอนและท่านั่ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะท่านอน ส่วนท่านั่งอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง)

การเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยภายหลังการทดลองที่ 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิตรภรณ์ ฐรี, 2547) การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยที่ 6 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ .05 (จิตรารณณ์ ฐรี, 2547) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองที่ 2

การเปรียบเทียบระดับชีพจรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับชีพจรลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ประทุม รักนุ้ย, 2546) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของชีพจรที่ 12 สัปดาห์ (ศรินวล พุ่มเจริญรี, 2523) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ศรินวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง)การเปรียบเทียบระดับชีพจรภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและ หลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังจากทดลองมีระดับชีพจรลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ประทุม รักนุ้ย, 2546) แต่ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่มทดลองของทุกท่าของการทดลอง (ศรินวล พุ่มเจริญรี, 2523) (ไม่มีในตาราง)

การเปรียบเทียบอัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการหายใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ประทุม รักนุ้ย, 2546)

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประทุม รักนุ้ย, 2546) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังจากทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ประทุม รักนุ้ย, 2546)

6. รูปแบบผสมผสาน

จากการสำรวจพบว่าม้งงานวิจัยที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรมทั้งหมด 34 เรื่อง คือ กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการสร้างพลัง จำนวน 2 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้คำปรึกษาจำนวน 2 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย จำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม จำนวน 2 เรื่อง กิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรง จำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับ BIO feed back จำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับการตรวจสอบตนเอง จำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 3 เรื่อง

กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับฝึกปฏิบัติการจำนวน 3 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับเสริมแรงจำนวน 3 เรื่อง กิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับฝึกปฏิบัติการร่วมกับเสริมแรงจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับการตั้งเป้าหมายจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับการเสริมแรงจำนวน 3 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับการตั้งเป้าหมายร่วมกับการเสริมแรงจำนวน 2 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 1 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับการตั้งเป้าหมายร่วมกับการเสริมแรงจำนวน 2 เรื่อง กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการร่วมกับสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมแรงจำนวน 2 เรื่อง

1. การพยาบาลในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลัง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลังทั้งหมดจำนวน 2 เรื่อง

1. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลังจำนวน 5 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ที่ 5 สัปดาห์และที่ 13 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 60 คน รวมระยะเวลาดำเนินการ 13 สัปดาห์ (จิตชนก หัสดี, 2536)

2. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลังจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 วัน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ที่ 4 วัน และที่ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 32 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ (วรรณเพ็ญ กรอบทอง, 2544)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลัง จำนวน 1 เรื่อง มีการประเมินที่ 4 วัน และ 4 สัปดาห์ (วรรณเพ็ญ กรอบทอง, 2544) มีการประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-10 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการสร้างพลัง

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม (สัปดาห์)		ภายในกลุ่ม (สัปดาห์)			
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง 4 (สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
				4 (วัน)	4 (สัปดาห์)	4 (วัน)	4 (สัปดาห์)
ระดับความดัน	NS	1	-	-	-	1	1
โลหิตตัวบน	<.05	-	-	1	1	-	-
	<.001	-	1	-	-	-	-
ระดับความดัน	NS	1	-	-	-	1	1
โลหิตตัวล่าง	<.05	-	-	1	1	-	-
	<.001	-	1	-	-	-	-

จากตารางที่ 2-10 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบหลังทดลองที่ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (วรรณเพ็ญ กรอบทอง, 2544) ส่วนการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (วรรณเพ็ญ กรอบทอง, 2544) ทั้งที่ 4 วันและ 4 สัปดาห์ ส่วนการเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมที่ 4 วันและ 4 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณเพ็ญ กรอบทอง, 2544)

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าทีมงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับกิจกรรมการสร้างพลัง จำนวน 1 เรื่อง ที่มีการประเมินการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ในเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมอาหารเค็มและไขมันสูง พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการป้องกันโรค มีการประเมินที่ 5 สัปดาห์ และที่ 13 สัปดาห์ (จิตชนก หัสดี, 2536) ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองที่ 13 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จิตชนก หัสดี, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 13 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (จิตชนก หัสดี, 2536) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 13 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิตชนก หัสดี, 2536)

2. การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับให้คำปรึกษา

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับให้คำปรึกษา ทั้งหมดจำนวน 2 เรื่อง

1. งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเอง วิเคราะห์ และจำแนกพฤติกรรม มีการอบรมเพื่อกำหนดปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยติดตามให้คำแนะนำปรึกษาการสนับสนุนการส่งเสริมติดตามควบคุมกำกับเป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 64 คน และกลุ่มควบคุมมี 63 คน (สุวิชา จันทร์สุริยกุล, 2536)

2. งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 50 คน และกลุ่มควบคุมมี 50 คน (สถาพร มุ่งทวีพงษ์, คณินิจ พิเศษพูน, 2544)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้คำปรึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ทั้งหมดจำนวน 2 เรื่องนี้ได้มีการประเมิน ภาวะควบคุมโรค พฤติกรรม การรับรู้ และความรู้

การประเมินภาวะควบคุมโรค ทำโดยใช้ ระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร และน้ำหนัก ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง มีตั้งแต่ 12-16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-11 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบกระบวนการกลุ่ม และการสร้างพลัง

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม	
		ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง (สัปดาห์) 12
ระดับความดัน โลหิต	NS	-	1
ระดับความดัน โลหิตตัวบน	.01	-	1
ระดับความดัน โลหิตตัวล่าง	NS	1	1
ชีพจร	.01	-	1
น้ำหนัก	NS	-	1

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536) และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตที่ 16 สัปดาห์ (สถาพร มุ่งทวีพงษา และคณะ, 2544) (ไม่มีในตาราง) ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการให้บริการศึกษา ค่าความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มสูง 160 mmHg ขึ้นไปประมาณร้อยละ 28 หลังการศึกษาลดลงมาอยู่กลุ่มต่ำ < 140 mmHg เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76 ซึ่งเพิ่มจากเดิมร้อยละ 66 กลุ่มควบคุมมีการย้ายกลุ่มของความดันโลหิตน้อยมากคือ ไม่เปลี่ยนแปลง

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลองมี 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536)

การเปรียบเทียบระดับชีพจรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ที่มีระดับชีพจรลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536) แต่การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวลดลงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ (BMI) ที่ 16 สัปดาห์ (สถาพร มุ่งทวีพงษา, คะนิงนิจ เพิ่มพูน, 2544) (ไม่มีในตาราง) ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการปรึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถย้ายกลุ่มจากกลุ่มที่มีค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ (BMI) เกินมาตรฐานมาอยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 98 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้คำปรึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่ม มี 2 เรื่อง (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536; สถาพร มุ่งทวีพงษา, คะนิงนิจ เพิ่มพูน, 2544) มีการประเมินในเรื่อง พฤติกรรม ในด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การพักผ่อน การตรวจวัดความดัน และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง มีตั้งแต่ 12-16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-12 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่ม และการสร้างพลัง

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)		(สัปดาห์)
			12	12	16	12
การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรค	NS	1	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	1	-
	<.01	-	-	-	-	1
	<.001	-	1	1	-	-
การบริโภคอาหาร	NS	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	1	-	1
การออกกำลังกาย	NS	1	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	1
	<.001	-	1	1	-	-
การดื่มสุรา	NS	1	1	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	1
	<.001	-	-	1	-	-
การสูบบุหรี่	NS	1	1	-	-	1
	<.05	-	-	1	-	-
การพักผ่อน	NS	1	-	-	-	-
	<.05	-	1	-	-	1
	<.001	-	-	1	-	-
การตรวจวัดความดัน โลหิต	NS	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	1	-	1
การเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม	NS	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	1	-	1

จากตารางที่ 2-12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มี 1 เรื่อง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัว หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว

ทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดีกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536)

3. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรม กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ และ มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอ้างอิงภายในครอบครัว อีก 8 สัปดาห์ รวมระยะเวลา ทั้งหมด 12 สัปดาห์ (อนุชา นิลอยู่, 2542)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มรวมกับการสนับสนุนทางสังคมนี้ มีการประเมินในเรื่องภาวะควบคุมโรค โดยใช้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้ การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตภายหลังการทดลองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อนุชา นิลอยู่, 2542)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินในเรื่องพฤติกรรม คือ พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการไปตรวจวัด ความดันโลหิต ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผล การประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-13 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ กระบวนการกลุ่ม และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อน	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
		ทดลอง	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
พฤติกรรมโดยรวม	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการคลายเครียด	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการไปตรวจวัดความดันโลหิต	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-

จากตารางที่ 2-13 การเปรียบเทียบพฤติกรรม คือ พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการไปตรวจวัดความดันโลหิต ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพฤติกรรม แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการไปตรวจวัดความดันโลหิตภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการไปตรวจวัดความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อนุชา นิลอยู่, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมเหล่านี้ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการไปตรวจวัดความดันโลหิต ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อนุชา นิลอยู่, 2542) แต่การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและ

ภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพฤติกรรม (อนุชา นิลอยู่, 2542)

4. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย ทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการตั้งเป้าหมายโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ห่างกัน 4 อาทิตย์ รวมระยะเวลาการดำเนินการทดลองทั้งหมด 16 สัปดาห์ (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย นี้ได้มีการประเมิน ภาวะควบคุมโรค และพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินภาวะควบคุมโรค ใช้ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

○ การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ 16 อาทิตย์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 16 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง มีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 16 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินในเรื่องพฤติกรรม คือ พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 16 สัปดาห์ ซึ่งการประเมินผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-14 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่ม และการตั้งเป้าหมาย

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			16	16	16
พฤติกรรมการควบคุม	NS	1	-	-	-
อาหาร	<.001	-	1	1	1
พฤติกรรมการออก	NS	1	-	-	-
กำลังกาย	<.001	-	1	1	1
พฤติกรรมการคลาย	NS	1	-	-	-
เครียด	<.001	-	1	1	1
พฤติกรรมการ	NS	1	-	-	-
รับประทานยา	<.001	-	1	1	1

การเปรียบเทียบ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพฤติกรรม (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมเหล่านี้ ภายหลังจากการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 16 อาทิตย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 16 อาทิตย์ ที่พบว่าภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543) แต่การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 16 อาทิตย์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพฤติกรรม (ดวงใจ ศรีอ่อน, 2543)

5. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม ทั้งหมดจำนวน 2 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษา แบบที่มีกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม และมีการสาธิต และฝึกออกกำลังกาย ฝึกทำสมาธิ ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยและญาติ และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วย ทำกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ระยะห่างคือ 2 -4 -4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538)

2. งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษา ใช้กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม และมีการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียด โดยมีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการฝึกการผ่อนคลาย ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกการผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว ทำกิจกรรมทั้งหมดรวม 10 ครั้งระยะห่าง 2-5 วัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ (นงนุช ศรีตระกูล, 2545)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม ทั้ง 2 เรื่องนี้ (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538; นงนุช ศรีตระกูล, 2545) มีการประเมินภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิปลายนิ้ว ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 5-10 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-15 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p- value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม			
		ก่อน	หลัง	กลุ่มทดลองที่ 1		กลุ่มทดลองที่ 2	
		ทดลอง	ทดลอง	(สัปดาห์)		(สัปดาห์)	
				5	10	5	10
ระดับความดัน	NS	-	-	-	-	-	-
โลหิตตัวบน	<.05	-	1	-	1	1	-
ระดับความดัน	NS	1	1	-	-	-	1
โลหิตตัวล่าง	<.05	-	-	1	-	1	-
	<.001	-	-	-	1	-	-
ชีพจร	NS	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	1	-	1	1	-
การหายใจ	NS	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	1	-	1	1	-
อุณหภูมิปลายนิ้ว	NS	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	1	-	1	1	-

จากตารางที่ 2-15 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ 5 สัปดาห์ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองที่ 1 ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นางนุช ศรีตระกูล, 2545) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ภายในกลุ่มทดลองที่ 1 พบว่าภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองที่ 1 ลดลงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกันกับการเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นางนุช ศรีตระกูล, 2545)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทน์นิมิตร, 2538) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (นางนุช ศรีตระกูล, 2545) แต่การ

การเปรียบเทียบอุณหภูมิปลายนิ้วระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าอุณหภูมิปลายนิ้วของกลุ่มทดลองที่ 1 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นงนุช ศรีตระกูล, 2545) การเปรียบเทียบอุณหภูมิปลายนิ้วภายในกลุ่มทดลองที่ 1 พบว่าภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าอุณหภูมิปลายนิ้วของกลุ่มทดลองที่ 1 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นงนุช ศรีตระกูล, 2545) การเปรียบเทียบอุณหภูมิปลายนิ้วภายในกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่าอุณหภูมิปลายนิ้วของกลุ่มทดลองที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นงนุช ศรีตระกูล, 2545)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม มี 1 เรื่อง (ดวงกมล จันทร์นิมิตร, 2538) มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการสนับสนุนของญาติ

งานวิจัยมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในด้านการดูแลตนเองโดยรวม การควบคุมอาหารรสเค็ม การควบคุมอาหารไขมัน และคาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการมาตรวจตามนัด ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 10 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-16 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อน	หลังทดลอง	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2
		ทดลอง	(สัปดาห์) 10	(สัปดาห์) 10	(สัปดาห์) 10
การดูแลตนเองโดยรวม	NS	1	-	-	-
	<.001	-	1	1	1
การควบคุมอาหารรสเค็ม	NS	1	1	-	-
	<.001	-	-	1	1
การควบคุมอาหารไขมัน และคาร์โบไฮเดรตสูง	NS	1	-	-	-
	<.01	-	1	-	-
	<.001	-	-	1	1
การรับประทานยา	NS	-	1	-	-
	<.05	1	-	-	-
	<.001	-	-	1	1
การสูบบุหรี่	NS	1	-	-	1
	<.05	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	-
การดื่มสุรา	NS	1	-	-	1
	<.05	-	-	-	-
	<.001	-	-	-	-
การออกกำลังกาย	NS	1	1	-	-
	<.05	-	-	-	-
	<.001	-	-	1	1
การผ่อนคลาย	NS	1	1	-	-
	<.05	-	-	-	-
	<.001	-	-	1	1
การมาตรวจตามนัด	NS	1	1	1	-
	<.01	-	-	-	1
	<.001	-	-	-	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการควบคุมอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการควบคุมอาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการตรวจตามนัด ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการรับประทานยากกลุ่มทดลองที่ 1 มีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) และการเปรียบเทียบพฤติกรรม ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองที่ 1 ดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) และพฤติกรรมการควบคุมอาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง ของกลุ่มทดลองที่ 1 ดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) แต่พฤติกรรมการควบคุมอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการตรวจตามนัด พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) แต่ไม่มีการเปรียบเทียบในเรื่องการสูบบุหรี่ และดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและภายหลังการทดลอง เนื่องจาก ในกลุ่มทดลองที่ 1 ไม่มีผู้สูบบุหรี่ และดื่มสุราเลย

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการควบคุมอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการควบคุมอาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มทดลองที่ 1 ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) ยกเว้นพฤติกรรมการตรวจตามนัดที่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรภายในกลุ่มทดลองที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการควบคุมอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการควบคุมอาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมการตรวจตามนัด ภายในกลุ่มทดลองที่ 2 ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการควบคุมอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการควบคุมอาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2538) และพฤติกรรมการตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538) ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา มีการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง 2 ซึ่งพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538)

นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบการสนับสนุนของญาติก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538) แต่การเปรียบเทียบการสนับสนุนของญาติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการสนับสนุนของญาติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538) การเปรียบเทียบการสนับสนุนของญาติภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีการสนับสนุนของญาติดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538) แต่การเปรียบเทียบการสนับสนุนของญาติภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ 10 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538)

6. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรงทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยดำเนินการโดยมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเสริมสร้างความมั่นใจในการฝึกผ่อนคลายโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มทดลองทำกิจกรรมในสัปดาห์แรกทำ 3 วันติดต่อกัน สัปดาห์ที่ 2-4 ทำสัปดาห์ละครั้ง สัปดาห์ที่ 5 ทำการรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองมี 15 คน และกลุ่มควบคุมมี 15 คน (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2545)

งานวิจัยนี้ประเมินภาวะควบคุมโรค คือค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 5 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยในความดันในหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2545)

7. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการใช้ Bio feed back

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการใช้ Bio feed back ทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ Bio feed back กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกผ่อนคลายอย่างเดียว ในสัปดาห์แรกมีการฝึกผ่อนคลาย 3 ครั้ง ส่วนในสัปดาห์ที่ 2-5 จะทำการฝึกกับผู้วิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และให้ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งที่บ้าน กลุ่มทดลองมี 15 คน และกลุ่มควบคุมมี 15 คน (วิมลทิพย์ แก้วถา ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, 2547)

งานวิจัยนี้ประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดง มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 5 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (วิมลทิพย์ แก้วถา, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, 2547) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดงภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมที่ 5 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังทดลองค่าเฉลี่ยของความดันในหลอดเลือดแดงลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทั้ง 2 กลุ่ม (วิมลทิพย์ แก้วถา, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, 2547)

8. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการให้สุศึกษา/ความรู้ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพ

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้สุศึกษา/ความรู้ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพ ทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คืองานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มทดลองได้รับการให้กิจกรรมการให้สุศึกษา/ความรู้ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการให้สุศึกษา/ความรู้เพียงอย่างเดียวโดยกลุ่มทดลองทำกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือนรวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 32 ราย และกลุ่มควบคุมมี 32 ราย (พัชริ ดำรงสุนทรชัย, 2531)

งานวิจัยนี้มีการประเมิน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชริ ดำรงสุนทรชัย, 2531) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการ

ปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (พัชรี คำรงสุนทรชัย, 2531) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวภายในกลุ่มทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและ ภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (พัชรี คำรงสุนทรชัย, 2531) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวภายในกลุ่ม ควบคุม ที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (พัชรี คำรงสุนทรชัย, 2531)

9. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับการตรวจสอบตนเอง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการ ตั้งเป้าหมายร่วมกับการตรวจสอบตนเองทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมการฝึกการ ตั้งเป้าหมาย และการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออก กำลังกาย โดยกลุ่มทดลองทำกิจกรรมจำนวน 11 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2-7 ทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 8 ทำกิจกรรม 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 20 คน กลุ่มควบคุมมี 20 คน (ปรีศณี ศรีกัน, 2546)

งานวิจัยนี้มีการประเมิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของการทดลองที่ 8 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน การทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรีศณี ศรีกัน, 2546) การเปรียบเทียบ พฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ปรีศณี ศรีกัน, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ปรีศณี ศรีกัน, 2546)

10. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยที่มีการดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว มีการประชุมกลุ่มและอภิปรายกลุ่ม สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสาธิตการคลายความเครียด จัดให้โปรแกรมสุขภาพ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ส่งจดหมายกระตุ้นเตือน กลุ่มทดลองมี 50 คน และกลุ่มควบคุมมี 50 คน (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539)

2. งานวิจัยที่มีการดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว มีการประชุมกลุ่มและอภิปรายกลุ่ม สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมและแสดงวิธีการผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 1-3 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 จัดให้โปรแกรมสุขภาพ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองมี 33 คน และกลุ่มควบคุมมี 50 คน (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542)

3. งานวิจัยที่มีการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสุขภาพที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว มีการประชุมกลุ่มและอภิปรายกลุ่ม สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมและแสดงวิธีการผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 2-4 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2-12 จัดโปรแกรมสุขภาพ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มละ 30 คน (รุ่งรัตน์ มีสายมงคล, 2545)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม นี้มีการประเมินภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และระดับความดันโลหิตตัวบน มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 5 สัปดาห์ (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง และภายหลังการทดลอง มีการเปรียบเทียบเป็นจำนวนร้อยละโดยระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 90-120 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 39.40 ลดลงเหลือร้อยละ 30.30 ระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 121-140 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 30.30 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.50 ระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 141-160 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 30.30 ลดลงเหลือร้อยละ 24.20 และระดับ

ความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 60-80 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 57.58 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.70 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 81-90 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 36.6 ลดลงเหลือร้อยละ 18.20 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 91-100 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 6.06 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.10

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และ ภายหลังการทดลอง มีการเปรียบเทียบเป็นจำนวนร้อยละโดยระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 90-120 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 18.00 ภายหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง ระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 121-140 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 48.00 ลดลงเหลือร้อยละ 36.00 ระดับความดันโลหิตตัวบน ที่ 141-160 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 10.00 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.00 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 60-80 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 54.00 ลดลงเหลือร้อยละ 40.00 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 81-90 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 36.00 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.00 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ที่ 91-100 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทดลอง ร้อยละ 10.00 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.00

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539)

การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและ ภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539)

นอกจากนี้งานวิจัยดังกล่าวมี การประเมิน พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด และการออกกำลังกาย มีระยะเวลาของการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของการทดลอง 5-12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-17 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม			
		ก่อนทดลอง	หลังการทดลอง (สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)		กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
5	12	5	12	5	12		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	NS	1	-	-	-	-	1
โรค	<.001	-	-	2	-	2	-
การรับประทานอาหาร	NS	-	-	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	-	-
	<.01	1	1	-	1	-	1
	<.001	-	-	-	-	-	-
การผ่อนคลายความเครียด	NS	-	1	-	1	-	1
	<.05	1	-	-	-	-	-
การออกกำลังกาย	NS	1	-	-	-	-	-
	<.05	-	-	-	-	1	-
	<.01	-	1	-	1	-	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539) แต่ภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539; รุ่งรัตน์ มีสายมงคล, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539; รุ่งรัตน์ มีสายมงคล, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (อารีรัตน์ ตโนภาส, 2539)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารทั้งภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และภายหลังการทดลอง

ที่ 5 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) แต่ภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้ง 2 กลุ่ม

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) แต่ภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สุชัยญา วงษ์เพ็ง, 2542)

11. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรมทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูง ด้วยการคู่มือ ทัศน การดูแลตัวเองจริงในหอผู้ป่วย เอกสาร การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย การคลายเครียด การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงมีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนหลังทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน (ประณีต สิงห์ทอง, 2541)

2. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การประชุมกลุ่มเพื่อจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกายร่วมกัน สัปดาห์ละ 3 วัน รวมระยะเวลาการทดลอง 20 สัปดาห์โดยมีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวจำนวน 73 คน (ศรีเกษ ชาญญาวินิชกุล, 2541)

3. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูง ด้วยการดูวิดีโอ การดูตัวแบบจริงในหอผู้ป่วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และฝึกทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย การคลายเครียด การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน หลังทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการทดลอง 16 สัปดาห์โดยมีกลุ่มทดลองมี 42 คน กลุ่มควบคุมมี 42 คน (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรม มี 2 งานวิจัย (ประณีต สิงห์ทอง, 2541; สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) ประเมินภาวะควบคุมโรคโดยใช้ ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และน้ำหนัก มีระยะเวลาของการติดตาม ประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12-16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองมีดังนี้

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ประณีต สิงห์ทอง, 2541) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 มีระดับความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 26 ระดับความดันโลหิตเท่าเดิม และร้อยละ 8 มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ส่วนภายในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 มีระดับความดันโลหิตเท่าเดิม ร้อยละ 22 ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และร้อยละ 16 มีระดับความดันโลหิตลดลง

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ที่ 16 สัปดาห์ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง อยู่ในระดับปกติถึงสูง (130-139/85-89) มากกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองที่ 16 สัปดาห์ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) พบว่าระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงปานกลาง (140-159/90-99) ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติถึงสูง (130-139/85-89) จากร้อยละ 0.00 ถึงร้อยละ 28.6 แต่ภายในกลุ่มควบคุมที่ 16 สัปดาห์ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) พบว่าระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง อยู่ในระดับความดันโลหิตสูงปานกลาง (140-159/90-99) ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติถึงสูง (130-139/85-89) จากร้อยละ 0.00 ถึงร้อยละ 9.5 และมี 1 คนที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก (180/110)

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงอยู่ในระดับปกติ มากกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองพบว่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับปกติร้อยละ 45.2 ภายหลังการทดลองดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นร้อยละ 61.8 แต่ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า

ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้ำหนักเกินร้อยละ 42.8 ภายหลังการทดลองดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 40.5 - ร้อยละ 45.2

การเปรียบเทียบน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ (ประณีต สิงห์ทอง, 2541) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 มีน้ำหนักตัว ลดลง ร้อยละ 30 น้ำหนักตัวเท่าเดิม และร้อยละ 8 มีน้ำหนักตัว เพิ่มขึ้น ส่วนภายในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 มีน้ำหนักตัวเท่าเดิม ร้อยละ 6 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และร้อยละ 12 มีน้ำหนักตัวลดลง

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรม มี 2 งานวิจัย ประเมินในเรื่องพฤติกรรม (ประณีต สิงห์ทอง, 2541; สุรัชณา คงคาเพชร, 2545) ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองดังนี้

ตารางที่ 2-18 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ

กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ และการฝึกพฤติกรรม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
การควบคุมอาหาร	NS	2	-	-	1
	<.01	-	-	-	1
	<.001	-	2	2	-
การออกกำลังกาย	NS	2	-	-	2
	<.001	-	2	2	-
การผ่อนคลายความเครียด	NS	2	-	-	2
	<.05	-	1	-	-
	<.001	-	1	2	-
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	NS	1	-	-	1
	<.01	-	1	-	-
	<.001	-	-	1	-
การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด	NS	1	-	-	1
	<.01	-	-	1	-
	<.001	-	1	-	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ประณีต สิงห์ทอง, 2541; สุรรักษา คงคาเพชร, 2545)

การเปรียบเทียบการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ภายในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545)

การเปรียบเทียบการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) แต่การเปรียบเทียบการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดภายในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรรักษา คงคาเพชร, 2545)

12. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มิงงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยที่มีการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วยให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว มีการประชุมกลุ่มและอภิปรายกลุ่ม สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสาธิตการคลายความเครียด จัดโปรแกรมสุขศึกษา 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติใน

ครอบครัว โดยเชิญเข้าร่วมกลุ่ม 3 ครั้ง มีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 64 คน (ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542)

งานวิจัยนี้ประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

มีการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 39.00 ภายหลังการทดลองลดลงเหลือ ร้อยละ 25.00 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้พอใช้ ร้อยละ 18.80 ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 21.90 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 42.20 ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 53.1

นอกจากนี้งานวิจัย (ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542) ประเมินพฤติกรรม ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 16 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองที่ 16 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542)

13. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและการเสริมแรงทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้การจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์พูดคุย หาทางแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่มหรือผู้มีประสบการณ์มาร่วมพูดคุยร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ตัวอย่างของจริง และฝึกทักษะต่างๆ ได้รับแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และจดหมายกระตุ้นเตือน 2 ครั้ง โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 51 คน และกลุ่มควบคุมมี 53 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540)

2. งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้การจัดโปรแกรมสุขศึกษาการจัดอภิปรายกลุ่ม จัดประสบการณ์ตรง สาธิตและฝึกทักษะด้านต่างๆ มีการกระตุ้นทางอารมณ์ คือให้คำพูดจูงใจ ชมเชย

และได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 40 คน และกลุ่มควบคุมมี 40 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544)

3. งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้การจัดโปรแกรมสุขศึกษาการจัดอภิปรายกลุ่ม จัดประสบการณ์ตรง สาธิตและฝึกทักษะด้านต่างๆ มีการให้คำพูดจูงใจ ชมเชย แก่ผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องแล้ว และให้กำลังใจแก่ผู้ที่ปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรม 5 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 35 คน และกลุ่มควบคุมมี 35 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (สุธีวรรณ, 2548)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรมและการเสริมแรง ดังกล่าวทั้ง 3 งานวิจัย ประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระดับโคเรสเตอรอล ระดับไตรกรีเซอไรด์ ระดับเอช ดี แอล และน้ำหนักตัว มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-19 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	1
ตัวบน	<.05	-	1	-	-
	<.01	-	-	1	-
	<.001	1	1	1	1
ระดับความดันโลหิต	NS	2	-	1	2
ตัวล่าง	<.01	-	2	-	-
	<.001	1	1	2	1
CHOLESTEROL	NS	1	-	-	-
	<.01	-	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
TRIGLICERIDE	NS	1	-	-	-
	<.001	-	1	1	1
HDL	NS	-	-	-	1
	<.01	1	-	-	-
	<.001	-	1	1	-
น้ำหนักตัว	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (สุธี วรรณ, 2548) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (สุธี วรรณ, 2548) และ ที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังจากทดลอง

พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (สุธี วรรณ, 2548) และ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่อีก 1 เรื่อง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุธี วรรณ, 2548)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 2 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิทยาธรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (สุธี วรรณ, 2548) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; สุธี วรรณ, 2548) และ ที่ .001 (วิทยาธรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิทยาธรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุธี วรรณ, 2548) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่อีก 2 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วิทยาธรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544; สุธี วรรณ, 2548)

การเปรียบเทียบระดับโคเรสเตอรอล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับโคเรสเตอรอล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับโคเรสเตอรอล ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับโคเรสเตอรอล ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับโคเรสเตอรอล ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับโคเรสเตอรอล ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับโคเรสเตอรอล ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540)

การเปรียบเทียบระดับไตรกรีเซอไรด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับไตรกรีเซอไรด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับไตรกรีเซอไรด์ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับไตรกรีเซอไรด์ ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับไตรกรีเซอไรด์ ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบระดับไตรกรีเซอไรด์ ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับไตรกรีเซอไรด์ ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540)

การเปรียบเทียบระดับเอช ดี แอล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับเอช ดี แอล น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) และการเปรียบเทียบระดับเอช ดี แอล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับเอช ดี แอล เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับเอช ดี แอล ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองระดับเอช ดี แอล เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบระดับเอช ดี แอล ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดอนใจ หมวกแก้ว, 2540)

นอกจากนี้งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง มีการประเมินพฤติกรรมในด้านการดูแลตนเองและป้องกันโรค การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และ

การรับประทานยา มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-20 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ กระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	NS	1	-	-	2
และป้องกันโรค	<.001	1	2	2	-
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	NS	2	-	-	2
	<.001	-	2	2	-
พฤติกรรมการควบคุม	NS	1	-	-	1
น้ำหนักตัว	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	NS	1	-	-	2
	<.05	1	-	-	-
	<.001	-	2	2	-
พฤติกรรมการผ่อนคลาย	NS	2	-	-	2
ความเครียด	<.001	-	2	2	-
พฤติกรรมการรับประทานยา	NS	1	-	-	1
	<.001	-	1	1	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (สุธี วรรณ, 2548) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรค ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองและป้องกันโรค ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; สุธี วรรณ, 2548) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังจากทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองพฤติกรรม

การดูแลตนเองและป้องกันโรค ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; สุธี วรรณ, 2548) การเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและป้องกันโรค ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; สุธี วรรณ, 2548)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2 เรื่อง (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวกก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ดีวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ดีวกก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .05 (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิจารณ์ จรรย์สุกกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิจารณ์ จรรย์สุกกรินทร์, 2544) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิจารณ์ จรรย์สุกกรินทร์, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2 เรื่อง (เดื่อนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์ศุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (เดื่อนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์ศุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (เดื่อนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์ศุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 สัปดาห์ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เดื่อนใจ หมวกแก้ว, 2540; วิภาวรรณ จรรย์ศุกรินทร์, 2544)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง 1 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001 (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาภายในกลุ่มควบคุมที่ 12 ระหว่างก่อนทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544)

14. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรงทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง นำเสนอตัวแบบจริงให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมความดันโลหิต การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การผ่อนคลายเครียด กล้ามเนื้อ มีการเสริมแรงด้วยการกระตุ้นชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง และให้นำความรู้ ทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติเองที่บ้าน ทำกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์ มีกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546)

งานวิจัยเรื่องนี้ มีการประเมินพฤติกรรม ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

○ การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ภายในกลุ่มควบคุมที่ 8 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546)

15. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการสร้างพลัง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการสร้างพลัง และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสร้างพลัง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวทำกิจกรรม 8 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวจำนวน 20 คน รวมระยะเวลาดำเนินการการทดลอง 8 สัปดาห์ (กวี เมฆประดับ, 2544)

งานวิจัยนี้ประเมินพฤติกรรม ในด้านพฤติกรรมการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมและจัดการความเครียด การรับประทานยา ตรวจสอบสุขภาพตามนัด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 8 สัปดาห์ซึ่งผลการประเมินการทดลองดังนี้

การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งประกอบด้วย อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมและจัดการความเครียด การรับประทานยาและตรวจสอบสุขภาพตามนัด การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมเหล่านี้ทั้งหมดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กวี เมฆประดับ, 2544)

16. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการตั้งเป้าหมาย

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการตั้งเป้าหมายทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยโปรแกรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ด้วยการคู่มือทัศน สไลด์ การดูแลแบบจริงที่มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การชวนเชื่อด้วยคำพูด การอภิปรายกลุ่ม ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานยา สาริตและฝึกการจับชีพจร ตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 36 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน (พัชรินทร์ อุณหทรัพย์, 2546)

งานวิจัยนี้มีการประเมินในเรื่องภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตด้วยบนระดับความดันโลหิตตัวล่าง ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และสมรรถภาพการจับออกซิเจนสูงสุด มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองดังนี้

ตารางที่ 2-21 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรม
รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการ และการ
ตั้งเป้าหมาย

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม			
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง (สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)		กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
				12	24	12	24
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	-	1	1
ตัวบน	<.05	-	-	-	1	-	-
	<.01	-	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	1	-	-	-
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	1	1	1
ตัวล่าง	<.05	-	1	-	-	-	-
	<.001	-	1	1	-	-	-
ค่าดัชนีมวลกาย	NS	1	1	-	-	1	-
	<.05	-	-	1	-	-	-
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	NS	-	-	1	-	-	-
สมรรถภาพการจับออกซิเจนสูงสุด	<.001	-	-	1	-	-	-

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหพิศ, 2546) แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนที่ 12 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหพิศ, 2546) และที่ 24 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (พัชรินทร์ อุณหพิศ, 2546) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าที่ 12 สัปดาห์ ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบน ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหพิศ, 2546) และที่ 24 สัปดาห์ ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ .05 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่างที่ 12 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) และที่ 24 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ และที่ 24 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

การเปรียบเทียบสมรรถภาพการจับออกซิเจนสูงสุดภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองสมรรถภาพการจับออกซิเจนสูงสุดมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

นอกจากนี้งานวิจัยดังกล่าว มีการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการสรุปการทดลองดังนี้

การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ อุณหทัย, 2546)

17. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรงทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง

1. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูง การแจกคู่มือการดูแลตนเอง การดูแลตัวเองจริงในหอผู้ป่วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย การคลายเครียด มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน มีการเสริมแรงด้วยการแจกคู่มือบัตรแสดงถึงการมีความรู้ความสามารถในการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำกิจกรรม 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539)

2. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การแจกคู่มือการดูแลตนเอง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย การคลายเครียด มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน มีการเสริมแรงด้วยการแจกรางวัล กล่าวคำชมเชยบุคคลที่เป็นตัวอย่างที่ดีของกลุ่ม ทำกิจกรรม 6 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544)

3. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้การประยุกต์ McMOS (Multi-component Motivational Stages model) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน มีการเสริมแรงด้วยการแจกรางวัลแก่ผู้ที่สามารถมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องและลดค่าต่างๆของภาวะควบคุมโรคได้ ทำกิจกรรม 5 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1-2 ทำกิจกรรม 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 6 ทำกิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ทำกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (วรรณางามประเสริฐ, 2545)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง เหล่านี้มีการประเมินภาวะควบคุมโรค มี 2 เรื่อง (กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544; วรรณางามประเสริฐ, 2545) โดยใช้ค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง ระดับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพก และชีพจร มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 6 และ 12 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูลของค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง ระดับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพก ชีพจรและสุขภาพกาย ที่ 6 -12 สัปดาห์ แต่ไม่มีการรายงานผลและการเปรียบเทียบมีเฉพาะที่ 12 สัปดาห์ (วรรณางามประเสริฐ, 2545) ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณางามประเสริฐ, 2545) แต่การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (วรรณางามประเสริฐ, 2545)

การเปรียบเทียบระดับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณางามประเสริฐ, 2545) แต่การเปรียบเทียบระดับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (วรรณางามประเสริฐ, 2545)

การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพก และชีพจร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณางามประเสริฐ, 2545) และการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพก และชีพจร ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ก็พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (วรรณา งามประเสริฐ, 2545)

การเปรียบเทียบสุขภาพกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบสุขภาพกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีสุขภาพกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544) การเปรียบเทียบสุขภาพกายภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีสุขภาพกายดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544) การเปรียบเทียบสุขภาพกายภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544)

นอกจากนี้งานวิจัยดังกล่าว (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539; กิ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544; วรรณา งามประเสริฐ, 2545) ยังมีการประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การหายใจด้วยกระบังลมเพื่อคลายเครียดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพ มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 7 และ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-22 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ระหว่างกลุ่ม			
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง (สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)		กลุ่มควบคุม (สัปดาห์)	
				7	12	7	12
พฤติกรรม	NS	1	-	-	-	-	1
การควบคุมอาหาร	<.01	1	1	-	-	-	-
	<.001	-	-	1	1	1	-
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	NS	2	-	-	-	1	1
ท่าสัปดาห์	<.001	-	1	1	1	-	-
พฤติกรรมการผ่อนคลาย	NS	2	-	-	-	1	1
คลายความเครียด	<.001	-	1	1	1	-	-
พฤติกรรมการป้องกัน	NS	1	-	-	-	-	-
ภาวะแทรกซ้อนจาก	<.01	-	-	-	-	1	-
โรคความดันโลหิตสูง	<.001	-	1	1	-	-	-
พฤติกรรมสุขภาพ	NS	1	-	-	-	-	1
	<.01	-	-	1	1	-	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณงามประเสริฐ, 2545) แต่อีก 1 เรื่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (วรรณงามประเสริฐ, 2545) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายในกลุ่มทดลองที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณงามประเสริฐ, 2545) ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายในกลุ่มควบคุมพบว่าที่ 7 สัปดาห์ ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) แต่ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539; วรรณา งามประเสริฐ, 2545) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มควบคุมพบว่าที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง 2 เรื่อง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539; วรรณา งามประเสริฐ, 2545) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มทดลองที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มควบคุมพบว่าที่ 7 สัปดาห์ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) และที่ 12 สัปดาห์ (วรรณา งามประเสริฐ, 2545) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์,

2539) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองที่ 7 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มควบคุมพบว่าที่ 7 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กึ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (กึ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองที่ 12 สัปดาห์ ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (กึ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ภายในกลุ่มควบคุมพบว่าที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กึ่งแก้ว พรหมชาติ, 2544)

18. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรงทั้งหมดจำนวน 2 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย มีการสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยที่บ้านโดย อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่ 1 ครั้ง/เดือน ทำกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้งระยะห่าง 4 สัปดาห์ มีการส่งการ์ดเพื่อย้ำเตือนถึงเป้าหมาย 3 ครั้งระยะห่าง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 51 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 48 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542)

2. งานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย มีการสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยโดยการให้รางวัลและแสดงความยินดีแก่ผู้ที่ประสบความสำเร็จตามที่

ตั้งเป้าหมายไว้ และให้กำลังใจกระตุ้นให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ทำกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้งระหว่าง 4 สัปดาห์ มีการส่งการ์ดเพื่อย้ำเตือนถึงเป้าหมาย 3 ครั้งระหว่าง 4 สัปดาห์ และเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งระหว่าง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งหมด 12 สัปดาห์ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง งานวิจัยมี การประเมินภาวะควบคุมโรค ทั้ง 2 งานวิจัย (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วตา ชีขุนทด, 2546) คือ ระดับความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว และค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-23 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
		(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
		12	12	12	12
ระดับความดันโลหิต	NS	1	-	-	-
การควบคุมระดับความดันโลหิต	<.001	-	1	-	-
ดัชนีมวลกาย	<.01	-	1	-	-
น้ำหนัก	NS	1	1	1	1
	NS	1	-	-	-
	<.001	-	1	-	-
ค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง	NS	1	1	-	-
โลหิตแดง	<.001	-	-	1	1

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542) แต่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542)

การเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิต ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (แก้วตา ชีขุนทด, 2546)

การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) และการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546)

การเปรียบเทียบน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542) แต่การเปรียบเทียบน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) แต่การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของแรงดันโลหิตแดงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) ทั้ง 2 กลุ่ม

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วตา ชีขุนทด, 2546) ดังกล่าว ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-24 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ
กระบวนการกลุ่มร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	NS	2	-	-	-
อาหาร	<.05	-	-	-	1
	<.001	-	2	2	1
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	NS	2	-	-	2
กำลังกาย	<.01	-	1	-	-
	<.001	-	1	2	-
พฤติกรรมการรับประทานยา	NS	1	1	-	1
รับประทานยา	<.05	-	-	1	-
	NS	1	-	-	1
พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	<.001	-	1	1	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วดา ชีขุนทด, 2546) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วดา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วดา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (แก้วดา ชีขุนทด, 2546)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542; แก้วดา ชีขุนทด, 2546) แต่การ

เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542; แก้วตา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542; แก้วตา ชีขุนทด, 2546)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและการเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (แก้วตา ชีขุนทด, 2546) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้วตา ชีขุนทด, 2546)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542) แต่การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูพิน หงสัวะชิน, 2542)

19. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มิงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด จำนวน 1 เรื่อง คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม มีการดำเนินกิจกรรม 7 ครั้ง กลุ่มทดลองมี 40 คน และกลุ่มควบคุมมี 52 คน กลุ่มทดลองมี 40 คน และกลุ่มควบคุมมี 52 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

งานวิจัยนี้มี การประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และค่าดัชนีมวลกาย มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-25 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
			(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
ระดับความดันโลหิตตัวบน	NS	1	-	-	1
	<.01	-	1	-	-
	<.001	-	-	1	-
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	NS	1	-	-	-
	<.05	-	-	-	1
	<.001	-	1	1	-
ค่าดัชนีมวลกาย	NS	1	1	-	1
	<.05	-	-	1	-

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แต่การเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการ

ทดลองระดับความดันโลหิตตัวบน ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ มีการประเมิน พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการคลายความเครียด มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-26 แสดงพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มโดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม	
		ก่อน	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
		ทดลอง	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)	(สัปดาห์)
			12	12	12
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	NS	1	-	-	1
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการคลายเครียด	NS	1	-	-	1
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	<.001	-	1	1	-
พฤติกรรมการคลายเครียด	NS	1	-	-	1
ความเครียด	<.01	-	1	-	-
	<.001	-	-	1	-

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มควบคุม

ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการคลายความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการคลายความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองพฤติกรรมการคลายความเครียดดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (จริยา ศิริเอกราช, 2543) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จริยา ศิริเอกราช, 2543)

20. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การฝึกพฤติกรรม และการเสริมแรงทั้งหมด จำนวน 2 เรื่อง คือ

1. งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษามี 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 1 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดความต้องการและเป้าหมายของการดูแลตนเอง การสอนและการฝึกปฏิบัติ ระยะที่ 2 คือ การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยจัดประชุมกลุ่มย่อยและการให้คำปรึกษารายบุคคลทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือน รวมทั้งการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง มีการประเมินภาวะควบคุมโรค การรับรู้ในสมรรถนะในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ใช้ 1 กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544)

2. งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษามี 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 1 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดความต้องการและเป้าหมายของการดูแลตนเอง การสอนและการฝึกปฏิบัติ ระยะที่ 2 คือ การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยจัดประชุมกลุ่มย่อยและการให้คำปรึกษารายบุคคลทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือน รวมทั้งการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง มีการ

ประเมินภาวะควบคุมโรค การรับรู้ในสมรรถนะในการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ใช้ 1 กลุ่มทดลองมี จำนวน 30 คน (สฤติย์พร นพพลับ, 2544)

งานวิจัยดังกล่าวมีการ ประเมินภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และน้ำหนักตัว มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-27 แสดงภาวะควบคุมโรคเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองโดยใช้กิจกรรมรูปแบบ กระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดภาวะ ควบคุมโรค	p-value	ภายในกลุ่ม
		กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)
		12
ระดับความดัน โลหิตตัวบน	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
ระดับความดัน โลหิตตัวล่าง	NS	-
	<.05	1
	<.01	1
	<.001	-
น้ำหนักตัว	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สฤติย์พร นพพลับ, 2544)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544) และที่ 12 สัปดาห์ พบว่า

ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สถิติพร นพพลับ, 2544)

การเปรียบเทียบน้ำหนักตัว ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สถิติพร นพพลับ, 2544)

งานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของการให้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ร่วมกับการตั้งเป้าหมายร่วมกับการฝึกพฤติกรรมร่วมกับการเสริมแรง (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สถิติพร นพพลับ, 2544) งานวิจัยมี การประเมินในเรื่องการรับรู้ คือ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง(รวม) ซึ่งประกอบด้วย เรื่องอาหารและการควบคุมน้ำหนัก เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องการรับประทานยา เรื่องการผ่อนคลายความเครียด เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เรื่องการดูแลตนเอง ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2-28 แสดงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองโดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง

ตัวชี้วัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง	p-value	ภายในกลุ่ม
		กลุ่มทดลอง (สัปดาห์) 12
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง(รวม)	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-
อาหารและการควบคุมน้ำหนัก	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-
การออกกำลังกาย	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-

ตารางที่ 2-28 แสดงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองโดยใช้กิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการความรู้ การฝึกพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรง (ต่อ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรม	p-value	ภายในกลุ่ม
		กลุ่มทดลอง (สัปดาห์)
		12
การรับประทานยา	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-
การผ่อนคลายความเครียด	NS	1
	<.05	-
	<.01	1
	<.001	-
การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	NS	2
	<.05	-
	<.01	-
	<.001	-
การดูแลตนเอง	NS	-
	<.05	-
	<.01	2
	<.001	-

จากตาราง พบว่าการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง(รวม) ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสนุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สถิตย์พร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง (รวม) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องอาหารและการควบคุม น้ำหนัก ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสนุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สถิตย์พร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเรื่องอาหารและการควบคุม น้ำหนัก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องการออกกำลังกายระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา เพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องการผ่อนคลายความเครียด ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544) พบว่า ภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียด เพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ที่ 12 สัปดาห์ (สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลตนเองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเรื่องการดูแลตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

งานวิจัยมี การประเมินในเรื่องความพึงพอใจ คือ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544) ซึ่งผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

งานวิจัยมี การประเมินในเรื่องความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองที่ 12 สัปดาห์ (สติชัยพร นพพลับ, 2544) พบว่าภายหลังการทดลองความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

21. การพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม

การเสริมแรง และการสนับสนุนทางสังคม

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบของกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม การเสริมแรง และการสนับสนุนทางสังคม คือ

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การแจกคู่มือการดูแลตนเอง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย มีการเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชย โดยได้รับการให้กำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว มีการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนสัปดาห์ที่ 2-5 ให้ไปปฏิบัติการออกกำลังกายที่บ้าน โดยได้รับการให้กำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ มีการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 5 สัปดาห์ (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, มล.อัครอนงค์ ปราโมช, 2545)

งานวิจัยนี้มีการประเมิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีระยะเวลาของการติดตามประเมินประสิทธิผลของการทดลอง 5 สัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินการทดลองสรุปได้ดังนี้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, มล.อัครอนงค์ ปราโมช, 2545) แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่ 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, มล.อัครอนงค์ ปราโมช, 2545) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการที่ 5 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, มล.อัครอนงค์ ปราโมช, 2545)

งานวิจัย แต่ละประเภทมีการประเมินตัวชี้วัดหลากหลายจำแนกได้ประมาณ 23 ประเภท ดังแสดงในตารางที่จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดที่สำคัญที่ถูกเลือกใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของการวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ พฤติกรรมสุขภาพ รองลงมาคือตัวแปรในกลุ่มตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับตัวชี้วัดในกลุ่มพฤติกรรม มีการประเมินพฤติกรรมหลายด้าน มีการประเมินการดูแลตนเองและพฤติกรรมโดยรวม ทั้งหมด 27 เรื่อง รองลงไปเป็นด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม 25 เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกาย 19 เรื่อง พฤติกรรมการคลายเครียด 16 เรื่อง

และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 13 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า การจัดการทำให้ผลมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 4

สำหรับตัวชี้วัดในกลุ่ม ภาวะควบคุมโรค มี ระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น HDL CHOLESTEROL เป็นต้น พบว่าการจัดการแบบผสมผสานมีนัยสำคัญในสัดส่วนที่มากที่สุดดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 3. แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของการจัดทำแยกตามชนิดของการจัดทำ และตัววัด

การจัดกระทำ	จำนวน เรื่อง	ประเมิน																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. กระบวนการ กลุ่ม	12	8	3	2	2	2	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
2. การให้ คำปรึกษา	4	4	4	3	3	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. การให้ความรู้/ สุขภาพ	14	12	8	2	7	3	-	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-
4. ระบบบริการ	10	7	5	3	1	-	-	1	-	1	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
5. การฝึก พฤติกรรม	3	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. ผสมผสาน	34	26	25	23	7	14	6	3	2	1	1	1	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-
รวม	77	59	49	35	21	19	7	7	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1

- | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. พฤติกรรม | 5. ความคาดหวัง | 10. ความเชื่อ | 15. การเห็นคุณค่าในตนเอง | 20. คุณภาพชีวิต |
| 2. ภาวะควบคุมโรค | 6. ความตั้งใจ | 11. แรงจูงใจ | 16. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ | 21. ความวิตกกังวล |
| 3. การรับรู้ | 7. แรงสนับสนุนทางสังคม | 12. เจตคติต่อโรค | 17. ความเข้มแข็ง | 22. เวลาที่ใช้ในการรอรับ |
| 4. ความรู้ | 8. ความเครียด | 13. คุณภาพบริการ | 18. ความก้าวหน้าทางการเรียน | |
| 5. ความคาดหวัง | 9. ทักษะ | 14. ความพึงพอใจ | 19. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน | |

ตารางที่ 4. แสดงจำนวนสมมติฐาน และผลการทดสอบสมมติฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำแนก ตามประเภทของการจัดการทำ

การจัดการทำ	กลุ่มแบบทดสอบ		คะแนนเฉพาะ		คะแนน		ระบบการ		ระบบข้อมูลระบบ		แหล่งข้อมูล		รวม	
	Sig.	SN	Sig.	SN	Sig.	SN	Sig.	SN	Sig.	SN	Sig.	SN	Sig.	SN
พฤติกรรม														
-พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	4	-	-	-	4	-	-	-	3	-	10	-
-การดูแลตนเอง	8	-	-	-	6	-	-	-	-	-	3	-	17	-
-การควบคุมโรค	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-
-ความร่วมมือในการรักษา	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-
-การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	-	-	2	-	3	-	1	1	-	-	6	-	12	1
-การมาตรวจตามนัด	-	-	2	-	1	-	2	1	-	-	1	-	6	1
-การปฏิบัติตัวเมื่อป่วย	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
-การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	6	-
-การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม	1	-	3	-	4	-	2	-	-	-	15	-	25	-
-การสูบบุหรี่และดื่มสุรา	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	4	1
-การควบคุมน้ำหนักตัว	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	-
-การออกกำลังกาย	1	-	3	-	1	-	-	-	-	-	14	-	19	-
-การพักผ่อน	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	5	-

การจัดกระทำ	ผลึกกรรม	ความเหมาะสม		การให้ข้อมูล		การให้คำปรึกษา		การให้ความรู้		ระบบบริการ		การฝึกปฏิบัติการ		คุณสมบัติ		รวม	
		Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS
-การลดความเครียด -การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ -การสังเกตอาการผิดปกติ -การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค -การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง -พฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยกระบังลมเพื่อคลายเครียด -พฤติกรรมกรเข้ารับการตรวจคัดกรอง	1	-	-	3	-	1	-	1	-	-	-	-	-	11	-	16	-
	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	-
	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	6	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1*	-
17	-	-	20	-	21	1	14	2	-	-	-	-	70	-	142	3	

ตารางที่ 5. แสดงจำนวนประสิทธิภาพของสมมติฐานที่ใช้เปรียบเทียบภาวะควบคุมโรค

การจัดกระทำ	กระบวนการกลุ่ม		การให้คำปรึกษา		การให้ความรู้/สุขภาพ		ระบบบริการ		การฝึกพฤติกรรม		การผสมผสานมากกว่า 1 วิธี		รวม	
	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS
ตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค														
ระดับความดันโลหิต	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	2	2	3	4
ระดับความดันโลหิตตัวบน	1	-	1	-	2	-	-	3	1	18	-	-	25	1
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	1	1	2	1	4	1	2	1	4	21	3	34	7	7
น้ำหนัก	-	1	-	-	-	-	-	-	-	5	1	5	2	2
ดัชนีมวลกาย	1	-	-	-	1	-	-	1	1	3	5	6	6	6
Cholesterol	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	-	3	1	1
Triglyceride	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
HDL	-	-	1	1	-	1	-	-	-	2	-	3	2	2
ซีพีอาร์	-	-	-	-	-	1	-	2	-	2	1	4	2	2
ความดันโลหิตแดงเฉลี่ย	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	1	5	2	2
อัตราการหายใจ	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	4	-	-
อุณหภูมิปลายนิ้ว	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-

ตารางที่ 5. แสดงจำนวนประสิทธิผลของสมมติฐานที่ใช้เปรียบเทียบภาวะควบคุมโรค (ต่อ)

การจัดกระทำ	กระบวนการกลุ่ม		การให้คำปรึกษา		การให้ความรู้/สุศึกษา		ระบบบริการ		การฝึกพฤติกรรม		การผสมผสานมากกว่า 1 วิธี		รวม	
	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS	Sig	NS
ตัวชี้วัด														
ภาวะควบคุมโรค														
O ₂ sat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
ระดับโซเดียมในปัสสาวะ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
อัตราส่วนระหว่างเอวและสะโพก	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
เปอร์เซ็นต์ไขมัน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
รวม	3	3	6	4	8	4	2	1	14	3	63	15	97	30

บทที่ 5

การอภิปรายผล

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ.2548 สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

1. ลักษณะทางกายภาพงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมด 77 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษามีทั้งหมด 71 เรื่อง แบ่งเป็น ระดับปริญญาโท 68 เรื่อง และระดับปริญญาเอก 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ นั้น มีทั้งหมด 6 เรื่อง ส่วนการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในประเทศไทยของ วราภรณ์ รุ่งช้าง มีการรวบรวมทั้งหมด 25 เรื่อง ระดับปริญญาโท 21 เรื่องและระดับปริญญาเอก 1 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ นั้น มีทั้งหมด 3 เรื่อง การรวบรวมในครั้งนี้เพิ่มขึ้นจากเดิม 46 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทเนื่องจากสถาบันการศึกษาได้กำหนดให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538: 24) และเป็นการเตรียมคนที่จะเป็นนักวิจัยในยุคหน้า (ทัศนยา บุญทอง, 2544: 5)

ส่วนการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่ายังมีน้อย อาจเนื่องจากมีนักวิจัยจำนวนหนึ่ง ผลิตผลงานวิจัยแล้ว แต่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่จึงควรส่งเสริมให้พยาบาล และอาจารย์พยาบาลผลิตผลงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยให้มากขึ้น

2. ปีที่ผลิตงานวิจัย พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ครั้งแรก ในปี 2523 จำนวน 1 เรื่อง มีจำนวนมากที่สุดในปี 2544 มีถึง 17 เรื่อง รองลงมาปี 2545 มี 9 เรื่อง และไม่มีการผลิตเลยในช่วง 2524-2530 และ 2533-2535 อาจเนื่องมาจากในช่วงแรกอาจจะอยู่ในช่วงที่เพิ่งมีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร

ซึ่งทำให้ไม่มีวิจัยออกมาในช่วงนั้น ต่อมาได้มีการปรับปรุงหลักสูตรเปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลทางคลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ รพ.รามธิบดี และภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2520 และใน ปี2544 มีการเปิดสอนหลักสูตรระดับปริญญาโท อยู่ใน 8 สถาบัน (ทัศนา บุญทอง, 2544: 1-2) จึงทำให้มีงานวิจัยถูกผลิตออกมามากในช่วงนั้น และอาจจะเนื่องมาจาก อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2542-2545 มีอัตรา15.37, 18.84, 26.15, และ26.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

3. แหล่งผลิตงานวิจัย พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ถูกผลิตมาจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด จำนวน 41 เรื่อง รองลงมา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 13 เรื่อง เนื่องมาจากมหาวิทยาลัยมหิดลได้มีการเปิดสอนในสาขาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก รวมถึงมีการเปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งแรกก่อนสถาบันอื่นๆ (ทัศนา บุญทอง, 2544:1-2) จึงทำให้มีการผลิตวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออกมามาก

ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่ามีการตีพิมพ์ในลำปางเวชสาร จำนวน 1 เรื่อง ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ จำนวน 2 เรื่อง ในวารสารวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 เรื่อง ในวารสารยโสธรเวชสาร จำนวน 1 เรื่อง ในวารสารแพทย์เขต 7 จำนวน 1 เรื่อง และจากรายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติประจำปี 2539 จำนวน 1 เรื่อง ทั้งยังมีงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์อื่นๆด้วย แต่เป็นเรื่องเดียวกับที่เป็นวิทยานิพนธ์ ซึ่งตามเงื่อนไข ในกรณีเช่นนี้งานวิจัยเรื่องนั้นจะถูกลบเป็นวิทยานิพนธ์

4. แหล่งทุนวิจัย พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุนักทุนวิจัยที่ได้รับเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

5. รูปแบบการวิจัย พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพมีปรัชญา เป้าหมาย และวิธีการดำเนินการที่แตกต่างไปจากการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งนักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคยมากกว่า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548: 5) และการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบกึ่งทดลอง มากกว่าแบบทดลอง เนื่องจากเป็นการวิจัยที่กระทำกับคนโดยเฉพาะผู้ป่วย และทำในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงตามธรรมชาติมักมีข้อจำกัดในเรื่องที่บางครั้งไม่สามารถสุ่มได้หรือไม่ได้จัดกลุ่มควบคุม จึงขาดคุณลักษณะของการวิจัยแบบทดลองไป (ยุวดี ภาษา และ

คณะ, 2540: 67) และไม่เหมาะสมในการนำกลุ่มตัวอย่างมาศึกษาในห้องปฏิบัติการ เนื่องจากขัดต่อจริยธรรมในการวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

6. กรอบแนวคิด พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มากกว่าการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่นำมาใช้มากที่สุดคือทฤษฎีทางการแพทย์ของ โอริเอม ทฤษฎีความสามารถตนเอง และ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยยึดเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินการวางแผนการวิจัยเพื่อตอบปัญหาการวิจัยและทำให้ผู้อ่านเข้าใจงานวิจัยมากยิ่งขึ้น (ยุวดี ภาวชา และคณะ, 2540: 67) และเนื่องจากการสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์ จึงพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมและพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ให้เป็นที่ยอมรับและรับรู้มากยิ่งขึ้น และเนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์มีความเกี่ยวข้องกับโรค ความเจ็บป่วย มิติทางจิตวิทยา สังคม การศึกษา การบริหาร การจัดการ เศรษฐศาสตร์ และอื่นๆ จึงต้องมีทฤษฎีจากศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานวิจัยมีความชัดเจน และถูกต้องเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่าไม่ได้มีการแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยชัดเจน เนื่องจากความจำกัดของเนื้อที่กระดาษ และความเข้มงวดในเรื่องการระบุกรอบแนวคิดไม่มากเท่ากับวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

7. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ศึกษาตัวแปรอิสระหลายอย่างซึ่งจำแนกตามลักษณะการจัดกระทำ (intervention) ได้ 7 ประเภท คือ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้ความรู้/สุขศึกษา ระบบบริการ การฝึกพฤติกรรม การสร้างพลัง และการผสมผสานหลายรูปแบบ ซึ่งในงานของ วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ได้แบ่งไว้เพียง 3 ประเภทคือ การผ่อนคลาย โปรแกรมการศึกษา และกระบวนการกลุ่ม

ส่วนตัวแปรตามมีทั้งหมด 23 ประเภท คือ พฤติกรรม ภาวะควบคุมโรค การรับรู้ ความรู้ ความคาดหวัง ความตั้งใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ทัศนคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ เจตคติต่อโรค คุณภาพบริการ ความพึงพอใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ ความซึมเศร้า ความก้าวหน้าทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณภาพชีวิต สถานที่ ความวิตกกังวล และเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการ และในงานวิจัยของ วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ได้รายงานในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางสุขภาพ

ตัวแปรอื่นๆ มีตั้งแต่ 3-21 ตัว อาทิเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ฯลฯ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นคุณลักษณะทั่วไปที่ผู้วิจัยมีความสนใจว่า อาจจะเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

8. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นการประหยังบประมาณในแง่ เวลา เงินทอง และกำลังคน การศึกษากลุ่มประชากรนั้นทำได้ยากเพราะต้องเตรียมกำลังคนให้พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ถูกทดลอง นอกจากนี้อาจเกิดข้อผิดพลาดได้จากการวัดข้อมูลจากประชากรกลุ่มใหญ่ (ยูดี ภาฯ และคณะ, 2540: 67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของวราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ที่สรุปว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ในการสำรวจครั้งนี้เพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงและชาย อยู่ในช่วงอายุ วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคมากที่สุด การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ ส่วนที่มีการระบุใช้สูตรที่อ้างอิง Polit & Hungler (1983) มากที่สุด โดยขนาดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 30 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แต่หลังจากนั้นมีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีหลักความน่าจะเป็นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีไม่ใช่หลักความน่าจะเป็นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด

9. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย พบว่ามีการใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลมากที่สุดซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของวราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) และรองลงมาคือแบบสอบถาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีสายตาผิดปกติไม่สามารถมองเห็นและอ่านคำถามในเครื่องมือได้ชัดเจน และบางครั้งไม่เข้าใจคำถาม ซึ่งข้อดีของแบบสัมภาษณ์ก็คือ ใช้ได้กว้างขวาง แม้กับบุคคลที่อ่านเขียนไม่ได้ สามารถยืดหยุ่นได้ ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายหรือถามจนกว่าจะเข้าใจได้ (ยูดี ภาฯ และคณะ, 2540: 67)

การสร้างเครื่องมือ ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองโดยการทบทวนวรรณกรรม รองลงมาเป็นการดัดแปลงมาจากเครื่องมือของผู้อื่น เนื่องจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองย่อมมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือส่วนใหญ่ทำโดยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยง (Cronbach Alpha) เพื่อให้ค่าตัวแปรที่วัดได้มีความคลาดเคลื่อนจากการวัดน้อย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547: 215) และทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

แต่เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง และมีเครื่องมือใหม่ๆถูกผลิตออกมาจำนวนมากจึงขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และทำให้เครื่องมือที่มีอยู่ไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยสำหรับคนไทย และทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยที่ศึกษาตัวแปรเดียวกันได้โดยตรง นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมืออื่นๆในการวิจัยอีก เช่น เครื่องมือวัดระดับความดันโลหิต วิทยุเทป เครื่องชั่งน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างต่างๆ ซึ่งในงานวิจัยที่สำรวจพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุว่ามีการทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือเหล่านี้

10. การรวบรวมข้อมูล พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว อาจจะเป็นเพราะเพื่อผลการวัดจะได้ค่าที่ถูกต้อง ซึ่งในการวัดตัวแปรเพื่อทำการวิจัย ผู้ใช้เครื่องมือไม่ควรเกิน 1 คน ถ้าจำเป็นต้องมีมากกว่านั้นก็ควรมีการฝึกหัดให้ผู้วัดทุกคนใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน (ยูดี ภาษา และคณะ, 2540: 67) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการวัด นอกจากนี้อาจเป็นเพราะ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ มีกลุ่มตัวอย่างไม่มีขนาดใหญ่มากนัก และนักศึกษาผู้เป็นเจ้าของผลงานจึงเก็บข้อมูลด้วยตนเองเพื่อความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจึงไม่มีการระบุขั้นตอนการเก็บ และการตรวจสอบคุณภาพในการเก็บข้อมูลไว้ชัดเจน มีบางงานวิจัยที่มีผู้ช่วยวิจัย ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลมีเพียงการอธิบายวิธีการเก็บและความเข้าใจในเครื่องมือเท่านั้นแต่ไม่มีการรายงานการตรวจสอบคุณภาพในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียวจะมีข้อดีแต่ก็มีจุดอ่อน คืออาจเกิดอคติในการเก็บข้อมูล ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้ และยังพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการให้การจัดกระทำโดยผู้วิจัยเองด้วยเช่นกันอาจทำให้มีโอกาสเกิดอคติ และความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้มากขึ้นได้

11. การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ มีการใช้สถิติบรรยายมากที่สุด คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดค่าการกระจาย ซึ่งบอกให้ทราบถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนสถิติอ้างอิงส่วนใหญ่ใช้สถิติทดสอบค่าที ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง และยังมีสถิติอื่นอีก ที่ใช้ประเมินเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่น การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 77 เรื่อง แยกประเภทตามลักษณะการจัดกระทำ (intervention) ได้ 6 ประเภท คือ

1. กระบวนการกลุ่ม	จำนวน	12	เรื่อง
2. การให้คำปรึกษา	จำนวน	4	เรื่อง
3. การให้ความรู้/สุขศึกษา	จำนวน	14	เรื่อง
4. ระบบบริการ	จำนวน	10	เรื่อง
5. การฝึกพฤติกรรม	จำนวน	3	เรื่อง
6. การผสมผสานมากกว่า 1 วิธี	จำนวน	34	เรื่อง

○ การจัดทำทั้ง 6 ประเภทนี้มีเป้าหมายในการสนับสนุนให้เกิดปัจจัยที่ปรากฏในงานวิจัยเชิงพรรณนา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก หรือเพื่อลดปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ

กระบวนการกลุ่ม

จุดแข็งของการใช้กระบวนการกลุ่มในการทดลอง พบว่ามีประโยชน์ ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการพัฒนากระบวนการกลุ่มสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลต่างๆ พัฒนาการด้านทัศนคติ ความสนใจ และความสามารถ 2) ด้านการวินิจฉัย กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้บุคคลค้นพบตัวเองและเข้าใจตัวเองมากขึ้น และ 3) ด้านการบำบัด กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์หรือการติดต่อผู้อื่น สร้างความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ, 2522:18-22) ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ได้ระบายนความรู้สึเกี่ยวกับเรื่องต่างๆของตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ใช้ความคิดนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (สุริย์ จันทรมล, 2543:100-101) จุดอ่อนของการใช้กระบวนการกลุ่มอาจเกิดจากบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ คือผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่และการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้องเพื่อเป็นผู้ผลักดันกลุ่มไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Marram, 1978:124)

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามีงานวิจัย 12 เรื่อง ที่ใช้กระบวนการกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนตัวอย่างมีกลุ่มละประมาณ 12-45 คน ในการทำกลุ่มมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมกัน กำหนดปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการจัดอภิปรายกลุ่ม มีจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม 1-8 ครั้ง มีระยะห่างในการทำกลุ่ม 1-4 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาติดตามทั้งหมด 3-16 สัปดาห์ มีการประเมินในเรื่อง ปัจจัยนำ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความคาดหวัง เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค 1 เรื่อง ทักษะคิดต่อโรค 2 เรื่อง ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม 1 เรื่อง และมีการประเมินผลการทดลองที่มีผลต่อความซึมเศร้า 1 เรื่อง ภาวะควบคุมโรค 3 เรื่อง และพฤติกรรมสุขภาพ 8 เรื่อง

การใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกระทำในการทดลอง ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีการประเมินปัจจัยนำ คือ การรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้ ความตั้งใจ ทักษะคิด และปัจจัยเอื้อ คือ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งที่มีผลต่อภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ จิราวดี ลินไชย (2547) ที่ดำเนินในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการดูแลตนเอง และการสาธิตและการฝึกการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำกลุ่ม 3 ครั้ง ระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีจำนวน 12 คน กลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 คนรวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ มีการประเมินในเรื่องภาวะควบคุมโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ ระดับความดันโลหิต มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองและเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก็พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

การให้คำปรึกษา

จุดแข็งของการให้คำปรึกษา คือ เป็นการช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง แต่ก็มีจุดอ่อนที่การให้คำปรึกษาจะไม่ได้ผลในการจัดเป็นกลุ่มใหญ่ นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเชี่ยวชาญในเทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี จึงต้องมีการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษามาแล้วอย่างเหมาะสม

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามิงงานวิจัย 4 เรื่องที่ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มๆละ 6-48 คน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลายด้านเช่น การออกกำลังกาย อาหาร ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค การใช้ยา ประโยชน์และอุปสรรค มี

จำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษา 3-8 ครั้ง ระหว่างในการให้คำปรึกษา 1-4 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาติดตามทั้งหมด 8-12 สัปดาห์ มีการประเมินผลในเรื่อง ภาวะควบคุมโรค 4 เรื่อง พฤติกรรม 4 เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความเครียด 1 เรื่อง และเจตคติต่อโรค 1 เรื่อง

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาในการจัดกระทำในการทดลอง ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า ยังมีการประเมินปัจจัยนำ คือ การรับรู้ ความรู้ เจตคติต่อโรค ซึ่งที่มีผลต่อภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล (2538) มีการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ก็พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรม การพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมการพักผ่อนและควบคุมน้ำหนักตัวดีกว่ากลุ่ม ควบคุมความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ระหว่าง ก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ก็พบว่าภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการพักผ่อนและ ควบคุมน้ำหนักตัว ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

การให้ความรู้

จุดแข็งของการให้ความรู้ คือ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ พัฒนาความรู้ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นแรงบันดาลใจให้สามารถริเริ่ม และมีความเพียรพยายาม เอาชนะอุปสรรคต่างๆเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้ได้ในที่สุด เป็นการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม ของผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจพัฒนาความรู้ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นใน การดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นแรงบันดาลใจให้สามารถริเริ่ม และ มีความเพียรพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้ได้ในที่สุด และการส่งเสริม ให้มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องนั้น ต้องอาศัยกลวิธีในการสอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (นที เถลิงศรี,

2541) จุดอ่อน ของการให้ความรู้ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านเดียว โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้สอนได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีข้อจำกัด และบริบทแวดล้อมที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ และไม่บรรลุวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น ผู้ป่วยสูงอายุ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง การสอนหรือให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจ ไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะส่งผลทำให้สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ที่ให้ความรู้หรือสอนผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจูงใจ และทักษะการตั้งคำถามและสามารถใช้ทักษะเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง และการเลือกใช้สื่อ จะต้องมีการพิจารณาเลือกใช้ให้ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามีการวิจัย 14 เรื่อง ที่ใช้รูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้/การสอน/สุศึกษา มีจำนวนของตัวอย่างกลุ่มละ 12-60 คน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม 1-12 ครั้ง มีระยะห่างในการให้ความรู้ 1-4 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาติดตามทั้งหมด 4-52 สัปดาห์ มีการประเมินผล ภาวะควบคุมโรค 8 เรื่อง พฤติกรรม 12 เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความคาดหวังเกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 7 เรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม 2 เรื่อง เจตคติต่อโรค 1 เรื่อง แรงจูงใจ 1 เรื่อง ความก้าวหน้าทางการเรียน 1 เรื่อง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 1 เรื่อง คุณภาพชีวิต 1 เรื่อง และสถานที่ 1 เรื่อง

การให้ความรู้ในการจัดกระทำในการทดลอง ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความคาดหวังเกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 7 เรื่อง ปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคม 2 เรื่อง เจตคติต่อโรค 1 เรื่อง แรงจูงใจ 1 เรื่อง และปัจจัยเอื้อคือ สถานที่ 1 เรื่อง ซึ่งพบว่าผลการวิจัยส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้าน พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความคาดหวังเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อโรค แรงจูงใจ ความก้าวหน้าทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณภาพชีวิต และสถานที่ ยกเว้นตัวชี้วัดภาวะควบคุมโรค ซึ่งส่วนใหญ่ในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มในบางงานวิจัย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเนื่องจากการทำวิจัยมีเวลาที่จำกัดไม่นานพอ การติดตามประเมินภาวะควบคุมโรคจึงยังไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน และอาจจะมีตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อภาวะควบคุมโรคที่ผู้วิจัยยังไม่สามารถควบคุมได้เต็มที่ เช่น ปัจจัยเรื่องยาลดความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยใช้ ทั้งชนิด และจำนวน แต่ส่วนใหญ่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2544) มีการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าระดับความดัน

โลหิตตัวล่างภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองพบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีค่าระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้าน universal self care practice, development self care practice และ health deviation self care practice ก็พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ระบบบริการ

จุดแข็งของการจัดกระทำในรูปแบบระบบบริการ คือ มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีความสะดวก เข้าถึงได้ง่าย มีระบบให้การสนับสนุน ใช้ประโยชน์เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น แต่มีจุดอ่อนอยู่ที่การเลือกใช้ระบบบริการแต่ละรูปแบบต้องดูความเหมาะสมจึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มหรือทุกพื้นที่ได้

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามิงงานวิจัย 10 เรื่อง ที่ใช้รูปแบบระบบบริการจำนวนของตัวอย่างกลุ่มละ 15 - 9,607 คน โดยมีรูปแบบบริการ คือ

1. การพยาบาลสาธารณสุข 1 (การสนทนา ซักถามให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ไขปัญหา ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย)
2. การพยาบาลสาธารณสุข 2 (การสนทนา ซักถามให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ไขปัญหา ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย)
3. การพยาบาลระบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
4. การค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการตรวจวัดความดันโลหิต โดยอาสาสมัครสาธารณสุข
5. การตั้งเป้าหมายและวิธีการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
6. โปรแกรมเครือข่ายทางสังคม
7. การพยาบาลอย่างมีรูปแบบ
8. โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มีจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม 2-6 ครั้ง มีระยะห่างในการให้บริการ 1วัน- 8 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาติดตามทั้งหมด 3-36 สัปดาห์ มีการศึกษาปัจจัยนำ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 1เรื่อง ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม 1 เรื่อง ปัจจัยเอื้อ คือ เวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการ 1 เรื่อง และมีการประเมินผลในเรื่อง ภาวะควบคุมโรค 5 เรื่อง พฤติกรรม 7 เรื่อง คุณภาพบริการ 2 เรื่อง ความพึงพอใจ 1 เรื่อง ความวิตกกังวล 1 เรื่อง

รูปแบบระบบบริการส่วนใหญ่ที่มีผลต่อการประเมินภาวะควบคุมโรค เช่น งานวิจัยที่มีดำเนินการโดยใช้รูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน(นภารัตน์ ธารพร, 2545) มีผลทำให้

ระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้ดำเนินการในรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ การประเมิน ปัญหา การวางแผนการพยาบาลร่วมกัน กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน เปรียบเทียบกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ให้บริการ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีจำนวน 25 คน กลุ่มควบคุม มีจำนวน 25 คน และในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่ามีการปฏิบัติตนโดยรวม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การฝึกพฤติกรรม

จุดแข็งของการฝึกพฤติกรรม คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบแนวทางในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม แต่มีจุดอ่อนคือ สามารถฝึกได้เฉพาะผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และจะต้องมีการกระตุ้นเตือนในการทำกิจกรรมเป็นระยะๆ เนื่องจากการออกกำลังกายจะได้ผลดีจะต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าในงานวิจัย 3 เรื่อง ที่ใช้รูปแบบของการฝึกพฤติกรรม จำนวนของตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน มีการฝึกพฤติกรรมในรูปแบบการฝึกผ่อนคลายความเครียด การเดินเร็ว การเดินแอโรบิก การออกกำลังกายแบบไทจิซัง และการฝึกโยคะ จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม 17-84 ครั้ง ระยะห่างในการให้บริการ 1 วัน - 2 วัน มีช่วงระยะเวลาติดตามทั้งหมด 6-12 สัปดาห์ มีการประเมินผล ภาวะควบคุมโรค 3 เรื่อง พฤติกรรม 1 เรื่อง ส่วนใหญ่มีผลทำให้ภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ กิ่งดาว ขุ่ยอภัย (2544) ที่ทดสอบการพยาบาลในรูปแบบการออกกำลังกาย มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองใช้การออกกำลังกายแบบไทจิซัง กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการออกกำลังกายแบบไทจิซัง กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 ราย ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย ทำกิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีการประเมินภาวะควบคุมโรค โดยใช้ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง พบว่ากลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบก่อนทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้รูปแบบผสมผสาน

จุดแข็งของการใช้รูปแบบผสมผสานมากกว่า 1 วิธี คือการนำเอาข้อดีของ การจัดกระทำแต่ละแบบมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม และเป็นการลดข้อจำกัดของ การจัดกระทำแต่ละแบบ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการบรรลุวัตถุประสงค์ แต่มีจุดอ่อน คือ ผู้ที่ให้การทดลองจะต้องมีความรู้ และเชี่ยวชาญในการจัดกระทำแต่ละแบบ ที่นำมาผสมผสานกันเป็นอย่างดี และต้องมีการใช้บุคลากรจำนวนมาก รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีการประเมิน ภาวะควบคุมโรค 25 เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ 26 เรื่อง ปัจจัยนำ คือการรับรู้ 23 เรื่อง ความคาดหวัง 14 เรื่อง ความรู้ 7 เรื่อง ความตั้งใจ 6 เรื่อง ความเชื่อ 1 เรื่อง ความเครียด 2 เรื่อง ทศนคติ 1 เรื่อง ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม 3 เรื่อง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ 1 เรื่อง แรงจูงใจ 1 เรื่อง และปัจจัยเอื้อ คือ ความพึงพอใจ 1 เรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง 2 เรื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการทดลอง 5-20 สัปดาห์ จำนวนตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประมาณ 8-73 คน มีการจัดกระทำที่ให้ในการทดลอง 3-10 ครั้ง ผลการทดลองส่วนใหญ่โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ จริยา สิริเอกราช (2543) ที่ใช้การพยาบาลในรูปแบบผสมผสาน จำนวน 4 รูปแบบ คือ กิจกรรมกระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกทักษะในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำกิจกรรม 7 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี 40 คน กลุ่มควบคุมมี 52 คน งานวิจัยมี การประเมิน ภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการประเมินพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการคลายความเครียด มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมเหล่านี้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

จากรูปแบบของการผสมผสานซึ่งมีข้อดีดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นน่าจะส่งผลให้ตัวแปรตามที่เป็นตัวชี้วัด ทั้งภาวะควบคุมโรค พฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในทุกงานวิจัยที่ใช้ แต่มีบางงานวิจัยที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจจะเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเวลา นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ถึงวัยชรา ซึ่งระบบไหลเวียนในร่างกายโดยผนังเซลล์ของผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง อาจจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การควบคุมระดับความดันโลหิตจึงต้องใช้ระยะเวลานานขึ้น และต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้นในปี พ.ศ.2523 จนถึงปี พ.ศ.2548 พบว่ามีการวิจัยที่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวนน้อยอาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณมุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลการทดลองเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อหาประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการแจกแจงนับความถี่ ในปัจจุบันการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการทำวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาซึ่งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ วิถีชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพของผู้รับบริการในมุมมองหรือในภาษาและภายใต้บริบทของผู้รับบริการเอง ซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดูแลรักษาพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545: 89, 93) จึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในภาพรวมทั้งหมดพบว่า ผลของการจัดกระทำส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชาชนกลุ่มเสี่ยง หากพิจารณาตาม PRECEDE framework (Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation) (Green & Kruter, 1999) แล้วพบว่าได้เสนอรูปแบบเพื่อใช้ในการวางแผนเพื่อการส่งเสริม และประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล โดยใช้หลักของการวิเคราะห์ย้อนกลับจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome) ไปหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (input) กล่าวคือจะเน้นการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเริ่มต้นจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นหลักก่อน หลังจากนั้นจึงย้อนกลับไปหาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเหล่านั้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ซึ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ส่งผลทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และค่านิยม

ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ เช่น

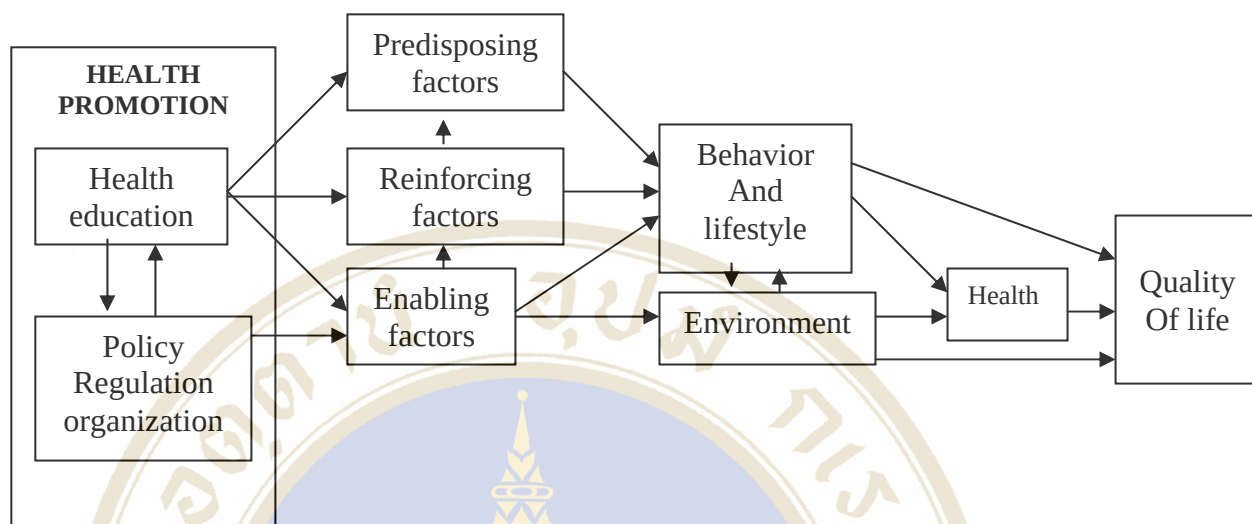
ทัศนคติ หมายถึงความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่นบุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งผลดี และผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุ ว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นจริง ให้ความไว้วางใจ

ค่านิยม หมายถึงการให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านั้นก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

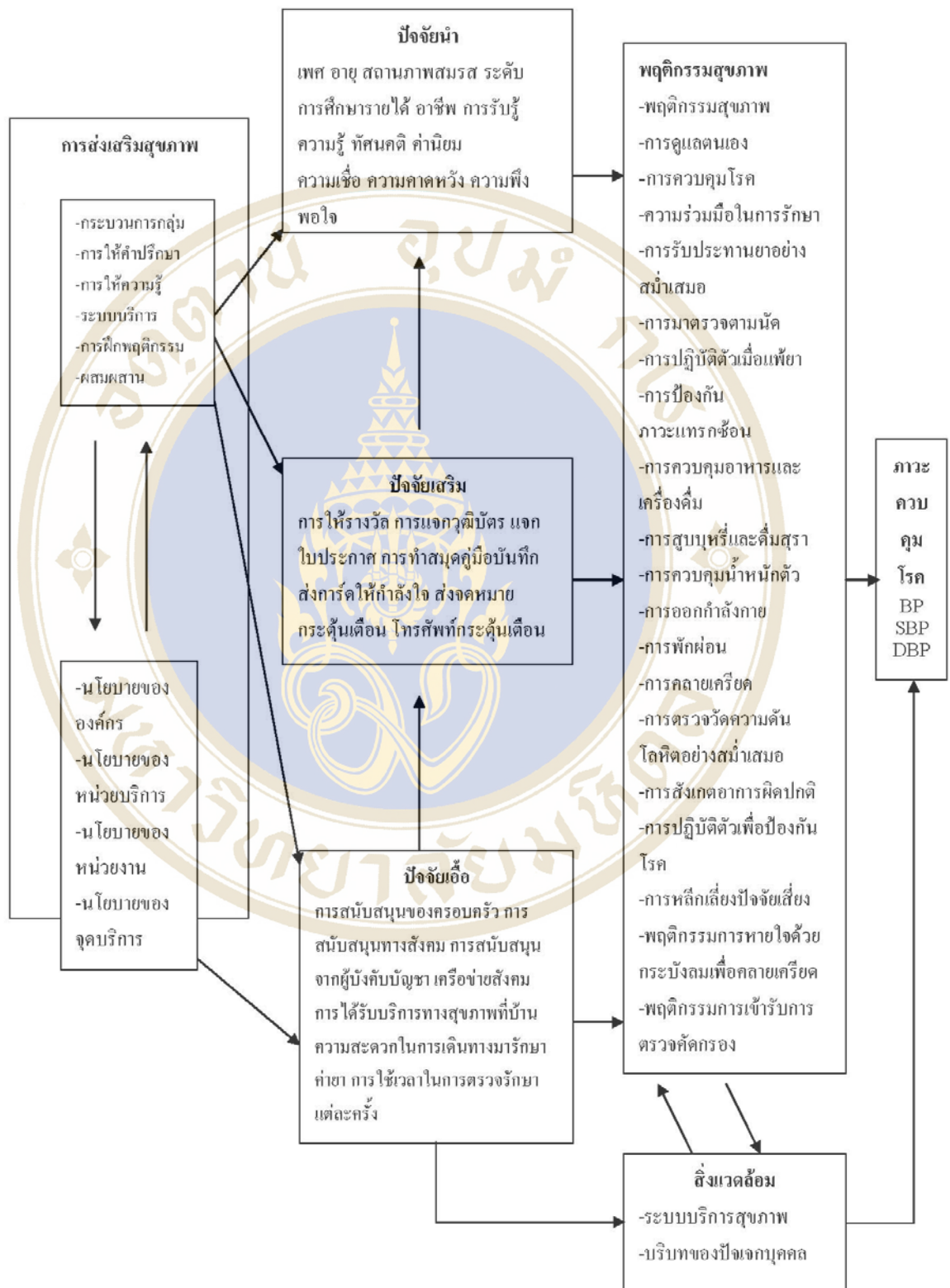
2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึงปัจจัยที่เสริมหรือช่วยให้พฤติกรรมต่างๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (Accessibility) และทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Skill) นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้บุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลตัวเองกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ความรู้ของตนเอง ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น

3. ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factor) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่ เพียงใด จากใคร และในลักษณะใดบ้าง จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ครู นายจ้าง บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น



แผนภูมิที่ 2 . แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ

การสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานผลการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 77 เรื่อง และพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาในงานวิจัยเหล่านี้สามารถจัดกลุ่มได้ตามทฤษฎี PRECEDE MODEL (Green Lawrance & Kruter, 1999) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่ศึกษาได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 3. แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ความเชื่อ ฯ พบว่าส่วนใหญ่ในงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ก็มีบางงานวิจัยพบว่าปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อนุชา นิลอยู่, 2542)

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยเอื้อในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ คือการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม เครือข่ายสังคม เช่น มีการให้ญาติกระตุ้นเตือน การแนะนำให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การจัดหาหรือจัดเตรียมอาหารให้ และการร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) หรือมีการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการจัดรายการอาหาร ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ (ดวงกมล จันทน์นิมิตร, 2538) เครือข่ายทางสังคมสามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น (รัชนิทร สาธุเสน, 2543)

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยเสริมที่ค้นพบในการสำรวจครั้งนี้ เช่น มีการสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยการแจกคู่มือบัตร (อนุชา นิลอยู่, 2542; พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) แจกใบประกาศเกียรติคุณ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การให้รางวัล (สุชญญา วงศ์เพ็ง, 2542; วรรณงาม ประเสริฐ, 2545) และการให้ของขวัญ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แก่ผู้ที่สามารถมีปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง หรือสามารถควบคุมภาวะควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม การส่งการ์ดให้กำลังใจ (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542) และการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน หรือการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) เพื่อเป็นการย้ำเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นไม่ให้ล้มในการนัดหมายครั้งต่อไป มีการแสดงความยินดี โดยการให้กลุ่มปรบมือให้กับผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิต และนำนักตัวได้ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และกล่าวให้กำลังใจกับผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ครบถ้วนและขอให้พยายามต่อไป และมีแจ้งผลเลือด ตลอดจนสรุปผลการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้ทางจดหมาย (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) บางงานวิจัยก็มีการทำสมุดคู่มือบันทึกภาวะควบคุมโรค เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้ป่วย (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) ปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และมักเกิดในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ปัจจัยนำบางตัว เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ แม้เป็นตัวแปรที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ แต่ก็มีเมื่อนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่างๆที่พบใน

งานวิจัยว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

จากเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น งานวิจัยชิ้นนี้ได้มีการต่อยอดจากงานวิจัยของวราภรณ์ รุ่งช้าง ที่มีการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2524-2541 โดย วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ซึ่ง พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นการทดลองจำนวน 25 ชื่อเรื่อง แต่ระยะเวลา 7 ปีต่อมา คือ ตั้งแต่ปี 2541 ถึง 2548 พบว่ามีเพิ่มขึ้นจากเดิม 56 เรื่อง โดยวราภรณ์ได้รายงานผลการวิจัยในภาพรวมไม่ได้จำแนกตามรูปแบบการวิจัย และไม่ได้มีการแจกแจงรูปแบบของการจัดกระทำออกเป็นกลุ่มๆ งานวิจัยในเรื่องนี้ได้ทำการต่อยอดจากงานวิจัยของ วราภรณ์ (2544) และได้แจกแจงรายละเอียดและรวบรวมผลการทดลองของการจัดกระทำออกเป็นกลุ่มๆ พร้อมทั้งเสนอข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการจัดกระทำแต่ละแบบ ประเภทของการจัดกระทำในงานวิจัยที่เป็นแบบทดลอง และกึ่งทดลองส่วนใหญ่สอดคล้องกับงานวิจัยแบบไม่ทดลองที่พบว่าปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อ เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ คือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ (บัณฑิตา คำโสม, 2550)

แต่สิ่งหนึ่งที่อาจเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เมื่อผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสภาพที่มีการจัดการทดลองตามทฤษฎี PRECEDE MODEL ก็คือสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย คือสภาพที่อยู่อาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจ การขาดกำลังใจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ตามสิ่งแวดล้อมเดิมและไม่มีการทำกิจกรรมเหมือนอยู่ในสภาพที่มีการทดลองรวมถึงไม่มีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม และนโยบายของหน่วยงานถ้าไม่มีการสนับสนุนหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการนำเอาผลการวิจัยมาใช้ในการทำงานเมื่อมีผลงานวิจัยออกมาแล้วแต่ไม่มีการสนับสนุนเอาผลงานวิจัยที่ได้ศึกษามาใช้ในหน่วยงานหรือในสถานการณ์จริงทำให้เกิดความสูญเปล่าทางด้านการศึกษาและไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน ซึ่งมีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ยังมีอยู่จำนวนน้อย โดยเฉพาะการจัดกระทำทุกๆแบบ โดยไม่ได้ศึกษาในประชากรทุกกลุ่มอย่างเพียงพอ และขาดการพัฒนาการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องในงานวิจัยที่มีผู้ได้ทำอยู่แล้วให้มีหลักฐานมากพอที่จะสรุปผลการวิจัยที่จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษา และทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อรวบรวมผลการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ที่มีหลักฐานตั้งแต่พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ไม่ใช่วิทยานิพนธ์) ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และการแพทย์ และสาธารณสุขจำนวน 77 เรื่อง

สรุปผลการวิจัย

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ครั้งนี้ วิเคราะห์และสรุปผลได้ดังนี้

1. ลักษณะทางกายภาพทางการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ลักษณะทางกายภาพทางการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 77 เรื่อง งานวิจัยระดับปริญญาโท 68 เรื่อง งานวิจัยระดับปริญญาเอก 3 เรื่อง งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา 6 เรื่อง มีหลักฐานปรากฏเรื่องแรกในปี พ.ศ. 2523 ส่วนใหญ่ผลิตในปี 2544 จำนวน 17 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล แหล่งทุนวิจัยไม่ได้มีการระบุทุนวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรค ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และแบบเฉพาะเจาะจง ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษาคือภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่แสดงกรอบแนวคิดโดยวิทยานิพนธ์แสดงกรอบแนวคิดมากกว่างานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเองขึ้นใช้เองมากที่สุด โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์มากที่สุด รวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่โดยผู้วิจัยรวบรวมคนเดียว และใช้สถิติบรรยายคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดค่าการกระจาย สถิติอ้างอิงใช้สถิติทดสอบค่าทีมากที่สุด

2. ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ผลการวิจัยพบที่มีการจัดกระทำในรูปแบบต่างๆ จำแนกเป็น 6 ประเภท คือ กระบวนการกลุ่ม (12 เรื่อง) การให้คำปรึกษา (4 เรื่อง) การให้ความรู้ (14 เรื่อง) แบบระบบบริการ (10 เรื่อง) แบบการฝึกพฤติกรรม (3 เรื่อง) และแบบผสมผสาน (34 เรื่อง) โดยมีตัวชี้วัดหลากหลาย เช่น ภาวะควบคุมโรค พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ฯลฯ เพื่อมุ่งเน้นการควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยนำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุนมาเป็นส่วนประกอบในการจัดกิจกรรมต่างๆ ในการทดลอง ซึ่งผลการทดลองส่วนใหญ่สามารถช่วยให้ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มทักษะในการจัดกระทำในรูปแบบอื่น เช่น การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม ฯลฯ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ให้มากขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้มีการทำวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปัญหาทุกด้านมากขึ้น โดยการให้ความรู้ทางการวิจัยให้มากขึ้นและสนับสนุนทุนการวิจัยให้มากขึ้น
3. ควรมีการเผยแพร่งานวิจัยทางการพยาบาลในวารสารและสิ่งตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นโอกาสให้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติจริง
4. ควรมีการทำวิจัยในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดการเกิดโรค เป็นการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเชิงรุกตามนโยบายของหน่วยงานในปัจจุบัน
5. ควรมีการวิจัยในเรื่องของคุณภาพระบบบริการ และศักยภาพผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากยังมีผู้วิจัยในเรื่องนี้ยังจำนวนน้อย และเป็นการเพิ่มมาตรฐานในการให้บริการ
6. การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ควรมีการสังเคราะห์แบบเมตต้า
7. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพ มีมาตรฐาน และสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือเหล่านี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยได้

ข้อจำกัด

1. การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมเฉพาะฐานข้อมูลในห้องสมุดภาครัฐที่ปรากฏอยู่เท่านั้น และสิ้นสุดเพียง กรกฎาคม 2548 เท่านั้น
2. รายงานการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ อาจจะรายงานจำนวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่จำนวนน้อยกว่าความเป็นจริงได้ เพราะหากงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (วิทยานิพนธ์) และมีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ในการสำรวจครั้งนี้จะนับงานวิจัยเรื่องนี้อยู่ในประเภทเดียวคือเป็นวิทยานิพนธ์
3. ฐานข้อมูล Thai Index Medicus ไม่ครอบคลุมวารสารทางการแพทย์ทั้งหมดที่มีในประเทศไทย
4. รูปแบบการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารแต่ละเล่มมีรายละเอียดผลการวิจัยไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลบางประเด็นที่รวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ขาดหายไป เช่น แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นต้น

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ศรินภัทร์ เนตรณรงค์พร 4736736 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc., อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจในปี 2540 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 158 คนต่อประชากรแสนคน (อ้างใน ชิติมาส หอมเทศและนงนุช เพ็ชรร่วง, 2544) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคความดันสูงเพิ่มขึ้น ในปี 2541 มีอัตราการตาย จากประมาณ 9.57 ต่อประชากรแสนคนเป็น 15.37, 18.84, 26.15, 26.72 ในปี 2542, 2543, 2544, 2545 ตามลำดับ (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2545) จะเห็นได้ว่าอัตราการตายที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศในลำดับต้นๆ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าความดันโลหิตมีขนาดสูงมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วและผู้ป่วยอาจตายได้ภายในระยะเวลาไม่กี่ปี โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ก็จะเกิดผลกระทบในหลายๆด้าน เช่นเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ก่อให้เกิดการสูญเสียเงิน และเวลามากขึ้น ในกรณีที่ต้องนอนโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว การดูแล

รักษาพยาบาลที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และช่วยลดอัตราการตายได้

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ และที่ผ่านมามีผู้ผลิตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตเป็นจำนวนมาก แม้จะมีการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2524-2541 โดย วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ซึ่งพบว่ามียานวิจัยทั้งหมดมีจำนวน 66 ชื่อเรื่อง ในจำนวนนี้เป็นงานวิจัยที่เป็นการทดลองจำนวน 25 ชื่อเรื่อง แต่ระยะเวลา 7 ปีต่อมา คือ ตั้งแต่ปี 2541 ถึง 2548 ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง การพัฒนาความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทางการแพทย์ และการจัดระบบสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์ของประเทศไทย จากการรวบรวม พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 77 เรื่อง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะรวบรวมผลการศึกษาวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการทำวิจัย และสรุปความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนสรุปข้อเสนอแนะทิศทางการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ต่อไปในอนาคต ซึ่งจะช่วยลดการทำวิจัยซ้ำซ้อน และลดการเสียเวลารวมทั้งค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ปัญหาวิจัย

1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ผลการวิจัยทางการแพทย์ทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีอะไรบ้าง และผลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายสรุปลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย
2. เพื่อบรรยายสรุปผลการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจำแนกตามการจัดกระทำในการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้น ถึง พ.ศ. 2548 โดยข้อมูลทั้งหมดได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฯลฯ และ ฐานข้อมูล THAI INDEX MEDICUS

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ภาพรวมสถานการณ์ของการวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และกึ่งทดลองเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางในการนำผลการวิจัยที่ได้จากการสำรวจไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป ซึ่งจะช่วยลดการเสียเวลาและค่าใช้จ่ายจากการทำวิจัยซ้ำซ้อน

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of the study)

การที่จะนำงานวิจัยต่างๆมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และนำผลวิจัยไปสู่การปฏิบัติได้นั้น จะต้องมีการรวบรวม จัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ โดยเริ่มจากการสืบค้นงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ทั้งหมดที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยนำมาจัดจำแนกตามกลุ่ม ศึกษาทางด้านกายภาพของงานวิจัย และสรุปผลการวิจัยจำแนกตามกลุ่มของการจัดกระทำในงานวิจัยนั้นๆ เพื่อให้สามารถสรุปผลได้ว่าผลการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อิทธิพลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาสร้างองค์ความรู้ใหม่ และอาจนำเสนอทฤษฎีใหม่ได้ในอนาคต ดังที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์ที่เป็นแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ตั้งแต่ เริ่มต้น จนถึงพ.ศ.2548 โดยสามารถสืบค้นได้ในฐานข้อมูลจากห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่นฯ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นวิทยานิพนธ์ ที่สามารถสืบค้นได้ในฐานข้อมูล THAI INDEX MEDICUS

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทั้งหมดที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือ

1. วิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยตรง
2. วิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทำในประเทศไทย
3. งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลของสถาบันต่างๆในระบบสารสนเทศ

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (การปฏิบัติการในห้องทดลองในมนุษย์และสัตว์ทดลอง)
2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับฤทธิ์ยาและสมุนไพร
3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับองค์ประกอบทางเคมีในสารอาหารด้านโภชนาศาสตร์
4. งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื่องที่มีการศึกษาในชาวต่างประเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ปรับมาจาก แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย เครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลของงานวิจัย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้แนวคิดของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย

2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจและการวิเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย

3. สร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยโดยดัดแปลงเครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่จำเป็นต่อการวิจัยครั้งนี้

4. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลกับวิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 เรื่อง โดยเก็บข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ที่เป็นวิธีการทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกษตรและสาธารณสุข จำนวน 5 ชื่อเรื่อง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเครื่องมือ ที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป ทั้งนี้ ตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบการเก็บข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของประชากรที่ใช้ในงานวิจัยด้วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องในด้านการสอน เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ/หรือเป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านการวิจัย การตัดสินความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกรายละเอียดการวิจัยนั้น ผู้วิจัยถือเกณฑ์ตามการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ส่วนในการหาความเที่ยงของเครื่องมือนี้ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกรายละเอียดที่ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้การทดลองเก็บข้อมูลชุดเดียวกันระหว่างผู้ร่วมวิจัย อีก 3 คน (inter-rater reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองและผู้ร่วมวิจัยอีก 3 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ได้ทำการฝึกและทดสอบการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 คน ก่อนลงมือเก็บข้อมูลจริง (inter-rater reliability) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน

2. จากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะแยกย้ายไปเก็บข้อมูลตามแหล่งที่ข้อมูลปรากฏอยู่ และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลชุดเดียวกัน หลังจากนั้นศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์โดยการอ่าน เพื่อพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด หลังจากนั้น จะศึกษางานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการคัดเลือกอย่างละเอียดอีกครั้ง และบันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือที่เป็นแบบสรุปงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ โดยผู้วิจัยจะอ่านงานวิจัยและวิทยานิพนธ์อย่างน้อย 2 รอบ รอบแรกอ่านเพื่อให้ทราบสาระของงานวิจัยและวิทยานิพนธ์โดยละเอียด รอบที่ สอง อ่านเพื่อเก็บสาระ

บันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย กรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลจะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3. นำงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ทั้งหมดที่ได้เก็บรวบรวมมาจัดกลุ่มตามตัวแปรตามเพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS)
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย และ 2. ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยโดยจัดจำแนกตามกลุ่มการจัดกระทำ

ส่วนที่ 1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่ามีทั้งหมด 77 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษามีทั้งหมด 71 เรื่อง แบ่งเป็น ระดับปริญญาโท 68 เรื่องและระดับปริญญาเอก 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ นั้น มีทั้งหมด 6 เรื่อง การผลิตงานวิจัย พบครั้งแรก ในปี 2523 จำนวน 1 เรื่อง มีจำนวนมากที่สุดในปี 2544 มีถึง 17 เรื่อง รองลงมาปี 2545 มี 9 เรื่อง และไม่มีการผลิตเลยในช่วง 2524-2530 และ 2533-2535 งานวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าถูกผลิตมาจากมหาวิทยาลัยมหิดล มากที่สุดจำนวน 41 เรื่อง รองลงมา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งรูปแบบการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มากกว่าแบบทดลอง กรอบแนวคิดที่ใช้ ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆมากกว่าการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่นำมาใช้มากที่สุดคือ ทฤษฎีความสามารถตนเอง และ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตัวแปรอิสระแยกประเภทตามลักษณะการจัดกระทำ (intervention) ได้ 6 ประเภท คือ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้ความรู้/สุขศึกษา ระบบบริการ การฝึกพฤติกรรม และการผสมผสานหลายรูปแบบ

ส่วนตัวแปรตามมีหลายประเภท คือ ภาวะควบคุมโรค พฤติกรรม การรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้ ความตั้งใจ ความเชื่อ ความเครียด ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็ง เจตคติ ต่อโรค คุณภาพบริการ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ แรงจูงใจ ความก้าวหน้าทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานที่ ความวิตกกังวล ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีตั้งแต่ 3-21 ตัว อาทิเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ฯลฯ

ในการรวบรวมครั้งนี้เพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงและชาย อยู่ในช่วงอายุ วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคมากที่สุด การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ ส่วนที่มีการระบุใช้สูตรของ Polit & Hungler (1983) มากที่สุดโดยขนาดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 30 คน จากนั้นมีการ สุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีหลักความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ วิธีไม่ใช่หลักความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลมากที่สุด และรองลงมาคือแบบสอบถาม การสร้างเครื่องมือ ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล เพียงคนเดียว และการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ มีการใช้สถิติ บรรยายมากที่สุด คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดค่าการกระจาย ส่วนสถิติอ้างอิงส่วนใหญ่ ใช้สถิติทดสอบค่าที

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีการแยกประเภทตามลักษณะการจัด กระทำ (intervention) ได้ 6 ประเภท คือ

1. กระบวนการกลุ่ม	จำนวน	12	เรื่อง
2. การให้คำปรึกษา	จำนวน	4	เรื่อง
3. การให้ความรู้/สุขศึกษา	จำนวน	14	เรื่อง
4. ระบบบริการ	จำนวน	9	เรื่อง
5. การฝึกพฤติกรรม	จำนวน	4	เรื่อง
6. การผสมผสาน	จำนวน	34	เรื่อง

การอภิปรายผล

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ.2548 สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

1. ลักษณะทางกายภาพงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมด 77 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษามีทั้งหมด 71 เรื่อง แบ่งเป็น ระดับปริญญาโท 68 เรื่องและระดับปริญญาเอก 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ นั้น มีทั้งหมด 6 เรื่อง ซึ่งของ วราภรณ์ รุ่งช้าง มีการรวบรวมทั้งหมด 25 เรื่อง ระดับปริญญาโท 21 เรื่องและระดับปริญญาเอก 1 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ นั้น มีทั้งหมด 3 เรื่อง การรวบรวมในครั้งนี้เพิ่มขึ้นจากเดิม 52 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทเนื่องจากสถาบันการศึกษาได้กำหนดให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538:24) และจะเป็นการเตรียมคนที่จะเป็นนักวิจัยในยุคหน้า (ทัศนา บุญทอง, 2544:5)

ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นวิทยานิพนธ์ และมีการตีพิมพ์เผยแพร่แล้วยังมีน้อย เนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนในลักษณะกระจายขึ้นอยู่กับความสนใจของนักวิจัยและแหล่งทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์พยาบาล ซึ่งมีความรู้และทักษะการทำวิจัยยังมีงานสอนและการถ่ายทอดความรู้เป็นหลักทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการทำวิจัย ขาดผู้ช่วยในการทำวิจัย และทรัพยากรสนับสนุนการวิจัย และผู้บริหารสถาบันการศึกษาขาดความสามารถในการบริหารจัดการให้ได้นักวิจัยที่มีคุณภาพ เช่นเดียวกับพยาบาลในสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการเป็นงานหลักมีภาระงานที่หนักทำให้ งานวิจัยที่ทำยังไม่ต่อเนื่อง ค่าซ้ำ ไม่ทันเหตุการณ์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544:36-37)

2. ปีที่ผลิตงานวิจัย พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ครั้งแรก ในปี 2523 จำนวน 1 เรื่อง มีจำนวนมากที่สุดในปี 2544 มีถึง 17 เรื่อง รองลงมาปี 2545 มี 9 เรื่อง และไม่มีการผลิตเลยในช่วง 2524-2530 และ 2533-2535 อาจเนื่องมาจากในช่วงแรกอาจจะอยู่ในช่วงที่เพิ่งมีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งทำให้ไม่มีวิจัยออกมาในช่วงนั้น ต่อมาได้มีการปรับปรุงหลักสูตรเปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลทางคลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาล

ศาสตราจารย์ ร.พ.รามาริบัติ และภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2520 และใน ปี2544 มีการเปิดสอนหลักสูตรระดับปริญญาโท อยู่ใน 8 สถาบัน (ทัศนา บุญทอง, 2544:1-2) จึงทำให้มีงานวิจัยถูกผลิตออกมามากในช่วงนั้น และอาจจะเนื่องมาจาก อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2542-2545 มีอัตรา15.37,18.84,26.15,26.72 ตามลำดับ (ฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

3. แหล่งผลิตงานวิจัย พบว่า งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ถูกผลิตมาจากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด จำนวน 41 เรื่อง รองลงมา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 13 เรื่อง เนื่องมาจากมหาวิทยาลัยมหิดลได้มีการเปิดสอนในสาขาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก รวมถึงมีการเปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งแรกก่อนสถาบันอื่นๆ (ทัศนา บุญทอง, 2544:1-2) จึงทำให้มีการผลิตวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออกมามาก

ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นวิทยานิพนธ์ พบว่ามีการตีพิมพ์ในต่างประเทศจำนวน 1 เรื่อง ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ จำนวน 2 เรื่อง ในวารสารวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 เรื่อง ในวารสารยโสธรเวชสาร จำนวน 1 เรื่อง ในวารสารแพทย์เขต 7 จำนวน 1 เรื่อง และจากรายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติประจำปี 2539 จำนวน 1 เรื่อง และบางเรื่อง มีการเผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์ เช่น พยาบาลสาร แต่ซ้ำกับวิทยานิพนธ์จึงถูกตัดออกไปอยู่ในงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

4. แหล่งทุนวิจัย พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุนทุนวิจัยที่ได้รับเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

5. รูปแบบการวิจัย พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพมีปรัชญา เป้าหมาย และวิธีการดำเนินการที่แตกต่างไปจากการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งนักวิจัยส่วนใหญ่คุ้นเคยเป็นอย่างดี (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548:5) และการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบกึ่งทดลอง มากกว่าแบบทดลอง เนื่องจาก เป็นการวิจัยที่กระทำกับคนโดยเฉพาะผู้ป่วย และทำในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงตามธรรมชาติมักมีข้อจำกัดในเรื่องที่บางครั้งไม่สามารถสุ่มได้หรือไม่ได้จัดกลุ่มควบคุม จึงขาดคุณลักษณะของการวิจัยแบบทดลองไป

(ยูดี ภาษา และคณะฯ, 2540:67) และไม่เหมาะสมในการนำกลุ่มตัวอย่างมาศึกษาในห้องปฏิบัติการ เนื่องจากขัดต่อจริยธรรมในการวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

6. กรอบแนวคิด พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มากกว่าการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่นำมาใช้มากที่สุดคือ ทฤษฎีความสามารถตนเอง และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยยึดเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินการวางแผนการวิจัยเพื่อตอบปัญหาการวิจัยและทำให้ผู้อ่านเข้าใจงานวิจัยมากยิ่งขึ้น (ยูดี ภาษา และคณะฯ, 2540:67) และการรวบรวมครั้งนี้เป็นงานวิจัยทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงต้องใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมและพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ให้เป็นที่ยอมรับและรับรู้มากยิ่งขึ้น และเนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย มิติทางจิตวิทยา สังคม การศึกษา การบริหาร การจัดการ เศรษฐศาสตร์ และอื่นๆ จึงต้องมีทฤษฎีจากศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานวิจัยมีความชัดเจน และถูกต้องเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

○ ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นวิทยานิพนธ์ พบว่าไม่ได้มีการแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยชัดเจน เนื่องจากความจำกัดของเนื้อที่กระดาษ และความเข้มงวดในเรื่องการระบุนกรอบแนวคิดไม่เคร่งครัดมากเท่ากับวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

7. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่พบ พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ตัวแปรอิสระแยกประเภทตามลักษณะการจัดกระทำ (intervention) ได้ 6 ประเภท คือ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การให้ความรู้/สุขศึกษา ระบบบริการ การฝึกพฤติกรรม และการผสมผสานหลายรูปแบบ ซึ่งในงานของ วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ได้แบ่งไว้ 3 ประเภทคือ การผ่อนคลาย โปรแกรมการศึกษา และกระบวนการกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีรูปแบบการจัดกระทำเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ทำให้มีความหลากหลายในการใช้รูปแบบการจัดกระทำในการปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนตัวแปรตาม คือ ภาวะควบคุมโรค พฤติกรรม การรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้ ความตั้งใจ ความเชื่อ ความเครียด ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม ความซึมเศร้า เจตคติต่อโรค คุณภาพบริการ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ แรงจูงใจ ความก้าวหน้าทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานที่ ความวิตกกังวล และในงานวิจัยของ วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ได้ศึกษาในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีผลการประเมินประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ทำให้มีความรู้จากการวิจัยว่าการใช้รูปแบบการจัดกระทำแบบใดมีผลต่อภาวะควบคุมโรค พฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรตามอื่นเพิ่มมากขึ้น

ตัวแปรอื่นๆ มีตั้งแต่ 3-21 ตัว อาทิเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ฯลฯ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นคุณลักษณะทั่วไปที่ผู้วิจัยมีความสนใจว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

8. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พบว่างานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นการประหยังบประมาณในแง่ เวลา เงินทอง และกำลังคน การศึกษาก็ทำได้ยากเพราะต้องเตรียมกำลังคนให้พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ถูกทดลอง นอกจากนี้อาจเกิดข้อผิดพลาดได้จากการวัดข้อมูลจากประชากรกลุ่มใหญ่ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540:67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของวรารณ รุ่งช้าง (2544) ที่สรุปว่าศึกษาส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วย ในการรวบรวมครั้งนี้เพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงและชาย อยู่ในช่วงอายุ วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคมากที่สุด การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ ส่วนที่มีการระบุใช้สูตรของ Polit & Hungler (1983) มากที่สุด โดยขนาดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 30 คน จากนั้นมีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีหลักความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีไม่ใช่หลักความน่าจะเป็น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด

9. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

พบว่ามีการใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลมากที่สุดซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของวรารณ รุ่งช้าง (2544) และรองลงมาคือแบบสอบถาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีสายตาผิดปกติไม่สามารถมองเห็นและอ่านคำถามในเครื่องมือได้ชัดเจน และบางครั้งไม่เข้าใจคำถาม ซึ่งข้อดีของแบบสัมภาษณ์ก็คือ ใช้ได้กว้างขวาง แม้กับบุคคลที่อ่านเขียนไม่ได้ สามารถยืดหยุ่นได้ ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายหรือถามจนกว่าจะเข้าใจได้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540:67)

การสร้างเครื่องมือ ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม รองลงมาเป็นการดัดแปลงมาจากเครื่องมือของคนอื่น เนื่องจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองย่อมมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือส่วนใหญ่ทำโดยการหาค่าความตรงและความเที่ยง ผู้วิจัยมีความรู้และทักษะอย่างดีในการใช้เครื่องมือต่างๆ ค่าตัวแปรที่ได้ย่อมมีความคลาดเคลื่อนจากการวัดน้อย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547:215) ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

แต่เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง และมีเครื่องมือใหม่ๆถูกผลิตออกมามากจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และทำให้เครื่องมือที่มีอยู่ไม่ได้รับการพัฒนาเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยสำหรับคนไทย และทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยได้โดยตรง นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่นๆในการวิจัยอีก เช่น เครื่องมือวัดระดับความดันโลหิต วิถีสุขภาพ เครื่องชั่งน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ ซึ่งในงานวิจัยที่สำรวจพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุว่ามีการทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือเหล่านี้

10. การรวบรวมข้อมูล พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยส่วนใหญ่มีผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว อาจจะเป็นเพราะเพื่อผลการวัดจะได้ค่าที่ถูกต้อง ซึ่งในการวัดตัวแปรเพื่อทำการวิจัย ผู้ใช้เครื่องมือไม่ควรเกิน 1 คน ถ้าจำเป็นต้องมีมากกว่านั้นก็ควรมีการฝึกหัดให้ผู้วัดทุกคนใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน (ยุวดี ภาชา และคณะ, 2540:67) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการวัด และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ เพื่อความสะดวก ประหยัด ค่าใช้จ่าย และกลุ่มตัวอย่างไม่มีขนาดใหญ่มากนัก นักศึกษาจึงสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ด้วยตนเอง แต่เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจึงเห็นว่าไม่มีการระบุการเก็บ และการตรวจสอบคุณภาพในการเก็บข้อมูลไว้ชัดเจน มีบางงานวิจัยที่มีผู้ช่วยวิจัย ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลมีเพียงการอธิบายวิธีการเก็บและความเข้าใจในเครื่องมือเท่านั้นแต่ไม่มีการรายงานการตรวจสอบคุณภาพในการเก็บข้อมูล

11. การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ มีการใช้สถิติบรรยายมากที่สุด คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดค่าการกระจาย ซึ่งบอกให้ทราบถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนสถิติอ้างอิงส่วนใหญ่ใช้สถิติทดสอบค่าที ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง และยังมีสถิติอื่นอีก ที่ใช้ประเมินเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีงานผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 77 เรื่อง แยกประเภทตามลักษณะการจัดกระทำ (intervention) ได้ 6 ประเภท คือ

1. กระบวนการกลุ่ม	จำนวน	12	เรื่อง
2. การให้คำปรึกษา	จำนวน	4	เรื่อง
3. การให้ความรู้/สุขศึกษา	จำนวน	14	เรื่อง
4. ระบบบริการ	จำนวน	9	เรื่อง
5. การฝึกพฤติกรรม	จำนวน	4	เรื่อง
6. การผสมผสาน	จำนวน	34	เรื่อง

โดยมีเป้าหมายในการสนับสนุนให้เกิดปัจจัยที่ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะควบคุมโรค และลดปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ

จุดแข็งของการใช้กระบวนการกลุ่มในการทดลอง พบว่ามีประโยชน์ใน 3 ด้าน คือ 1. ด้านการพัฒนาการสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลต่างๆ พัฒนาการด้านทัศนคติ ความสนใจและความสามารถ 2. ด้านการวินิจฉัย กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้บุคคลค้นพบตัวเองและเข้าใจตัวเองมากขึ้น 3. ด้านการบำบัด จะช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์หรือการติดต่อผู้อื่น สร้างความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ, 2522:18-22) ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ของตนเอง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ใช้ความคิดนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (สุริย์ จันทร โมลี, 2537:100-101) จุดอ่อนของการใช้กระบวนการกลุ่มอาจเกิดจากบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ คือผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่และการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้องเพื่อเป็นผู้ผลักดันกลุ่มไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Marram, 1978:124)

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามีงานวิจัย 12 เรื่อง แบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกระทำที่ใช้ในการทดลอง การรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีการประเมินในเรื่องปัจจัยนำ คือ การรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้ ความตั้งใจ ทัศนคติ และมีปัจจัยเอื้อคือ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งที่มีผลต่อภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง

การให้คำปรึกษา คือ เป็นการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง แต่การให้คำปรึกษาจะไม่ได้ผลในการจัดเป็นกลุ่มใหญ่ นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเชี่ยวชาญในเทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี จึงต้องมีการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษามาแล้วอย่างเหมาะสม พบว่า มีการประเมินในเรื่องปัจจัยนำ คือ การรับรู้ ความรู้ เจตคติต่อโรค ซึ่งมีผลต่อภาวะควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง

การให้ความรู้ คือ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ พัฒนาความรู้ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นแรงบันดาลใจให้สามารถริเริ่ม และมีความเพียรพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้ได้ในที่สุด (นที, 2541) จุดอ่อน ของการให้ความรู้ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านเดียว โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้สอนได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีข้อจำกัดและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์อาจจะได้ไม่เต็มที่ และไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง การสอนหรือให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งส่งผลทำให้สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ที่ให้ความรู้หรือสอนผู้ป่วยจะต้องมีทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจูงใจ และทักษะการตั้งคำถามและสามารถใช้ทักษะเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง และการเลือกใช้สื่อ จะต้องมีการพิจารณาเลือกใช้ให้ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

การให้ความรู้ในการจัดกระทำที่ใช้ในการทดลอง การรวบรวมในการศึกษารั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค 2 เรื่อง ความคาดหวังเกี่ยวกับโรค 3 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค 7 เรื่อง ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม 2 เรื่อง เจตคติต่อโรค 1 เรื่อง แรงจูงใจ 1 เรื่อง และปัจจัยเอื้อ คือ สถานที่ 1 เรื่อง ซึ่งพบว่าผลการวิจัยส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความคาดหวังเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อโรค แรงจูงใจ ความก้าวหน้าทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณภาพชีวิต และสถานที่ ยกเว้นภาวะควบคุมโรค ซึ่งส่วนใหญ่ในการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มพบว่ามียางงานวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเนื่องจากเวลาที่ใช้ในการวิจัยมีเวลาที่จำกัดไม่นานพอ ภาวะควบคุมโรคจึงยังไม่มีเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน และอาจจะมีตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อภาวะควบคุมโรคที่ผู้วิจัยยังไม่สามารถควบคุมได้

เต็มที่ มีการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่างภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบก่อนทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองพบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีค่าระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการประเมินในด้าน universal self care practice development self care practice health deviation self care practice มีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

รูปแบบระบบบริการ คือ มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีความสะดวก เข้าถึงได้ง่าย มีระบบให้การสนับสนุน ใช้ประโยชน์เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น แต่มีจุดอ่อนอยู่ที่การเลือกใช้ระบบบริการแต่ละรูปแบบต้องดูความเหมาะสมไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มหรือทุกพื้นที่ได้

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่ามิงงานวิจัย 9 เรื่อง ที่ใช้รูปแบบระบบบริการจำนวนของตัวอย่างกลุ่มละ 15-9,607 คน โดยมีรูปแบบบริการ คือ

1. การพยาบาลสาธารณสุข 1 (การสนทนา ซักถามให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ไขปัญหา ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย)
2. การพยาบาลสาธารณสุข 2 (การสนทนา ซักถามให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ไขปัญหา ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย)
3. การพยาบาลระบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
4. การค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการตรวจวัดความดันโลหิต โดยอาสาสมัครสาธารณสุข
5. การตั้งเป้าหมายและวิธีการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
6. โปรแกรมเครือข่ายทางสังคม
7. การพยาบาลอย่างมีรูปแบบ
8. โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

รูปแบบระบบบริการส่วนใหญ่ที่มีผลต่อการประเมินภาวะควบคุมโรค และในการประเมินในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบการปฏิบัติตนโดยรวมภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่ามีการปฏิบัติตนโดยรวม ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การฝึกพฤติกรรม คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบแนวทางในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม แต่มีจุดอ่อนคือ สามารถฝึกได้เฉพาะผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และจะต้องมีการกระตุ้นเตือนในการ

ทำกิจกรรมเป็นระยะๆ เนื่องจากการออกกำลังกายจะได้ผลดีจะต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

มีการประเมินภาวะควบคุมโรค คือเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบก่อนทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้รูปแบบการผสมผสาน คือการนำเอาข้อดีของ intervention แต่ละแบบมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม และเป็นการลดข้อจำกัดของ intervention แต่ละแบบซึ่งเป็นอุปสรรคในการบรรลุวัตถุประสงค์ แต่มีจุดอ่อน คือ ผู้ที่ให้การทดลองจะต้องมีความรู้และเชี่ยวชาญในแต่ละแบบของ intervention ที่นำมาผสมผสานกันเป็นอย่างดี และต้องมีการใช้บุคลากรจำนวนมาก รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่างานวิจัยมี การประเมินในเรื่อง ภาวะควบคุมโรค คือ ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง พบว่าการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองและการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และการประเมินในเรื่อง พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการคลายความเครียด มีการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองและการเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

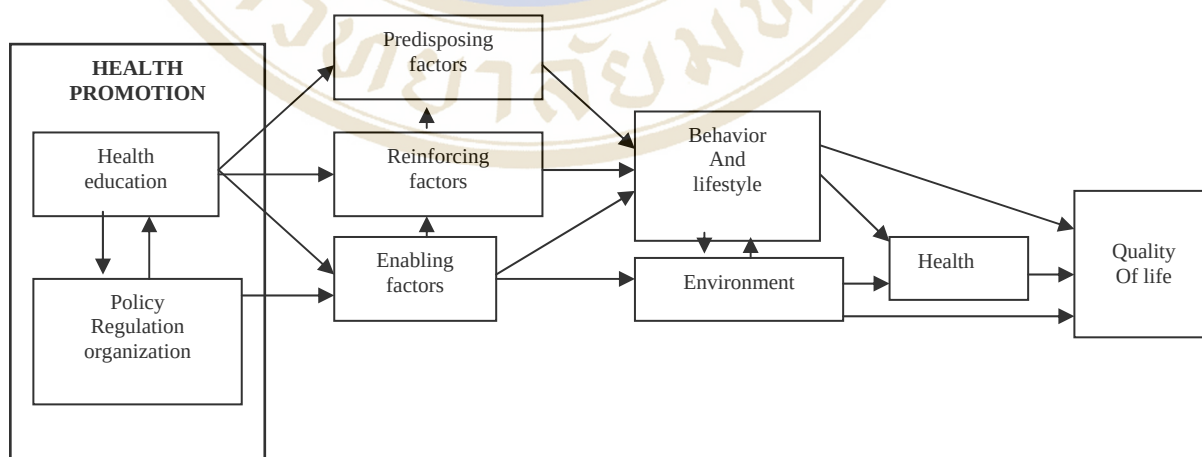
จากรูปแบบของการผสมผสานซึ่งมีข้อดีดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นน่าจะส่งผลให้ตัวแปรตามเช่นภาวะควบคุมโรคพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในทุกงานวิจัยที่ใช้แต่มีบางงานวิจัยที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจจะเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเวลา และงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยชรา ซึ่งพบว่าระบบไหลเวียนในร่างกายโดยผนังเซลล์ของผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การควบคุมระดับความดันโลหิตอาจต้องใช้ระยะเวลาและความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนน้อยอาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลอง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณมุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลการทดลองเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อหาหัวข้อและหัวข้อย่อย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับ

หัวข้อใหญ่เป็นการแจกแจงรายละเอียดเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการทำวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผลงานวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำมาซึ่งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ วิถีชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในมุมมองหรือในภาษาและภายใต้บริบทของผู้รับบริการเอง ซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดูแลรักษาพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545:89,93) จึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไปในอนาคต

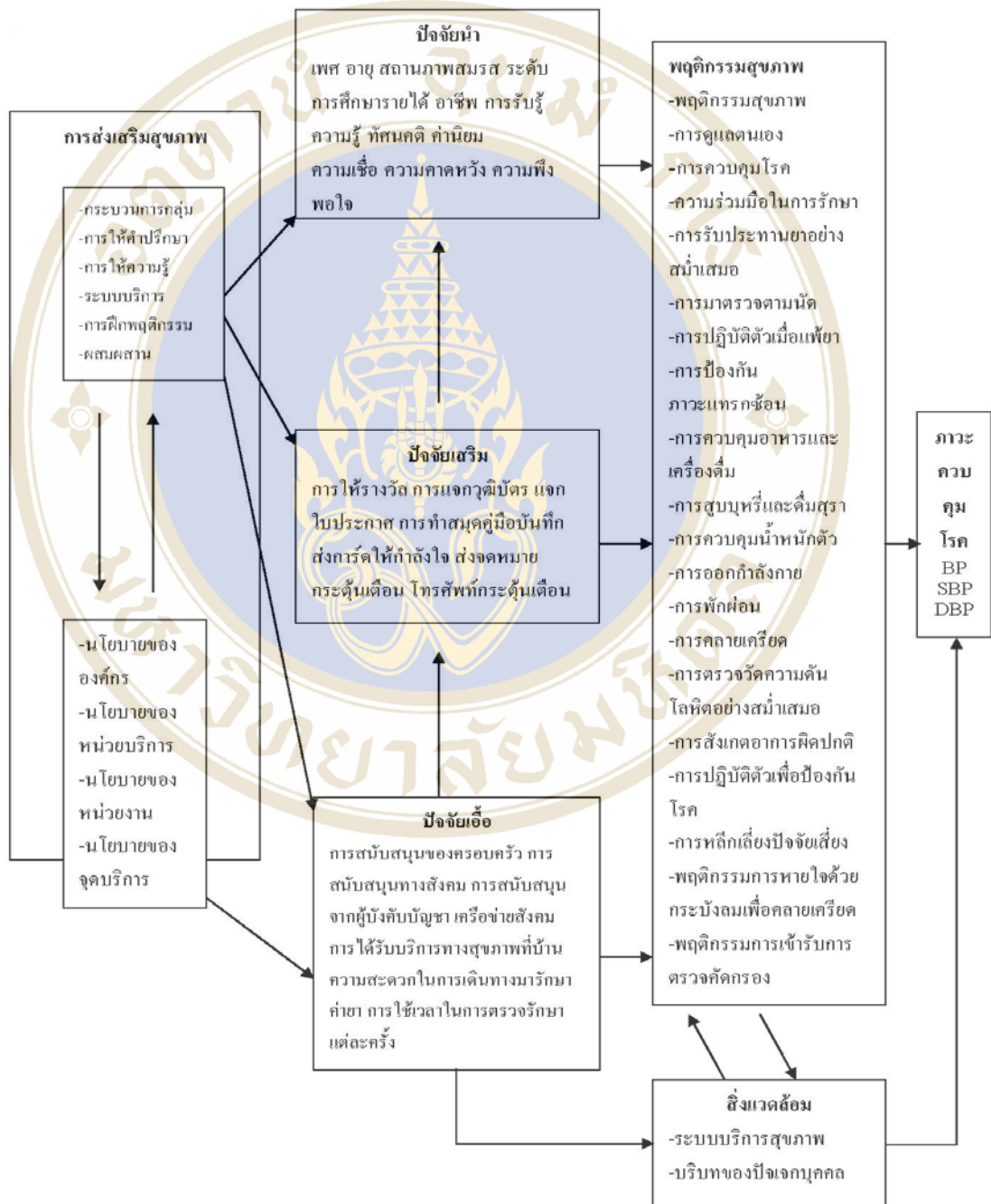
และจากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในภาพรวมทั้งหมดพบว่า ผลของการจัดกระทำส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชาชนกลุ่มเสี่ยง หากพิจารณาตาม PRECEDE framework (Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation) (Green Lawrance, 1991) แล้วพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกได้ 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor)
2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor)
3. ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factor)



แผนภูมิที่ 2 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ

การสำรวจครั้งนี้ พบว่าม้งงานผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 77 เรื่อง พบว่าปัจจัยต่างๆที่ศึกษาสามารถจัดกลุ่มได้ตามทฤษฎี PRECEDE MODEL (Green Lawrance, 1991) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 และจำแนกกลุ่มปัจจัยที่ศึกษาในงานวิจัยที่สำรวจพบ ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ความเชื่อ ฯ พบว่าส่วนใหญ่ในงานวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ก็มีบางงานวิจัยพบว่าปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อนุชา นิลอยู่, 2542)

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยเอื้อในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ คือการสนับสนุนของครอบครัว และสังคม เครือข่ายสังคม เช่น มีการให้ญาติกระตุ้นเตือน การแนะนำให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การจัดหาหรือจัดเตรียมอาหารให้ และการร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) หรือมีการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการจัดรายการอาหาร ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2538) เครือข่ายทางสังคมสามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น (รัชนิทร สาธุเสน, 2543)

ตัวแปรที่จัดว่าเป็นปัจจัยเสริมที่ค้นพบในการสำรวจครั้งนี้ เช่นมีการสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยการแจกคู่มือ (อนุชา นิลอยู่, 2542 ; พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539) แจกใบประกาศเกียรติคุณ (ขนิษฐา ทองหยอด, 2543) การให้รางวัล (สุชัยญา วงศ์เพ็ง, 2542 ; วรรณงาม ประเสริฐ, 2545) และการให้ของขวัญ (จริยา ศิริเอกราช, 2543) แก่ผู้ที่สามารถมีปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง หรือสามารถควบคุมภาวะควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม การส่งการ์ดให้กำลังใจ (ยุพิน หงส์วะชิน, 2542) และการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน หรือการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) เพื่อเป็นการย้ำเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นไม่ให้ล้มในการนัดหมายครั้งต่อไป มีการแสดงความยินดี โดยการให้กลุ่มปรบมือให้กับผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิต และนำนักตัวได้ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และกล่าวให้กำลังใจกับผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ครบถ้วนและขอให้พยายามต่อไป และมีแจ้งผลเลือด ตลอดจนสรุปผลการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้ทางจดหมาย (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล, 2538) บางงานวิจัยก็มีการทำสมุดคู่มือบันทึกภาวะควบคุมโรค เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้ป่วย (กฤษณา กาญจนพิบูลย์, 2544) ปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และมักเกิดในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ปัจจัยนำบางตัว เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ แม้เป็นตัวแปรที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ แต่ก็มีเมื่อนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่างๆที่พบใน

งานวิจัยว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

จากเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น งานวิจัยชิ้นนี้ได้มีการต่อยอดจากงานวิจัยของวราภรณ์ รุ่งช้าง ที่มีการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2524-2541 โดย วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ซึ่ง พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นการทดลองจำนวน 25 ชื่อเรื่อง แต่ระยะเวลา 7 ปีต่อมา คือ ตั้งแต่ปี 2541 ถึง 2548 พบว่ามีเพิ่มขึ้นจากเดิม 56 เรื่อง โดยวราภรณ์ได้รายงานผลการวิจัยในภาพรวมไม่ได้จำแนกตามรูปแบบการวิจัย และไม่มีการแจกแจงรูปแบบของการจัดกระทำออกเป็นกลุ่มๆ งานวิจัยในเรื่องนี้ได้ทำการต่อยอดจากงานวิจัยของ วราภรณ์ (2544) และได้แจกแจงรายละเอียดและรวบรวมผลการทดลองของการจัดกระทำออกเป็นกลุ่มๆ พร้อมทั้งเสนอข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการจัดกระทำแต่ละแบบ

รูปแบบการจัดกระทำในงานวิจัยที่เป็นแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองส่วนใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยแบบไม่ทดลองที่พบว่าปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ เช่นการสนับสนุนทางสังคม หรือของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ คือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้

แต่สิ่งหนึ่งที่น่าจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เมื่อผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสภาพที่มีการจัดการทดลองตามทฤษฎี PRECEDE MODEL ก็คือสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย คือสภาพที่อยู่อาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจ การขาดกำลังใจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ตามสิ่งแวดล้อมเดิม และไม่มีการทำกิจกรรมเหมือนอยู่ในสภาพที่มีการทดลองรวมถึงไม่มีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม และนโยบายของหน่วยงานถ้าไม่มีการสนับสนุนหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการนำเอาผลการวิจัยมาใช้ในการทำงานเมื่อมีผลงานวิจัยออกมาแล้วแต่ไม่มีการสนับสนุนเอาผลงานวิจัยที่ได้ศึกษามาใช้ในหน่วยงานหรือในสถานการณ์จริงทำให้เกิดความสูญเปล่าทางด้านการศึกษาและไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ยังมีจำนวนน้อยอยู่ โดยเฉพาะการจัดกระทำแบบ ไม่ได้ศึกษาในประชากรทุกกลุ่มอย่างเพียงพอ และขาดการพัฒนาการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องในงานวิจัยที่มีผู้ได้ทำอยู่แล้วให้มีจำนวนที่มากพอที่จะสรุปผลการวิจัยนำไปสู่การใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษา และทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

A SURVEY OF EXPERIMENTAL AND QUASI-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN THAILAND

SARINPAS NETNARONGPORN 4736736 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKON,
D.N.Sc., ORASA PANPAKDEE, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

A SURVEY OF EXPERIMENTAL AND SEMI-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN THAILAND

Background and Rationale of the Study

According to a survey in 1997, there were 158 hypertension patients per 100,000 populations (cited in Thitimas Homtes and Nongnuch Petchruang, 2001). According to the statistics of the Ministry of Public Health, the rate of death of hypertension patients has been increasing: from 9.57 persons per 100,000 populations in 1998 to 15.37, 18.84, 26.15 and 26.72 persons in 1999, 2000, 2001 and 2002 respectively (Non-communicable Diseases Task Force, Bureau of Epidemiology, the Department of Communicable Disease Control, the Ministry of Public Health, 2002). This is obvious that the rate of death caused by hypertension was likely to be increasing; so hypertension is a primary public health problem of the country.

The uncontrollable hypertension causes complications in main body organs, e.g. heart, brain, kidney, eye nerve, etc. since hypertension makes the arteries lying in almost body organs be deteriorating until the coronary occlusion and coronary thrombosis occur and the blood cannot flow to many body organs. The seriousness and responsiveness of these complications also depend on the disease severity and stage. The higher blood pressure, the quicker complications occur. Finally, the patients will pass away within a short period. The uncontrollable hypertension can

take several effects such as the aforesaid complications, loss of more money and time to be hospitalized, which affected the whole society and family economics. The medical care and treatment to control hypertension can help prevent potential complications and reduce the rate of death.

Since hypertension becomes a critical problem of the country, many researches on hypertension have been conducted. Although there was a survey of research on nursing of hypertension patients as conducted from Year 1981 to 1998, which was done by Waraporn Rungchang (2001), there were 66 research studies on this matter: 25 out of them were experimental research. However, during 7 years later or from Year 1998 – 2005 when it is a critical period of health service system development in Thailand to provide the universal health service to the people, develop medical and nursing progress, and organizing a system supporting the nursing research in Thailand, the research studies on hypertension totaled 77.

Therefore, I felt interested in compiling the results of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients to summarize and implement the knowledge from this survey to be the guideline of caring for hypertension patients more precisely and efficiently, of preventing the emerge of complications, of reducing the rate of death from hypertension, and of summarizing the research suggestions and direction to further develop the knowledge in this area in order to reduce the overlapped research studies, time waste and expenses.

Research Problems

1. How about physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertensive patients in Thailand?
2. How about experimental and quasi-experimental nursing research results among hypertensive patients in Thailand?

Objectives of the Study

1. To give a brief explanation about physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand.

2. To give a brief explanation about physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand as classified by interventions in such experiments.

Scope of the Study

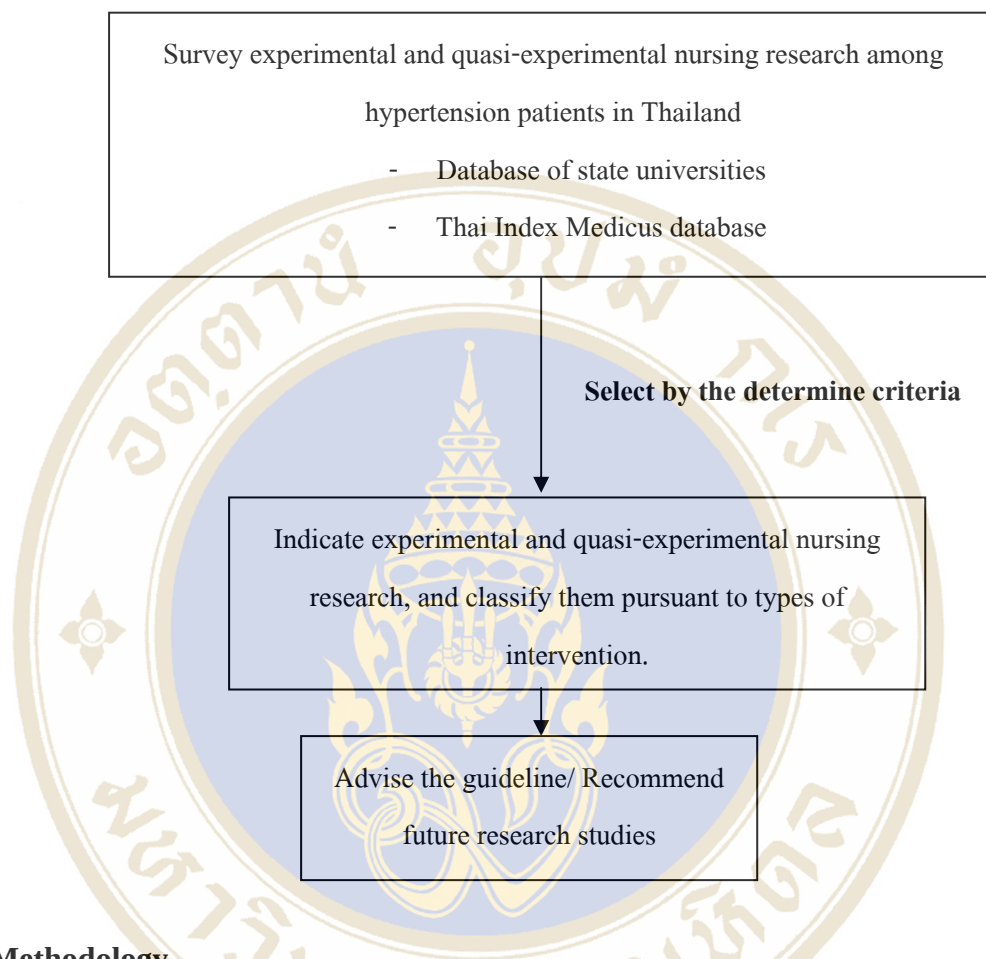
The populations in this study included experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand since the first time of conducting this kind of research up to Year 2005. All data was gathered from the database of state universities; namely, Chulalongkorn University, Mahidol University, Chiang Mai University, etc. and THAI INDEX MEDICUS database.

Expected Benefits

1. To receive the general situation of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients, and to have the guideline of implementing such survey results to develop the nursing practice quality for hypertension patients.
2. To have the guideline of conducting studies for better and advanced knowledge about caring of hypertension patients, which helps reduce the time waste and overlapped expenses on conducting this kind of research.

Conceptual Framework of the Study

To enhance the best benefit from various research studies and to implement them, they must be compiled and systematically classified in groups. The conceptual framework started from searching for all experimental and quasi-experimental nursing research relating to hypertension patients, classifying into groups, studying the physical features of those studies and summarizing the research results as classified by the intervention in those studies in order to have a conclusion which nursing research on hypertension patients could be implemented in the nursing practice that would be further used to create a new knowledge base and to propose other new theories in the future as illustrated in Chart 1.



Methodology

Populations and the Sample Group

The populations in this study included nursing research reports and theses that were experiment or quasi-experimental regarding the status of hypertension in Thailand as published since the beginning up to Year 2005. These documents could be sought from databases of state universities, e.g. Mahidol University, Chiang Mai University, Khon Khen University, etc. , and other research that was not thesis studies, which could be sought in THAI INDEX MEDICUS database.

Selection of the Sample Group

This research covered all populations that were relevant to the determined criteria. The criteria of selecting the sample group for this study were as follows:

1. Experimental and quasi-experimental nursing research directly conducted among hypertension patients.
2. Experimental and quasi-experimental nursing research conducted in Thailand among hypertension patients in Thailand.
3. Experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients that could be sought from databases of various educational institutes as recorded in the information system.

Deletion from the Sample Group

1. Research on hypertension patients with main focus on pathophysiology and basic science (laboratory experiments in humans and laboratory animals).
2. Research on hypertension patients in relation to medicine reaction and herbs.
3. Research on hypertension patients in relation to chemical components in food in the area of nutrition.
4. Nursing research on hypertension patients as conducted in foreign people.

Instrument

The instrument in this study was revised from the research recording form constructed by Sukhon Meenethip and the review of related literature. To collect more information about physical features of research, the instrument of this study consisted of:

1. General information
2. Research information

Construction of Instrument and Instrument Quality Checking

Instrument Construction

1. Studying documents, textbooks and research on hypertension to receive the research concept and other details about research methodology.
2. Studying documents, textbooks and research on surveys and analysis of research studies as the guideline of constructing the research recording form.

3. Constructing the research recording form by revising it from the instrument of Sukhon Meenetthip and the revised form was used to record the information about any research necessary for this study.

4. Testing the research recording form by using it to collect the data about 5 master degree theses that were the experimental and quasi-experimental nursing research. Such revised research recording form was also used to collect the data in another 5 research reports published in nursing, medical, pharmaceutical and public health journals, which helped test the validity of this instrument that would be further used to collect the expected data. The samples used in this data collection testing were partial populations in this study as well.

Instrument Quality Checking

The content validity of the instrument was checked by 3 qualified experts who were educational experts associated with teaching, were thesis advisors and/or had the research work. In examining the content validity of research recording form, it had to be completely accepted by all experts. Regarding the instrument reliability in this study, it was tested by using such form to record the physical features of research studies that were the same data set with the other 3 research assistants (inter-rater reliability)

Data Collection

The data was collected by the Researcher and another 3 research assistants under the following steps:

1. The Researcher and another 3 research assistants had training and testing of data collection before collecting the data (inter-rater reliability) by using the same instrument.

2. The Researcher and research assistants have collected the data subject to the existing data sources and recorded the data in the same research recording form. After that, the Researcher examined those collected research and theses by reading and selecting the research relevant to the determined qualifications. The selected research and theses would be screened again before recording the data in the instrument that was the summary form of research and thesis. Each research and thesis would be read twice. The first reading was to learn its content in details. The second reading was to

collect the key content and to record the qualifications of that research. In case of feeling unsure to record any data, the Researcher would discuss it with her thesis advisors.

3. All collected research and theses were classified based on the dependent variable to find out the result summary.

Data Analysis

1. Analyzing the data by SPSS.

2. Using the descriptive statistics to describe the physical features of experimental, but the quasi-experimental nursing research on hypertension in Thailand was analyzed by way of frequency distribution and percentage.

Results

The results of this study could be divided into 2 parts: 1) physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand; and 2) results of experimental and quasi-experimental nursing research on hypertension in Thailand as classified by types of intervention.

Part 1: Physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand – According to the data collection, there were 77 research studies on this matter; 71 out of them were theses as the partial fulfillment of education, which consisted of 68 master degree theses and 3 doctorate degree theses. In addition, there were 6 research studies that were not the partial fulfillment of education that were published in many journals. A research on hypertension was first found in 1980. The studies on hypertension were examined at the highest amount in 2001 or 17 studies and 9 studies in 2002. During 1981 – 1987 and 1990 – 1992, no research on this matter was found. Most research studies or 41 studies were produced by Mahidol University and 13 studies came from Chiang Mai University. Regarding the research methodology, most studies were the quantitative research and quasi-experimental research. For the conceptual frameworks of those studies, they were constructed from many theories rather than the literature review. The theories most applied were the Self-Ability Theory and Motivation Theory to prevent the disease. The independent variables according to the characteristics of intervention could be divided into 6 types: group process, consultation,

knowledge/public health knowledge offering, service system, behavior practice and combination method.

There were several types of dependent variables: disease control condition, behavior, perception, expectation, knowledge, intention, belief, tension, viewpoint, social support, depression, attitude toward hypertension, service quality, self-esteem, relationship between patient and relative, motivation, learning progress, studying achievement, location and anxiety. For other variables, there were 3-21 variables, e.g. gender, age, level of education, marriage status, income, occupation, smoking background, drinking background, etc.

In the data collection of this study, most sample groups were women who were adults and aged people. Most sample groups included the patients receiving the medical service at the special clinic. The calculation of most sample groups was not clarified. If clarified, the calculation was mainly based on the formula or Polit & Hungler (1983). The size of most sample groups consisted of 30 subjects. The sampling was based on the principle of probability by way of simple sampling and group sampling. Not applying the principle of probability was most found in the specific sampling. Most data collection was done by interviews and questionnaire. Regarding the construction of research instrument, most instruments were constructed by those researchers after reviewing related literature. The data collection in most studies was done by the researcher of each study alone. In part of data analysis, most studies were the quantitative analysis. The descriptive statistics most frequently used were the frequency distribution, percentage and distribution value. The reference statistic most frequently used was t-test.

Part 2: Results of experimental and quasi-experimental nursing research on hypertension in Thailand as classified by types of intervention – According to this study, those results were classified by 6 types of intervention as follows:

1. Group process	12 studies
2. Consultation	4 studies
3. Knowledge/public health knowledge offering	14 studies
4. Service system	9 studies
5. Behavior practice	4 studies
6. Combination method	34 studies

Discussion

According to the survey of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand as conducted from Year 1980 up to Year 2005, the conclusion and discussion were as follows:

Part 1: Physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand

1. There were 77 research studies on physical features of experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand; 71 out of them were theses as the partial fulfillment of education, which consisted of 68 master degree theses and 3 doctorate degree theses. In addition, there were 6 research studies that were not the partial fulfillment of education that were published in many journals. According to Waraporn Rungchang (2001), there were 25 research studies on this matter: 21 out of them were the experimental research for the master degree program and 1 of them was the experimental research for the doctorate degree program. In addition, there were 3 research studies that were not the partial fulfillment of education that were published in many journals. This meant that more 52 research studies were conducted if compared with the latest survey. Most studies were theses for the master degree program since many educational institutes required that those theses be the partial fulfillment of master and doctorate programs (Hanucharoenkul. S, 1995: 24). Moreover, those studies were to prepare some researchers for the future (Boonthong, 2001: 5).

For any research studies that were not a partial fulfillment of theses and were also published for general people, they were so few since the supports for nursing research were quite scattered depending on the personal interest of researchers and capital sources. In particular, the nurse teachers who had research knowledge and skills had the main duty of teaching and transferring knowledge; so they had not enough time to conduct the research. Some nurse teachers lacked the research assistants and research supporting resources. Sometimes, the executives of educational institutes lacked the management skills to get the quality researchers. Similarly, nurses in health service centers had the heavy workload; so their research studies could not be conducted regularly, out of date or not timely (Vijit Sirsuphan, 2001: 36-37).

2. Year of research – It was found that the experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand was first conducted in 1980. The studies on hypertension were examined at the highest amount in 2001 or 17 studies and 9 studies in 2002. During 1981 – 1987 and 1990 – 1992, no research on this matter was found because the nursing curriculum has been developed during such periods. Later, after the curriculum development, the Master of Science program in the area of clinical nursing, the Faculty of Nursing of Mahidol University, the Faculty of Nursing of Ramatibodee Hospital and the Department of Public Nursing of the Faculty of Public Health, Mahidol University were set up in 1977. In 2001, there were 8 curricular for the master degree in 8 educational institutes (Tassana Boonthong, 2001: 1-2), so a lot of studies were produced at that time. Moreover, the rate of death of hypertension patients has been increasing: from 9.57 persons per 100,000 populations in 1998 to 15.37, 18.84, 26.15 and 26.72 persons in 1999, 2000, 2001 and 2002 respectively (Non-communicable Diseases Task Force, Bureau of Epidemiology, the Department of Communicable Disease Control, the Ministry of Public Health, 2002)

3. Research production sources – It was found that most research studies or 41 studies were produced by Mahidol University and 13 studies came from Chiang Mai University since Mahidol University set up the master degree program in the area of nursing and many other areas. The master degree in nursing was set up at Mahidol University before other institutes (Tassana Boonthong, 2001: 1-2) so many theses and researches have been produced.

For other researches that were not the integral part of theses, one of them was published in Lampang Vejchasarn; two in Fundamental Health Journal, 1 in Public Health Journal, 1 in Yasothon Vejchasarn Journal, 1 in Medicine Journal Region 7, and 1 in the research report of the National Research Council. In addition, some research studies were published in nursing journals such as Payabarnsarn but they were repeated to those theses, so they were deleted out as the research studies in the education.

4. Research funding sources – It was found that most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand did not indicate their research funding sources since they were made as a part of education.

5. Research methodology – It was found that most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand were the quantitative research rather than qualitative one since the latter had the different philosophy, goals and research procedure from the former that most researchers felt familiar with (Siriporn Jirawatkul, 2005: 5). Moreover, most research studies were quasi-experimental since the researches that were conducted with humans, especially patients, and in the natural environment always confronted some limitations. Sometimes, they could not be chosen at random or the control group could not be set up; so there was no nature of experimental research (Yuwadee Ruecha et al., 1997: 67). In addition, it was inappropriate to take the sample group to a lab for that research since it was contradict to the research ethics (Boonjai Srisathitnarakul, 2004).

6. Conceptual framework – It was found that most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand was constructed from the conceptual frameworks and theories rather than the literature review. The theories most applied were Self-Ability Theory and Motivation Theory to prevent hypertension; the researchers adhered to those two theories in planning this research, in answering research questions and in understanding research studies more (Yuwadee Ruecha et al., 1997: 67). This study dealt with the compilation of many nursing research studies; so the Researcher applied the theories about nursing phenomena that helped promote and develop nursing theories to be more accepted and perceived. Since the nursing research dealt with diseases, sickness, psychology, sociology, education, administration, management, economics and others; so the nursing research had to consist of other related theories as well to ensure that the nursing research was more explicit and accurate (Vijit Srisuphan, 2002).

For other research studies that were not theses, it was found that no conceptual framework of those studies was indicated clearly due to the restriction of paper space, and indicating the framework was not strictly required like the thesis that was a part of education.

7. Studied or discovered variables – It was found that, for the experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand, independent variables could be divided by types of intervention into 6 types: group process, consultation, knowledge/public health knowledge offering, service system,

behavior practice and combination method. In the study of Waraporn Rungchang (2001), the variables were divided into 3 types: tension easiness, educational program and group process. It was found that the additional types of intervention could lead to the variety of using the intervention in nursing practice.

The dependent variables included disease control condition, behavior, perception, expectation, knowledge, intention, belief, tension, viewpoint, social support, depression, attitude toward hypertension, service quality, self-esteem, relationship between patient and relative, motivation, learning progress, studying achievement, location and anxiety. In the study of Waraporn Rungchang (2001), she examined health behavior, self-care, knowledge, perception, attitude and health belief. She found that the effectiveness evaluation was higher. It was learnt from the research which type of intervention could take greater effect to the disease control conditions, health behavior and other dependent variables.

For other variables, there were 3-21 variables, e.g. gender, age, level of education, marriage status, income, occupation, smoking background, drinking background, etc., which were general characteristics in which the researchers felt interested since they also related to hypertension.

8. Populations and the sample group – It was found that most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand covered the sample groups rather than the whole populations in order to save the budget, time and manpower, which had to be prepared to help subjects who were experimented. In addition, there might be some errors from measuring the data from a huge group of populations (Yuwadee Ruecha et al., 1997: 67). Most sample groups were unidentified-cause hypertension patients. This was similar to the study of Waraporn Rungchang (2001) that concluded that most sample groups were women and men who were adults and aged people. The sources of sample groups were patients who received the medical service at the special clinic. Most studies did not indicate the calculation of sample group size. If indicated, the calculation was mainly based on Polit & Hungler formula (1983). The sample group size of most studies consisted of over 30 subjects. The sampling was based on the principle of probability by way of simple sampling and group sampling. Not applying the principle of probability was most found in the specific sampling.

9. Research instrument – It was found that the data collection of most studies was done by using the interview guideline, which was similar to the research result of Waraporn Rungchang (2001) and other instrument was the questionnaire form because most sample groups were adults and aged people who had abnormal sight; so they were unable to see or read questions in the questionnaire clearly or understand those questions. The good point of interview guideline was that it could be used widely even to illiterate people. The interview method was also flexible; if the interviewee did not understand any questions, the interviewer might explain until the interviewee understood it (Yuwadee Ruecha et al., 1997: 67).

For the instrument construction, most researchers constructed their own research instruments by reviewing the literature or revising those instruments from others researchers' instruments because an instrument constructed by the particular researcher was relevant and suitable for measuring the studied variables. The quality of most instruments was done by checking the instrument validity and reliability. The researchers had good knowledge and skills in using those instruments; so the values from measuring variables contained little deviation (Boonjai Srisathitnarakul, 2004: 215) and they made the research results reliable.

Because the instruments of most studies were constructed by the researchers, new instruments were constructed but they have not been developed continuously; hence, the existing instruments have not been standardized to collect the research data for the Thai people while the research results could not be compared directly. There were also other research instruments such as the blood pressure measurement tool, radio-cassette, scales and other instruments. It was found that most studies did not indicate the validity and reliability testing of those instruments.

10. Data collection – It was found that, for most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand, the data collection for each of them was done alone by the researcher in order to get the precise measurement results. In measuring research variables, the instrument user should not exceed 1 person. If more than one user was required, every user should be trained to use that instrument efficiently and similarly (Yuwadee Ruecha et al., 1997: 67) to prevent the possible deviation, and most studies were the theses. For convenience, budget saving and small-sized sample group, the students of those

studies could collect the data by themselves. But, the method of data collection and checking of data collection quality were not indicated clearly. In some studies, the research assistants for the data collection just explained the data collection method and their understanding in data collection instruments, but there were no reports about checking of data collection quality.

11. Data analysis – It was found that most experimental and quasi-experimental nursing research among hypertension patients in Thailand was the quantitative analysis. The descriptive statistics most frequently used for data analysis included the frequency distribution, percentage and distribution measurement in order to indicate the characteristics of studied sample groups. The reference statistic most frequently used was t-test; it was used to test the significant difference of the sample group. Other statistics were also used to compare the results before and after the experiment or to compare between the experimental group and the control group.

Part 2: Results of experimental and quasi-experimental nursing research on hypertension in Thailand

In this survey, there were 77 experimental and quasi-experimental nursing research studies on hypertension in Thailand, which could be divided by types of intervention into 6 types:

1. Group process	12 studies
2. Consultation	4 studies
3. Knowledge/public health knowledge offering	14 studies
4. Service system	9 studies
5. Behavior practice	4 studies
6. Combination method	34 studies

The objective was to support the emergence of factors that positively related to the disease control conditions, and to reduce factors that negatively related to the disease control conditions and health behavior.

There were three strengths of group process in the experiment: 1) development in serving the personal basic needs, development in attitude, interest and ability; 2) diagnosis when the group process helped people know and understand themselves more; 3) treatment that helped some persons having the emotional problem control their emotions or contacts with other people and create the satisfaction with

participating in the group process (Vinit Ketkhum, 1979: 18-22). The group process was a method of giving knowledge to the targeted group because it allowed the group members to share knowledge, opinions and experience, to express their feelings in many matters, and to apply ideas to their daily life (Suree Chantamoree, 1994: 100 – 101). The weakness of using the group process might come from persons who took the important role or the group operator or group leader had to understand duties and actions of group leader correctly in order to push the group to the success (Marram, 1978: 124).

In this survey, there were 12 quasi-experimental research studies using the group process as their intervention. In this survey, it was found that the predisposing factors that were evaluated included the perception, expectation, knowledge, intention and attitude whereas the enabling factors included the social support, which affected the disease control conditions and health behavior. In most studies, there were significant differences from comparing the post-experimental results between the experimental group and the control group and between pretest and posttest in the experimental group.

Consultation was to help patients solve problems relevantly. But the consultation would not be effective if done in a big group. In addition, the consultant should have technical skills in giving advice. The consultants should be trained appropriately. It was found that the predisposing factors that were evaluated included the perception, knowledge and attitude toward the disease that affected to the disease control conditions and health behavior. Most results showed the significance differences in comparing results between the experimental group and the control group and between the pretest and posttest in the experimental group.

Knowledge offering was to promote the ability in caring of oneself by arranging the learning experience, and developing knowledge, attitude and skills necessary for self-caring, which helped the patients have self-confidence, inspired the patients to have creativity and effort to overcome various obstacles until they could care for themselves finally (Natee, 1998). The weakness of knowledge offering was the one-way knowledge offering to the patients without the feedback of data to the instructors. Since each patient had the different restrictions and environment, knowledge implementation might not be complete or was not relevant to the set objectives. Most

patients were aged people and hypertension was the chronic one; so instruction or one-way knowledge offering might be insufficient to change the patients' health behavior until they could control their hypertension. Persons educating or instructing the patients should have many necessary skills such as communication skill, motivation skill and inquiry skill, and they should be able to apply those skills appropriately in order to enhance the correct learning. The materials should be also selected appropriately for each sample group whose members were aged people.

For knowledge offering as an intervention in the experiment – It was found in this survey that the predisposing factors included the perception about hypertension (2 studies), expectation about hypertension (3 studies) and knowledge about hypertension (7 studies) while the reinforcing factors included the social support (2 studies), attitude toward hypertension (1 study), motivation (1 study), and the enabling factor included the location (1 study). It was found that the results of most research studies were different significantly at the statistic level in term of health behavior, perception of hypertension, expectation about hypertension, knowledge about hypertension, social support, attitude towards hypertension, motivation, learning progress, learning achievement, quality of life and location, except the disease control conditions. Most studies had the comparison between two groups after the experiment. However, in some studies, there was no statistically significant difference that might be due to the limited experiment period; so the disease control conditions have not been changing obviously. There might be other variables affecting the disease control conditions that could not be controlled completely. There were comparisons of blood pressure level, top-value blood pressure level and bottom-value blood pressure level between the experimental group and the control group after the experiment. There were also comparisons between the pretest and posttest in the experimental group, which showed that the patients had lower blood pressure level significantly at a statistic level. In the evaluation of self-caring behavior regarding universal self-care practice, development self-care practice, health deviation, and self-care practice, these behaviors became better significantly at a statistic level.

Service system was to develop the service pattern to be comfortable and accessible easily, to have some supporting system, and to utilize the social networks,

etc. But, this system had a weakness that one service system could not be applied to every group of patients or to every area.

In this survey, there were 9 studies using the service systems in the sample groups, comprising 15 – 9,607 subjects. Those service systems were listed below:

1. Public health nursing 1 (discussion, enquiry and advice, and joint problem solution between the patient and the researcher)
2. Public health nursing 2 (discussion, enquiry and advice, and joint problem solution between the patient, patient's family member and the researcher)
3. Nursing supporting system for the patient's practice relevant to the treatment plan
4. Seeking and caring for hypertension patients via the blood pressure check-up done by the public health volunteers
5. Goal setting and joint management of hypertension conditions between the patient and nurse
6. Social network program
7. Form-based nursing
8. Home-based health care problem

Most service patterns took effect to the evaluation of disease control conditions. In the evaluation of health behavior, it was found that, when comparing results after the experiment between the experimental group and the control group, and comparing the general practice in the experimental group before and after the experiment, the general practice was better significantly at a statistic level.

Behavior practice was to help the patients change their behavior to the suitable direction. This practice helped the patients find out the correct way of doing exercises. But, the weakness of behavior practice was that it was practical for patients who could do daily activities by themselves. Moreover, the patients had to be stimulated time by time since doing exercises would show obvious outcome when done regularly.

The evaluation of disease control conditions was to compare between the systolic blood pressure and the diastolic blood pressure between the experimental group and the control group, and to compare between results before and after the experiment in the experimental group, which showed that the blood pressure reduced significantly at a statistic level.

Combination method was to apply the strength of each intervention appropriately and to reduce the weakness of each intervention hindering the objective attainment. However, this intervention required the researcher who had good knowledge and skills in each intervention, a lot of personnel for such experiment and higher expenses.

In this survey, it was found that those studies evaluated the disease control conditions, that is, systolic blood pressure and diastolic blood pressure. After comparing the results after the experiment between the experimental group and the control group, and comparing results before and after the experiment in the experimental group, the systolic blood pressure and diastolic blood pressure reduced significantly at a statistic level.

In evaluating the matter of behavior, which comprised the behavior of food control, behavior of doing exercises, and behavior of tension easiness, after comparing the results after the experiment between the experimental group and the control group, and comparing results before and after the experiment in the experimental group, those behaviors became better significantly at a statistic level.

According to the strengths of combination method mentioned above, they could make dependent variables such as disease control conditions, health behavior and other variables better in every research using this method. But, there were some studies that could not get the results as expected due to the restriction of time. Besides, most studies included adults and aged people who had worse blood system and less flexibility of artery; so they had higher blood pressure. The control of blood pressure needed a period of time and consistence of suitable behavior.

The qualitative data analysis in surveys of experimental and quasi-experimental research among hypertension patients in Thailand from the beginning up to Year 2005 was rare since most of those research studies were quantitative studies focusing on the comparison of experimental results. The qualitative data, as collected by the Researcher, dealt with the analysis of content to find out major topics and minor topics. At present, the qualitative research takes more roles in conducting the health science research since the qualitative research could lead to knowledge and understanding about health plan, lifestyle, health belief and other factors relating to service users' health in the viewpoint or language and under the context of service users. This deemed the important and useful information for the nursing care (Vijit

Srisuphan, 2002: 89-93); hence, the qualitative research should be promoted in the future.

From the survey of experimental and quasi-experimental research among hypertension patients in Thailand, it was found that most intervention results focused on the control of hypertension and changes of health behavior of hypertension patients and risky people. If considered by PRECEDE framework (Predisposing, Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation) (Green Lawrence, 1991), it was found that the factors affecting the health behavior were as follows:

1. Predisposing Factor
2. Enabling Factor
3. Reinforcing Factor

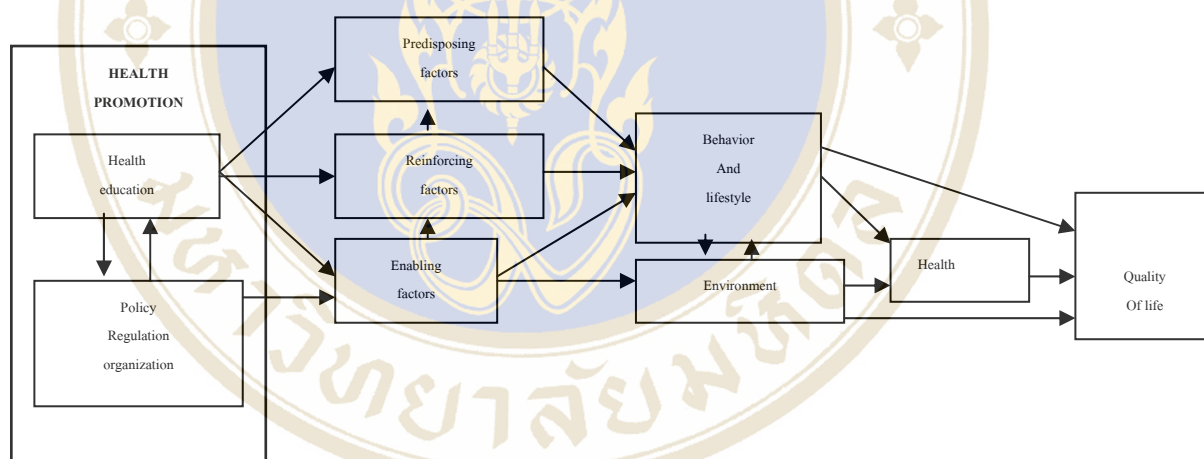


Chart 2

From this survey, there were 77 experimental and quasi-experiments nursing researches among hypertension patients in Thailand. The studied factors in those researches could be classified by PRECEDE MODEL (Green Lawrence, 1991) as illustrated in Chart 2 and classified by studied factors as follows:

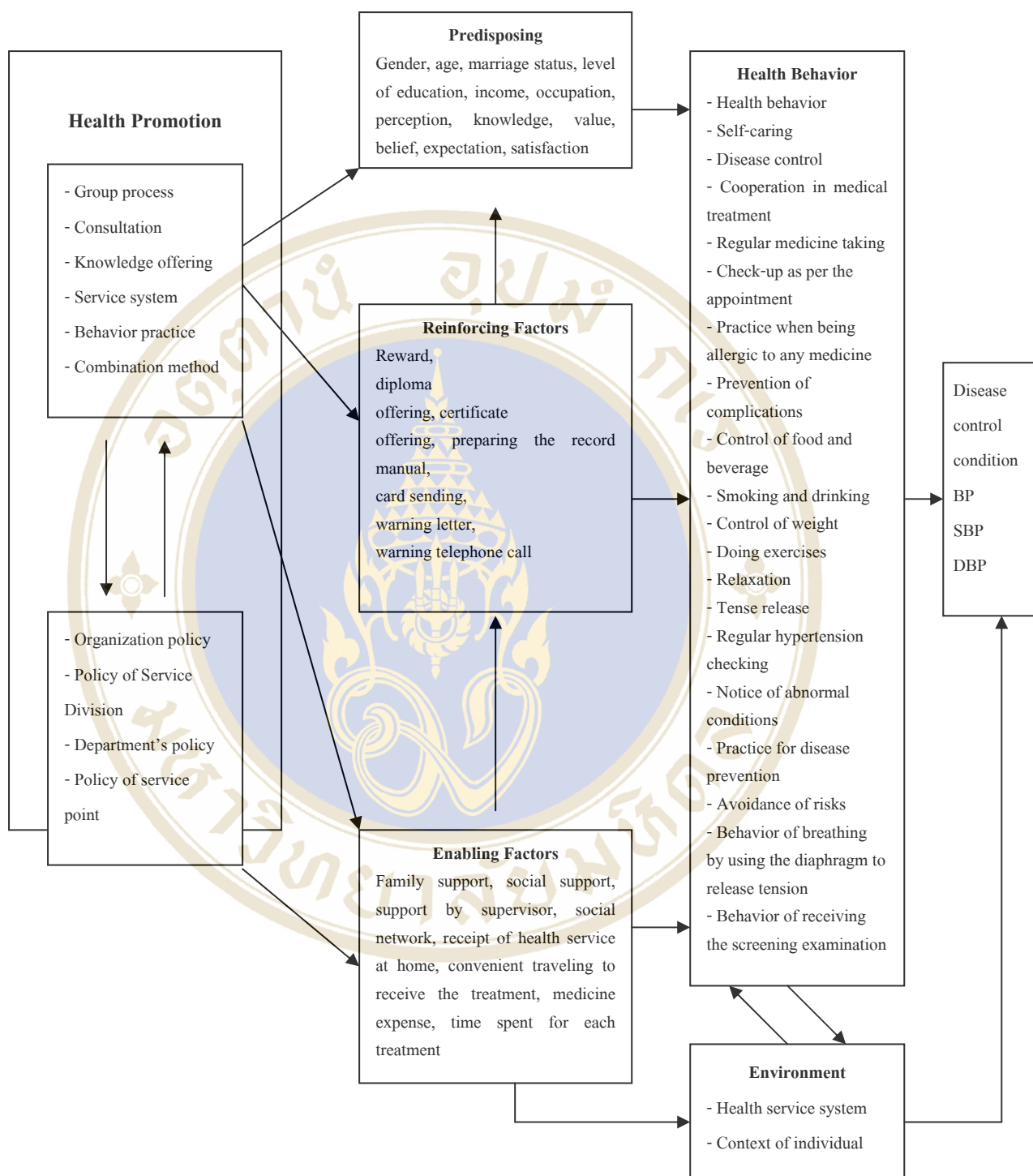


Chart 3

The variables classified as predisposing factors included gender, age, marriage status, level of education, perception, belief, etc. It was found that, in most experimental and quasi-experimental research, the predisposing factors and health

behaviors were associated positively. But, in some studies, the predisposing factors were lowly associated with health behavior were associated with no statistic significance (Anucha Nilyoo, 1999).

The variables classified as the enabling factors in this survey included the family support, social support, social network such as warning by relative, advice and information offering, encouragement, supplying or preparing some food, and doing exercises with the patient (Vipawan Jansupparin, 2001) or practice of doing exercises, practice of tension easing and practice of food program arrangement. These factors were positively associated with the health behavior leading to changes of health behavior and enabling the patients to control their blood pressure at the safe level (Duangkamon Jannimitr, 1995). The social networks enabled the risky groups to more learn about their potential risks, disease severity, benefit and hindrance; as a result, they were more likely to receive the medical screening (Rachanintorn Sathusen, 2000).

The variables classified as reinforcing factors in this survey included the motivation by offering certificates (Anucha Nilyoo, 1999; Promjit Jongsuwiwatwong; 1996), offering honorable certificates (Kanitha Thongyod, 2000), reward (Suchanya Wongpeng, 1999; Wanna Ngarmprasert; 2002), gift offering (Jariya Siri-ekkaraj, 2000) to persons who had correct behavior or could control their hypertension appropriately, card sending to encourage the patients (Yupin Hongwachin, 1999) and warning letter or warning telephone call (Krisana Kachanapiboon, 2001) to remind the patients to have the appropriate behavior and to remind the next appointment. The congratulations might be expressed by applauding for any patients who could control their blood pressure and weight and do exercises regularly. The encouraging saying might be given to other patients who could not follow the advice completely and they should have more effort. The blood result and summary of changes according to the patients' practice might be sent by mail (Laddawan Charnvititakul, 1995). In some studies, there might be the disease control record manual as the feedback to the patients (Krisana Kachanapiboon, 2001). These factors stimulated good health behavior and enabled the patients to control their blood pressure.

Since hypertension is a chronic disease and mainly occurs in aged people. For predisposing factors, e.g. gender, age and genes, although they cannot be changed and they may cause hypertension or cause hypertension uncontrollable, other enabling factors and reinforcing factors found in many studies showed that the enabling and

reinforcing factors were positively associated with the control of hypertension, which could be developed for health promotion and disease control.

From reasons mentioned above, this survey was developed from the study conducted by Waraporn Rungchang that compiled all studies about nursing to hypertension patients conducted from Year 1984 to 1998. Waraporn Rungchang (2001) found that there were 25 experimental research studies. But, 7 years later or from Year 1998 to 2005, another 56 studies were conducted. Waraporn reported her research results in general but she did not classify them pursuant to the research forms or classified the intervention types in groups. This survey was developed from the study of Waraporn Rungchang (2001), but it also classified and summarized the results as per intervention groups. This survey also presented the strength and weakness of each intervention.

Most intervention types in experimental and quasi-experimental research were consistent to the non-experimental research that found that the predisposing and enabling factors; for example, social or family support was positively associated with health behavior, that is, it enabled better change in health behavior until hypertension of that patient could be controlled.

However, what may hinder health behavior and disease control of each patient, which will lead to the condition of good health and good quality of life when that patient is not arranged for the experiment pursuant to the PRECEDE MODEL is the environment affecting that patient, which includes the residence condition, economic status, lack of inspiration, lack of social support when the patient turns back to stay in the same environment and he does not have activities like the experimental condition. The patient may not be reminded continuously; so his behavior turns to the old one. If the Department does not support or plan for caring of this group of patients or it does not implement the research results to its working or real situations, it will be the educational loss and it is impossible to control the patients' disease. This will further affect the patients' health and quality of life until they must bear more medical expenses and have complications that may be so critical and cause the death.

According to the general consideration, the experimental and quasi-experimental research studies among hypertension patients in Thailand was still few, especially the intervention that does not cover all groups of populations. Those research studies have not been developed continuously; as a result, the research results could not be implemented in real nursing practice. Therefore, there should be more studies and research about hypertension patients in the future.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: มิตรสัมพันธ์ กราฟฟิคอาร์ต.
- กวี เมฆประดับ. (2544). ผลของการจัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ. (2534). การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย. กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กานดา พุ่มพุด. (2541). จิตวิทยาชุมชน: การป้องกันปัญหาการพัฒนาคคนและสังคม. ใน จิตวิทยาชุมชน (เอกสาร โรเนียวเย็บเล่ม).
- กิ่งดาว ปุ๋ยอภัย. (2544). ผลการออกกำลังกายแบบไท่จี๋ ชี่ กง ต่อความดันโลหิตสูง และการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขัตติยาพร คนเที่ยง. (2544). การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวกับความปวดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไข่มุก วิเชียรเจริญและคนอื่นๆ. (2547). การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2530-2532. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล.(2537). การวิจัยทางการแพทย์ในทศวรรษหน้า: นโยบายและแนวทาง. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์.

คณิต ดันติศิริวิทย์ และพิกุล เสงสนั่นกุล. (2537). ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยกลวิธีทางสาธารณสุข. ถ้าปางเวชสาร ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (กันยายน- ธันวาคม 2537), 321- 331.

จิตชนก หัสดี. (2536). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรารักษ์ ฐรี. (2547). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว และการเดินแอโรบิคต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2532). ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัสศรี ชีระกุลชัย. (2536). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรีรัตน์ นวมะจิต. (2547). ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อหุ้ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุภา เลหาพจนารถ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จินตนา วิเศษสาธิต. (2544). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์
ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวดี สิ้นไชย. (2547). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี และคนอื่นๆ.(2533). รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาล
ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ปีการศึกษา 2518-2531. กรุงเทพฯ:
คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพร มณีรัตนพันธ์. (2540). ผลของการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด
ไม่ทราบสาเหตุและญาติ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล จันทน์มิตร. (2538). อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
อุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงใจ ศรีอ่อน. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุม
ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อ
ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
สาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546). ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนาศ นุญทอง. (2544). ประมวลการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่องสถานภาพการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.

ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. (2540). ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดิมาศ หอมเทศ, นงนุช เพ็ชรร่วง. (2544). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารวิจัยทางการแพทย์.

นงนุช ศรีตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นวรรตน์ สติพิพรหม. (2542). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นาริรัตน์ จิตรมณตรี และคนอื่นๆ. (2539). การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย ระหว่างพ.ศ.2533-2537. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นภารัตน์ ธารพร. (2545). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ
พฤติกรรมและการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภา จรูญเวศน์.(2540). หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- นิลวดี ศิริพันธ์ และอารีรัตน์ นโนภาส.(2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ในการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ ปี
ที่ 10 ฉบับที่ 2 (พฤศจิกายน 2539), 31- 35.
- นที เถลิงศรี. (2541). การศึกษาและสังคม. กรุงเทพฯ:
- บัณฑิตา คำโสม. (2550). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลु ศิริพานิช.(2549).การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2547). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย.กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์.กรุงเทพฯ:บริษัท ยู
แอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประทุม เป้นสุวรรณ. (2523). จิตวิทยาแนะแนว. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประทุม รักนุ้ย. (2546). ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติโยคะต่อการลดความเครียด และความดัน
โลหิตในบุคคลเป็นความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ (นานาชาติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประภาพัญญ์ สุวรรณ. (2525). การทดสอบสื่อชนิดต่างๆ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์ของนักศึกษา
ระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ปีการศึกษา 2532-2535. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปราณี ฝ่ายเทศ และคณะ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (ธันวาคม- มกราคม 2541), 25-28
- ปรีดา ปูนปั้นฉาย .(2540). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียววรรณ วิบูลย์วงศ์ .(2543). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรัศนี ศรีกัน. (2546). ผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล ,สุภาพ นิตราภรณ์. (2545). การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2547). เอกสารการสอนชุดวิชา การพยาบาลชุมชน และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรทิพย์ ชีระกาญจน์. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิกุล บุญช่วง. (2539). ความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต ปัญหาการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ไพบุตย์ จาตุรปัญญา. (2545). ความดันเลือดสูง วิธีชีวิตใหม่คุมความดันด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมธรรม.
- ไพรินทร์ สมบัติ. (2540). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2543). อายุรศาสตร์ทันยุค 6. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2536). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี ดำรงสุนทรชัย. (2531). ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอก วัชรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อับราฮิม. (2537). สาระการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี สุดสวนลี. (2539). ผลของการสอนสุขภาพเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุคนธร จิรพงศ์พิทักษ์. (2542). ผลได้ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเกศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธ ไกรวรรณ. (2547). สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- ยุพิน หงส์วะชิน. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ฤาชา และ คณะ. (2543). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด.

รุ่งรัตน์ มีสายมงคล. (2545). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม**

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เรืองศักดิ์ ศิริผล. (2542). **การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน**

โรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน.

กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล. (2538). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาพหุพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง**

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2545). **การวิจัยทางการพยาบาล:หลักการและแนวปฏิบัติ.** เชียงใหม่: โครงการ

ตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วินิจ เกตุจำ. (2522). **กระบวนการกลุ่มศึกษา325.** กรุงเทพฯ. โอเดียนสโตร์.

วิภาพร เอกศิริวรรณ. (2541). **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกใน**

ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์ (2544). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรง**

สนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). **ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียด**

และความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). **โภชนาบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.** สงขลา: คณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วราภรณ์ รุ่งช้าง. (2544). **การในสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงประเทศ.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิรัช มั่นในบุญธรรม. (2541). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เรียนจากกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างแบบกำหนด
วาระล่วงหน้ากับแบบไม่กำหนดวาระล่วงหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและการสื่อสารการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศรีเกษ ชาญญาวินิชกุล. (2541). โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม),
113 - 119.
- ศักดิ์ดา ธานินทร์. (2542). โปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาพร มุ่งทวีพงษา, คะเนิงนิจ เพิ่มพูน. (2544). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลโสธร. ยโสธรเวชสาร
ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน- ธันวาคม 2544), 116 - 125.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2544). **CLINICAL PRACTICE GUIDELINE** ทางอายุรกรรม.
(พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2546). การเขียนโครงการวิจัย: หลักการและแนวปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมจิตร สุทชนะ. (2543). ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวน
องค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุคนธ์ มีเนตรทิพย์. (2540). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานใน
ประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชัยญา วงษ์เพ็ญ. (2542) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุดารัตน์ สันติวงศานนท์. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุธี วรรณ. (2548). การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กิ่งอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุพรรณิษฐ์ ชีโฮ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลี ภูมิทอง. (2544). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิชา จันทร์สุริยกุล. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวิมล สันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแก่ตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สินีนานา ลิขิตรัตน์เจริญ. (2543). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อถัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุชาดา สัทธรรม. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วง สัทธรรม อำเภอม่วงมั่ง จังหวัดสระบุรี วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทิน คำขาย. (2541). ผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ นันทา,ธีรนนท์ วรรณศิริ.(2536). ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.วารสารแพทย์เขต 7 ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน- มิถุนายน 2536), 131-133.
- สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง. (2542). เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับการให้ข้อสนเทศต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาสุข จันทมงคล. (2544). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลของการบริการพยาบาลอย่างมีรูปแบบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรเกียรติ์ อาษานุกา. (2532). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไปเล่ม 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุริย์ จันทร โมลี. (2543). กลวิธีทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สาธิตา เมธนาวัน และสุภาวดี คำนธรงกุล.(2538). การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สพค.
- สว่างจิตต์ จันทร. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัยวรรณ สุกิมานิล. (2548).การบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

อนุชา นิลอยู่. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40 - 59 ปี อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภาพร เพ้ววัฒนา.(2537). ประสิทธิภาพของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลศูนย์เขียงรายประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเขียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีรัตน์ ดโนภาส. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ ชนะกอก ราตรี โอภาส และบุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์. (2539). ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง. รายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติประจำปี 2539.

Burn, N. & Groves, S.K. (2001). **Understand nursing research**. Philadelphia. W. B. Saunders.

Green Lawrence & Kruter marshall W. (1999). **Health promotion planning : An Education and Environment Approach**. Toronto: Mayfield publishing company.

Jariya siriagekarat.(2003). **An Application of self-efficacy theory and social support for blood pressure control and against complication of elderly patients with hypertension in thamuang hospital,kanchanaburi province**. Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Joint National Committee. (1997). **The Sixth report of joint national committee on detection,evaluation and treatment of the high blood pressure (JNC VI)**. Archives of internal medicine,157, 2413.

- Kaplan, N.M. (1998). **Clinical hypertension**. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Cheukhunthod, K. (2003). **The effectiveness of health education program for blood pressure control among hypertension patients at primary care unit of Banlaum, Banlaum Hospital, Nakhonratchasima province**. Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Kanjanapibul, K. (2001). **An Application of the protection motivation theory to preventive behavior modification against complications of essential hypertension patients in pramongkutklao hospital**. Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Techavanit, N. (2000). **Effects of self-help group on depression in the elderly with primary hypertension**. Master's thesis of nursing science (psychiatric-mental health nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pongrua, P. (2000). **Effects of nursing support on anxiety of pregnant women with pregnancy-induced hypertension**. Master's thesis of nursing science (maternity and newborn nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Chukumnerd, P. (1999). **Effects collaborative symptom management between an essential hypertensive and a nurse**. Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research : principal and method*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
- Potter, J.F. (2003). Hypertension. In R.C. Tallis (Ed), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (pp.393-406). London: Churchill Livingstone.
- Oonsup, O. (1999). **The effectiveness of the health education program to prevent the complication of essential hypertension among non-commissioned officers and air force employees**. Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Satusaen, R. (1999). **The effectiveness of social networks in facilitating hypertension and diabetes mellitus screening among risk groups in muang district of take province.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Varitsakul, S. (2001). **The effectiveness of self-care participation promotion program on perceived self-care efficacy, disease control, and satisfaction of health care service in essential hypertensive patients.** Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Nopplub, S. (2001). **The effectiveness of self-care participation promotion program on self-esteem, perceived self-care efficacy and disease control in essential hypertensive patients.** Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Poomcharoen, S. (1980). **The effect of relaxation on blood pressure in essential hypertension.** Master's thesis of nursing science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Khongkaphet, S. (2002). **The effectiveness of health education program on complication prevention of hypertensive patients attending Nakhonpathom hospital.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Krirkgulthorn, T. (2001). **Effects of self-care promotion program on knowledge, self-care practices and blood pressure in hypertension elderly women .** Doctor's of public health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Krobthong, V. (2001). **The effects of the empowerment process on the self-esteem development for hypertension control .** Doctor's of public health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Ngamprasert, W. (2002). **An Application of a Multi-Component Motivational Stages Model to blood pressure control against complication of hypertensive patients Surao - Bandon community.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

WHO. Expert committee. (1996). **Hypertension Control.** WHO. Technical Report Series. No.865





ตารางที่ 6 แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของการจัดการจัดกระทำแบบผสมผสาน แยกตามจำนวนแบบของการผสมผสานและตัววัด

การจัดกระทำ แบบผสมผสาน	จำนวน เรื่อง	ประเมิน																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. กระบวนการกลุ่ม+การสร้างพลัง	2	1	1	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. กระบวนการกลุ่ม+การให้คำปรึกษา	2	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. กระบวนการกลุ่ม+การสนับสนุนทางสังคม	1	1	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. กระบวนการกลุ่ม+การตั้งเป้าหมาย	1	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. กระบวนการกลุ่ม+การฝึกพฤติกรรม	2	2	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
6. การฝึกพฤติกรรม+การเสริมแรง	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.การฝึกพฤติกรรม+BIO feed back	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. การให้ความรู้+การสร้างสัมพันธภาพ	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของการจัดทำแบบผสมผสาน แยกตามจำนวนแบบของการผสมผสานและตัวชี้วัด (ต่อ)

การจัดกระทำ	จำนวน เรื่อง	ประเมิน																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
แบบผสมผสาน	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15. กระบวนการกลุ่ม+การให้ ความรู้+การฝึกพฤติกรรม+ การตั้งเป้าหมาย	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16. กระบวนการกลุ่ม+การให้ ความรู้+การฝึกพฤติกรรม+ แรงสนับสนุนทางสังคม	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. กระบวนการกลุ่ม+การให้ ความรู้+การฝึกพฤติกรรม+ การเสริมแรง	3	2	3	2	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. กระบวนการกลุ่ม+การ ฝึกพฤติกรรม+การ ตั้งเป้าหมาย+การเสริมแรง	2	2	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของการจัดทำแบบผสมผสาน แยกตามจำนวนแบบของการผสมผสานและตัววัด (ต่อ)

การจัดกระทำ	จำนวน เรื่อง	ประเมิน																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
19. กระบวนการกลุ่ม+การ ให้ความรู้+การฝึก พฤติกรรม+สนับสนุนทาง สังคม+การเสริมแรง	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. กระบวนการกลุ่ม+การ ให้ความรู้+การฝึก พฤติกรรม+การ ตั้งเป้าหมาย+การเสริมแรง	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
รวม	33	25	25	24	13	7	5	2	2	1	2	-	-	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-

- พฤติกรรม
- ภาวะควบคุมโรค
- การรับรู้
- ความรู้
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- ความรู้
- ความคาดหวัง
- ทัศนคติ
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง
- ความคาดหวัง

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย ทาง การพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

โรคความดันโลหิตสูง

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

- ☐ ชนิดทราบสาเหตุ
☐ ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
☐ ไม่ระบุ

สถานะของโรคความดันโลหิตสูง

- ☐ ควบคุมได้
☐ ควบคุมไม่ได้
☐ ผู้ป่วยใหม่
☐ ไม่ระบุ
☐ อื่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1.ชื่อ-สกุล ผู้วิจัย.....

2.ชื่องานวิจัย.....

3.รูปแบบของแหล่งงานวิจัย

- () วิทยานิพนธ์
 () ปริญาโท
 () ปริญาเอก
 () งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

4. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย.....

5. แหล่งผลิตงานวิจัย

มหาวิทยาลัย ระบุชื่อ.....

วารสาร ระบุชื่อ ฉบับที่ ปีที่ หน้าที่ และพ.ศ.ที่พิมพ์.....

สถาบัน ระบุชื่อ.....

6. แหล่งสนับสนุนงานวิจัย

- () มี ระบุ.....
- () ไม่มี
- () ไม่ได้ระบุ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

1. คำถามการวิจัย ระบุ.....
2. กรอบแนวคิด
 - () สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - () สร้างจากแนวคิด และ/หรือ ทฤษฎี ระบุ.....
 - () ไม่ได้ระบุ
3. การวิจัย
 - () แบบทดลอง
 - () กึ่งทดลอง
 - ระยะเวลาที่ทำการทดลอง
 - ระยะเวลาที่ติดตามผล.....
4. ใช้กลุ่มควบคุม
 - () มี จำนวน.....กลุ่ม
 - () ไม่มี
5. ใช้กลุ่มทดลอง.....กลุ่มได้แก่
 1.
 2.
 3.

6. ทดสอบก่อนหลัง (pre test /post test)

pretest () มี () ไม่มี

post test () มี () ไม่มี

() post test ทันทีหลังจากจบ intervention

() ระยะเวลา post test ครั้งที่ 1 ห่างจาก pretest

() ระยะเวลา post test ครั้งที่ 2 ห่างจาก post test ครั้งที่ 1.

() ระยะเวลา post test ครั้งที่ 3 ห่างจาก post test ครั้งที่ 2.

7. เพศของกลุ่มตัวอย่าง

() ชาย

() หญิง

() ผสม

8. อายุของกลุ่มตัวอย่าง

() เด็ก ระบุ..... ปี

() วัยรุ่น

() ผู้ใหญ่

() ผู้สูงอายุ

9. การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

() มี ระบุ.....

() ไม่มี

10. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม คน

กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1. คน

กลุ่มที่ 2. คน

กลุ่มที่ 3. คน

11. แหล่งของกลุ่มตัวอย่าง

() คลินิก ทั่วไป

() คลินิก พิเศษ

- () ดิ็กผู้ป่วย
- () PCU
- () บ้าน
- () หน่วยส่งเสริมสุขภาพ
- () อื่นๆ(ระบุ).....

12. หน่วยของการศึกษา

- () รายบุคคล
- () กลุ่ม จำนวน.....กลุ่ม
- () ผสม

13. intervention ระบุ.....

14. ช่วงเวลาในการให้ intervention แต่ละครั้งนานเท่าไรระบุ

15. การให้ intervention แต่ละครั้งระยะเวลาห่างกันเท่าไร ระบุ.....

16. จำนวนของสื่อที่ใช้ในการให้ intervention

จำนวน.....อย่าง

ระบุ.....

17. ผู้ให้ intervention

- () เกสัชกร
- () แพทย์
- () พยาบาล
- () เจ้าหน้าที่อนามัย
- () อสม
- () ผู้วิจัย
- () ผู้ช่วยวิจัย
- () ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย
- () อื่นๆ ระบุ.....

18. ผู้รับการทดลอง

- () ผู้ป่วย
- () ญาติ
- () ผู้ดูแล
- () อื่นๆ ระบุ.....

19. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ชนิดของเครื่องมือ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

() แบบสอบถาม

() แบบสังเกต

() แบบทดสอบ

() แบบสัมภาษณ์

วิธีการสร้างเครื่องมือ

ชื่อเครื่องมือ	ผู้สร้าง ต้นฉบับ/ คุณภาพ (reference source)	วิธีแปลจาก ต่างประเทศ	ที่มาของเครื่องมือ				การทดสอบคุณภาพ	
			ฉบับ จริง	ดัดแปลง			validity	reliability
				ฉบับ จริง	ผู้อื่น	ผู้วิจัย		

20. เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ ระบุชื่อ.....

21. เครื่องมืออื่นๆ ระบุชื่อ.....

22. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลผู้เก็บข้อมูล

() ผู้วิจัยเก็บเอง

() ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย

- () ผู้วิจัย และบุคคลอื่น
- () บุคคลอื่นช่วยเก็บ
- () ไม่ระบุ

23. การเตรียมและการตรวจสอบคุณภาพการเก็บข้อมูล

- () ฝึกการเก็บข้อมูล
- () ไม่ฝึกการเก็บข้อมูล
- () ทดสอบ Inter-rater reliability
- () ทดสอบ Intra-rater reliability
- () ไม่ระบุ

24. การวิเคราะห์ข้อมูล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สถิติบรรยาย

- () การแจกแจง
- () การจัดลำดับ
- () ร้อยละ
- () สัดส่วน
- () อัตราส่วน
- () ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
- () มัธยฐาน
- () ฐานนิยม
- () พิสัย
- () ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์
- () ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- () คะแนนมาตรฐาน

สถิติอ้างอิง

- () การทดสอบค่าซี (Z-test)
- () การทดสอบค่าเอฟ (F-test)
- () การทดสอบค่าที (T-test)
- () การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square test)
- () สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient)

- () การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance)
- () การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance)
- () การทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric test)

อื่นๆ ระบุ.....

25. ผลลัพธ์ของการวิจัย

ภาคผนวก ก

คู่มือแบบบันทึกรายละเอียด

งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลอง และกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อผู้วิจัยหรือวิทยานิพนธ์ หมายถึง ชื่อ-สกุลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ปรากฏตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปี พ.ศ. 2548
- 1.2 ชื่องานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ หมายถึง ชื่องานวิจัยที่แสดงเกี่ยวกับการวิจัยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ประเภทของงานวิจัย หมายถึง ประเภทหรือผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย แบ่งเป็น วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ ภาคนิพนธ์ และการค้นคว้าอิสระ หมายถึงงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา งานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หมายถึงงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา และมีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกษตร และสาธารณสุข ในประเทศไทย
- 1.4 ปีที่วิจัยหรือวิทยานิพนธ์,ปีที่วารสารตีพิมพ์ หมายถึงปีพุทธศักราชที่วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต หรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเสร็จสมบูรณ์แล้ว และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือ ปีพุทธศักราชที่ระบุไว้ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกษตร และสาธารณสุข ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตีพิมพ์อยู่
- 1.5 แหล่งที่มาของงานวิจัยหรือ วิทยานิพนธ์ หมายถึง สถาบันที่อนุมัติหรือรับรองวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต หรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย หรือหน่วยงาน ต้นสังกัดที่หัวหน้าโครงการสังกัดอยู่ในขณะนั้นทำการวิจัย และระบุไว้ในวารสารนั้น
- 1.6 แหล่งทุนสนับสนุน หมายถึง หน่วยงานที่สนับสนุนให้ทุนทั้งหมด หรือทุนบางส่วนในการทำวิจัยเรื่องนี้
- 1.7 การเผยแพร่งานวิจัย หมายถึง การเผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงใน

ประเทศไทย โดยการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกสซ์ และสาธารณสุขในประเทศไทย ที่ปรากฏรูปเล่มในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษา ที่จัดการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย และ/หรือ ศูนย์บัณฑิตในประเทศไทย รวมทั้งห้องสมุดต่างๆ ที่มีฐานข้อมูลอยู่ในอินเทอร์เน็ต

ตอนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

2.1 เนื้อหางานวิจัย หมายถึง งานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่นงานวิจัยในด้านการปฏิบัติการพยาบาล
2. การวิจัยในระดับระบาดวิทยาคลินิก เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
3. การวิจัยในด้านระบบบริการ เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์กรสาธารณสุข รวมทั้งสถานที่อุปกรณ์เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
4. การวิจัยในด้านการบริหาร เป็นการวิจัยเกี่ยวกับระบบการบริหารที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก การติดต่อสื่อสาร การบริหารพัสดุและ/หรืองบประมาณ รวมถึงการประเมินผลการบริหาร
5. การวิจัยทางการศึกษา เป็นการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาหรือรูปแบบการเรียนการสอน สิ่งแวดล้อมในการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 ประเภทของงานวิจัย

2.3 รูปแบบของการวิจัย

2.4 กรอบแนวคิด

2.5 ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ

2.6 ทฤษฎีที่ใช้ (Theory/Model)

2.6.1 ทางการพยาบาล (Nursing science)

2.6.2 อื่นๆ (Other science)

2.6.3 ไม่ใช่ (None)

2.7 แบบของการวิจัย(Research design)

2.7.1 ใช้กลุ่มควบคุม (using a control group)

มี จำนวน.....กลุ่ม
ไม่มี

2.7.2 ทดสอบก่อนหลัง (pre test /post test)

pretest - ไม่มี
- มี
post test - ไม่มี
- มี 2 ครั้ง เวลาห่างกันเท่าไร.....
- มี 3 ครั้ง เวลาห่างกันเท่าไร.....

2.7.3 ปฏิบัติการ (action research)

2.8 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

2.8.1 ชนิดทราบสาเหตุ

2.8.2 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2.9 สถานะของโรค (status of disease)

2.9.1 ไม่ควบคุม (uncontrolled)

2.9.2 ผู้ป่วยใหม่ (first diagnosis)

2.9.3 ผสม (mixed)

2.10 เพศของกลุ่มตัวอย่าง (gender groups)

2.10.1 ชาย (male)

2.10.2 หญิง(female)

2.10.3 ผสม (combined)

2.11 อายุของกลุ่มตัวอย่าง(age group)

2.11.1 วัยรุ่น(elderly)

2.11.2 ผู้ใหญ่(adult)

2.11.3 ผสม(combined)

2.12 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง(sample size)

2.12.1 ≤ 30 คน

2.12.2 > 30 คน

2.13 แหล่งของกลุ่มตัวอย่าง(setting)

- 2.13.1 คลินิก(clinic)
- 2.13.2 โรงพยาบาล(hospital)
- 2.13.3 บ้านของกลุ่มตัวอย่าง(patient's home)
- 2.13.4 แผนกผู้ป่วยนอกและบ้าน(OPD & home)
- 2.13.5 อื่นๆ(ระบุ).....
- 2.14 หน่วยของการศึกษา (unit of instruction)
 - 2.14.1 รายบุคคล(individual) จำนวน.....คน
 - 2.14.2 กลุ่ม(group) จำนวน.....กลุ่ม
 - 2.14.3 ผสม(combined)
- 2.15 จำนวนสมาชิกภายในกลุ่ม(number in group)
- 2.16 จำนวนกลุ่มที่ศึกษา(number of group) จำนวน.....กลุ่ม
- 2.17 จำนวนการให้ intervention
 - 2.17.1 1-2 ครั้ง
 - 2.17.2 3-4 ครั้ง
 - 2.17.3 5-12 ครั้ง
 - 2.17.4 มากกว่า 12 ครั้ง
- 2.18 ช่วงเวลาในการให้ intervention
 - 2.18.1 น้อยกว่า 60 นาที
 - 2.18.2 60-90 นาที
 - 2.18.3 90-120 นาที
 - 2.18.4 มากกว่า 120 นาที
- 2.19 ระยะห่างของการให้ intervention ครั้งต่อไป(length of follow up)
 - 2.19.1 3 วัน - 7สัปดาห์
 - 2.19.2 8-12 สัปดาห์
 - 2.19.3 13-32 สัปดาห์
- 2.20 จำนวนของสื่อที่ใช้ในการให้ intervention (number of media used)
 - จำนวน.....อย่าง
 - คือ.....
 -

2.21 การฝึกปฏิบัติหรือสาธิต(demonstration&training)

- ไม่มี
- มี คือ.....

2.22 จำนวนครั้งของการวัดผล (number of outcome measure)

2.22.1 1 ครั้ง คือวัด.....

2.22.2 2 ครั้ง คือวัด.....

2.22.3 มากกว่า 2 ครั้ง คือวัด.....

2.23 ผู้ให้การทดลอง

2.23.1 เกสัชกร

2.23.2 แพทย์

2.23.3 พยาบาล

2.23.4 เจ้าหน้าที่ อานามัย

2.23.5 อสม

2.23.6 นักสังคมสงเคราะห์

2.24 ผู้รับการทดลอง

2.24.1 ผู้ป่วย

2.24.2 ญาติ

2.24.3 ผู้ดูแล

2.25 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- * ชนิดของเครื่องมือ
- * วิธีการสร้างเครื่องมือ
- * วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.26 ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

- * ข้อมูลผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
- * การเตรียมเก็บรวบรวมข้อมูล
- * การตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.27 การวิเคราะห์ข้อมูล

- * การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
- * การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- * สถิติที่ใช้

1. ผลลัพธ์ของการวิจัย

ข้อความในแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ
2. คู่มือในการใช้เครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้แนวคิดของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจและการวิเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย
3. สร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยโดยดัดแปลงเครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่จำเป็นต่อการวิจัยครั้งนี้
4. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลกับวิทยานิพนธ์ปริญา มหาวิทยาลัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 เรื่อง โดยเก็บข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ที่เป็นวิจัยเชิงปริมาณ แบบทดลองในมนุษย์ จำนวน 5 ชื่อเรื่อง และแบบกึ่งทดลอง จำนวน 5 ชื่อเรื่อง ทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ เกษตรและสาธารณสุข จำนวน 5 ชื่อเรื่อง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเครื่องมือ ที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องในด้านการสอน เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ/หรือเป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านการวิจัย การตัดสินความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกรายละเอียดการวิจัยนั้น ผู้วิจัยถือเกณฑ์ตามการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ส่วนในการหาความเที่ยงของเครื่องมือ นั้นในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกรายละเอียดที่เป็นข้อเท็จจริงในงานวิจัย จึงไม่ได้หาความเที่ยงของเครื่องมือ

ภาคผนวก ง

รายชื่อวิทยานิพนธ์และงานวิจัย จำแนกตามกลุ่มของการจัดกระทำ

กระบวนการกลุ่ม

- จารุภา เลหาพจนารถ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพลศึกษา ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา วิเศษสาร. (2544). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลปากน้ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวดี สิ้นไชย. (2547). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. (2540). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นวรรตน์ สิทธิพรหม (2542) . ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรทิพย์ ชีระกาญจน์. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุภารัตน์ สันติวงศานนท์. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สมจิตร สุทธนะ. (2543). ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลี จุมทอง. (2544). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุพรรณรัตน์ ชีโฮ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาภาพร เผ่าวัฒนา.(2537). ประสิทธิภาพของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Naiyanan techavanit.(2000). **Effects of self-help group on depression
in the elderly with primary hypertension.** Master's thesis of
nursing science (psychiatric-mental health nursing), Faculty of
Graduate Studies, Mahidol University.

การให้คำปรึกษา

จิตติมา ชูเทพย์.(2541). การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยเดินได้โรคความดันโลหิตสูงที่
โรงพยาบาลไผยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2536). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพฟันพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาวดี ดงสกุลรุ่งเรือง. (2542). เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับการให้ข้อสนเทศต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

การให้ความรู้/การสอน

ขนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชไมพร มณีรัตนพันธ์. (2540). ผลของการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและญาติ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิลวดี ศิริพันธ์ และอารีรัตน์ นโนภาส. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (พฤศจิกายน 2539), 31- 35.

- ปรีดา ปูนปั้นฉาย .(2540). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ฝ้ายเทศ และคณะพยาบาลวิชาชีพ 7. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (ธันวาคม-มกราคม 2541), 25-28
- มาลี สุดสวนสี. (2539). ผลของการสอนสุขภาพเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุคนธร จิรพงศ์พิทักษ์. (2542). ผลได้ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัช มั่นในบุญธรรม. (2541). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เรียนจากกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างแบบกำหนดวาระล่วงหน้ากับแบบไม่กำหนดวาระล่วงหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและการสื่อสารการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุชาดา ลัทธธรรม. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วง ลัทธธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทิน คำขาย. (2541) . ผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สว่างจิตต์ จันทร. (2544) . ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพ นันทา,ธีรนันท์ วรรณศิริ.(2536). **ประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.**วารสารแพทย์เขต 7 ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน- มิถุนายน 2536), 131-133.

อำไพ ชนะกอก,ราตรี โอภาส,บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์.(2539). **ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง.** รายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติประจำปี 2539.

Krissana kanjanapibul.(2001). **An Application of the protection motivation theory to preventive behavior modification against complications of essential hypertension patients in pramongkutklao hospital.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Tassanee Krirkgulthorn.(2001). **Effects of self-care promotion program on knowledge,self-care practices and blood pressure in hypertension elderly women .** Doctor's of public health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

ระบบบริการ

คณิต ตันติศิริวิทย์,พิกุล เสงสนั่นกุล. (2537). **ประสิทธิผลการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยกลวิธีทางสาธารณสุข. ถ้าปางเวชสาร ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2537),321- 331.**

จริยาวัตร คมพักษ์. (2532). **ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัสศรี ธีระกุลชัย. (2536). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภารัตน์ ธารพร. (2545). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ
พฤติกรรมและการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปรีชาวรรณ วิบูลย์วงศ์.(2543). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติ
ตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
เนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาสุข จันทมงคล. (2544). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลของการบริการพยาบาลอย่างมี
รูปแบบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Pranee pongrua.(2000). **Effects of nursing support on anxiety of
pregnant women with pregnancy-induced hypertension.**
Master's thesis of nursing science (maternity and newborn nursing),
Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Prapaporn Chukumnerd.(1999). **Effects collaborative systom
management between an essential hypertensive and a nurse.**
Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of
Graduate Studies, Mahidol University.

Ratchnintorn satusaen.(1999). **The effectiveness of social networks in
facilitating hypertension and diabetes mellitus screening among
risk groups in muang district of take province.** Master's thesis of
science (Public Health) Major in Health education and Behavioral
sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

การฝึกพฤติกรรม

Srinual Poomcharoen.(1980). **The effect of relaxation on blood**

pressure in essential hypertension. Master's thesis of nursing science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

กิ่งดาว ขุ่มอภัย. (2544). ผลการออกกำลังกายแบบไท่จี ชี่ กง ต่อความดันโลหิตสูง และการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตรารณ รุรี. (2547) . ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว และการเต้นแอโรบิกต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประทุม รักนุ้ย. (2546). ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติโยคะต่อการลดความเครียด และความดันโลหิตในบุคคลเป็นความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (นานาชาติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ผสมผสาน

Jariya siriragekarat.(2003). **An Application of self-efficacy theory and social support for blood pressure control and against complication of elderly patients with hypertension in thamuang hospital,kanchanaburi province.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Kaewta Cheukhunthod. (2003). **The effectiveness of health education program for blood pressure control among hypertension patients at primary care unit of Banlaum,Banlaum Hospital,Nakhonrajasima province.** Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Putcharin oonsep.(1999). **The effectiveness of the health education**

program to prevent the complication of essential hypertension among non-commissioned officers and air force employees.

Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Rotsukon varitsakul. (2001). **The effectiveness of self-care participation**

promotion program on perceived self-care efficacy, disease control, and satisfaction of health care service in essential hypertensive patients.

Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Sathidporn Nopplub.(2001). **The effectiveness of self-care participation**

promotion program on self-esteem, perceived self-care efficacy and disease control in essential hypertensive patients.

Master's thesis of nursing science (adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Suruckana khongkaphet.(2002). **The effectiveness of health education**

program on complication prevention of hypertensive patients attending Nakhonpathom hospital.

Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Vanphen Krobthong.(2001). **The effects of the empowerment process**

on the self-esteem development for hypertension control .

Doctor's of public health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Wanna Ngamprasert .(2002). **An Application of a Multi-Component**

Motivational Stages Model to blood pressure control against complication of hypertensive patients Surao-Bandon

community. Master's thesis of science (Public Health) Major in Health education and Behavioral sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

กวี เหมประดับ.(2544). ผลของการจัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตชนก หัสดี. (2536). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลัง

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน
กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงกมล จันทน์นิมิตร. (2538). อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
อุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงใจ ศรีอ่อน. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุม

ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน

ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม
นายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546) . ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542) . การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงนุช ศรีตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและการฝึกฝนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปรีศณี ศรีกัน. (2546). ผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรี ดำรงสุนทรชัย. (2531). ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพิน หงส์วะชิน. (2542) . การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งรัตน์ มีสายมงคล. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเกษ ชาญญาวิรัชกุล. (2541). โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม), 113 - 119.
- ศักดิ์ดา ธานีรินทร์.(2542).โปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาพร มุ่งทวีพงษ์,คณะนิติฯ เพิ่มพูน.(2544). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลโสธร. ยโสธรเวชสาร ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2544),116-125.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชัยญา วงษ์เพ็ง. (2542) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธี วรรณ. (2548). การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กิ่งอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุวิชา จันทร์สุริยกุล. (2536) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีรัตน์ ดโนภาส. (2539) . การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอโมโนมย์ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุชา นิลอยู่. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาอากาศตรี ศรินกัศร์ เนตรนรงค์พร
วัน เดือน ปี เกิด	2 กุมภาพันธ์ 2512
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ, พ.ศ.2530-2534 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2547-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลอนามัยชุมชน)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ.2534-ปัจจุบัน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ กองทัพอากาศ ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ