

โครงการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน
จังหวัดนครปฐม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

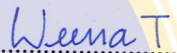
เรื่อง

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม



นางสาวอรนุช พงษ์สมบุรณ์

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีณา เทียงธรรม

Dr.P.H. (Public Health Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภาพร เพ่าวัฒนา

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

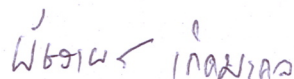


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกิดมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)

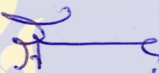
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552



นางสาวอรนุช พงษ์สมบุญ

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์รัชณี สรรเสริญ

Ph.D.(Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อาภาพร เผ่าวัฒนา

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีณา เทียงธรรม

Dr.P.H.(Public Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ.,อ.ว.(ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิณา เทียงธรรม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิด ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณีรัตน์ ชีรวีวัฒน์ อาจารย์สิริรัตน์ ลีลาจรัส นายแพทย์สุเมธ บรรเลงจิต นางสาวเตือนใจ เทียนทอง และนางนพรัตน์ เจริญกิจ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งมีค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างใจเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวก ที่ สื่อ อุปกรณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวพงษ์สมบูรณ์ทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา กำลังใจ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เพื่อนๆ และพี่ๆ วทม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและ เป็นกำลังใจมาโดยตลอด

อรนุช พงษ์สมบูรณ์

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม
(PRIMARY HYPERTENSION PREVENTION PROGRAM IN A COMMUNITY, NAKONPATHOM PROVINCE)

อรนุช พงษ์สมบุญ 4836044 PHPH/M

วทม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิณา เทียงธรรม, Dr.PH., อาภาพร เผ่าวัฒนา, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของแบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 35-59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน รวมระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์และติดตามผลอีก 6 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test, Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิภาพในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.016$) ยกเว้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นๆและประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูง / การป้องกันระดับปฐมภูมิ / ในชุมชน

PRIMARY HYPERTENSION PREVENTION IN A COMMUNITY, NAKONPATHOM PROVINCE

ORANUCH PHONGSOMBOON 4836044 PHPH/M

M.SC. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WEENA THIANGTHAM, Dr.PH.,
ARPAPORN POWWATTANA, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

Hypertension is a non-communicable chronic disease. It is one of the major health problems in Thailand associated with certain risk factors and life style behavior. Reducing risk factors and complications by behavior modification is the significant, primary and most significant mode of prevention. The purpose of this quasi-experimental study was to study the effectiveness of primary prevention for hypertension in a population at risk within a community program applying protection-motivation theory and social support for the reduction of risky behavior leading to hypertension. The sample consisted of a high risk group aged 35-59 years. One group was selected to be the experimental group with 44 persons, and the other was selected to be the comparison group with 48 persons. The research procedure lasted 4 weeks with a 6 week follow-up period. Data were collected by self-administered questionnaires. Statistical analysis was performed using mean, standard deviation, Independent Sample t-test, and Paired sample t-test.

Results show that after the experiment and the 6 week follow-up, the experimental group had a significantly higher mean score of perceived severity, perceived susceptibility, perceived response efficacy, perceived self-efficacy, and prevention behaviors of hypertension than prior to experimentation and greater than the same among the comparison group (p -value < 0.016). However, the avoidance of smoking behavior did not prove to be significant and the waist-circumference of the experimental group measured before and during the follow-up period showed a higher significant difference was found (p -value < 0.016).

The results indicated that the primary prevention program for hypertension in a community by applying protection motivation theory and social support has some effect in increasing healthy behavior and self-efficacy. Involvement of the care givers and health volunteers could also enhance sustainable practice in positive change in hypertension prevention behaviors. Therefore, this program could apply to other communities with a high risk population.

KEY WORDS: HYPERTENSION / PRIMARY HYPERTENSION /
IN A COMMUNITY

227 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์	8
สมมุติฐานในการวิจัย.....	9
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	15
ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค	39
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
กรอบแนวคิดการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	84

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	86
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย	
การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง	
และค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลอง	90
ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย	
การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง	
และค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	102
ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย	
การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง	
และค่าเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	113
บทที่ 5 อภิปรายผล	123
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	148
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	154
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	172
บรรณานุกรม	194
ภาคผนวก	202
ประวัติผู้วิจัย	227

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ค่าความดันโลหิตตามลำดับขั้นต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา.....	17
2. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยง สำหรับประเทศทางเอเชีย	30
3. สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละสัปดาห์.....	83
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	88
5. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล.....	92
6. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล.....	94
7. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	99
8. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเส้นรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	102
9. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผล.....	104
10. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหาซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	106

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล.....	110
12. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	114
13. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	116
14. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	121

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค	43
2. รูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง	62
3. ขั้นตอนการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	68
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นสถานการณ์ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงให้แก่ชุมชนในการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ อันเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย จอประสาทตาเสื่อม ปัจจุบันพบว่ามีการแพร่กระจายทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1000 ล้านคน (Joint Nation Committee, 2003: 2) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคน ในปี ค.ศ.2025 (Hearney และคณะ, 2005 อ้างใน Molean, et al., 2007: 6-10) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมากกว่า 50 ล้านคน หรือ 1 ใน 5 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง ในทวีปยุโรป พบว่าผลการสำรวจการเฝ้าระวังการรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-74 ปี ในปีค.ศ.1999 - 2000 โดย National Heart, Lung, Blood Institute มีประชากรที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70 (JNC 7, 2003: 3; The British Heart Foundation, 2004; American Heart Association, 2004) ส่วนในทวีปเอเชียพบว่าประเทศที่มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือประเทศจีน รองลงมาคือประเทศอินเดีย ซึ่งพบว่ามีประชากรที่ป่วยเป็นโรคนี้แล้วประมาณ 239 และ 196 ล้านคนตามลำดับ (Wongdiagnosis, 2006)

สำหรับสถานการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากรายงานในปีพ.ศ.2532 พบเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในปีพ.ศ.2546-2547 พบว่ามีประชากรที่มีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 22.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.17 หรือคิดเป็นจำนวน 18.8 ล้านคนในปี พ.ศ.2547 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ความดันโลหิตสูงจึงเป็นโรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะปัญหาสำคัญในอนาคตของกลุ่มประเทศในเอเชียและของประเทศไทย แม้ว่าอัตราการตายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 มีแนวโน้มลดลงจาก 29.2 เหลือ 24.4 และ 24.3 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่สถิติการเจ็บป่วยกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขป่วยเป็นโรคระบบไหลเวียนเลือดสูงถึง

10,636,349 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 14,636,349 คน ในปี พ.ศ. 2550 และเฉพาะในปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 375,600 คน และเพิ่มเป็น 445,300 คน ในปีพ.ศ.2550 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลัน ความพิการและกลายเป็นโรคเรื้อรังได้ สำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากหัวใจวายและอัมพฤกษ์ อัมพาต มักจะกลายเป็นภาระโรคที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เกิดภาวะพึ่งพิงและทนทุกข์ทรมานเป็นแรมปี และมีค่าใช้จ่ายสูง โดยส่วนใหญ่โรคนี้เริ่มพบมากขึ้นตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นวัยที่มุ่งทำงานสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่ค่อยได้ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (กมลภัก สาราญจิตร, 2538: 85) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อประชาชนในช่วงครึ่งหลังของชีวิตในช่วงกำลังสร้างสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ไม่เพียงแต่มีผลในระดับบุคคลแต่ส่งผลกระทบต่อระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศชาติ ทั้งทางด้านการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของชาติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในด้านต่างๆตามมามากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นเรื่อยๆ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ความดันโลหิตยังคงเดิม และส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอายุสั้นลงประมาณ 10-20 ปี ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วและความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) แม้แต่ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่รุนแรงคือ อวัยะเป่าหมายยังไม่ถูกทำลาย หากไม่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 7-10 ปี ร้อยละ 30 จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและมากกว่าร้อยละ 50 อวัยะเป่าหมายถูกทำลายโดยผลของ ความดันโลหิตสูงโดยตรง เช่น หัวใจโต หัวใจวาย จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองและไตเสื่อมหน้าที่ (Williams, 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 136) ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันและเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคหัวใจ ซึ่งค่าความดันโลหิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเริ่มต้นที่ 115/75 มิลลิเมตรปรอท และมีความเสี่ยงสูงเป็น 2 เท่า เมื่อค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุก 20/10 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003; Lowes, Bennett & Feigin, 2004:1024) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยนั้นมีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (Joffers., 2001 อ้างใน Molean, et al., 2007: 6-10) ในขณะที่ผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้เพียง 20-25 เปอร์เซ็นต์ (JNC 7, 2003:3; Collins, et al., 1990: 827-38) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคความ

ดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีภาวะความดันโลหิตปกติมากกว่า 3-6 เท่าขึ้นไป (Padwel, 2001: 977) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 35-40 เปอร์เซ็นต์ (JNC 7, 2003 :2; Collins, et al., 1990: 827-38) ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นราว 150,000 คนต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยในปี 2548 จังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยใน มากกว่า 160 ต่อ 100,000 ประชากร มีจำนวนถึง 21 จังหวัด เมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 100,000-1,000,000 บาทต่อคนต่อปีขึ้นกับความรุนแรงของโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548) เมื่อรวมแล้วจะต้องสูญเสียเงินเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้สูงมาก ปีละประมาณ 8,400 ล้านบาท คาดว่าขณะนี้คนไทยเสี่ยงเกิดโรคอัมพาตประมาณ 13 ล้านคน ถ้ากล่าวนายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สำนักสารนิเทศ ฝ่ายวิเคราะห์ และประมวลข่าวสาร สำนักสารนิเทศ, 2 ก.ย. 2550) ซึ่งนับว่าสูงมากและเป็นภาระของประเทศ ส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังจาก โรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้มีการลดบทบาทในครอบครัวจากการมีรายได้ที่ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการทำงานและโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพน้อยลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพราะต้องเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน (Bolander, 2002 อ้างใน สร้อยจันทร์ พานทอง, 2545:16) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยของหัวหน้าครอบครัวผู้ซึ่งเป็นผู้หารายได้หลักและสังคมคาดหวังว่าเป็นความรับผิดชอบของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในบทบาทของครอบครัวที่ต้องเพิ่มภาระให้กับสมาชิกคนอื่นๆในการหารายได้ และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและรู้สึกไม่แน่นอนกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพภายในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องจัดการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ต้องรับผิดชอบตนเองให้ได้รับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และต้องปรับเป้าหมายทางสังคมให้เป็นที่ยอมรับและยังคงรักษาความมีคุณค่าแห่งตนเองไว้ให้ได้ ซึ่งจะส่งผลถึงความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (สุนันทา กระ้างแดน, 2540:113) จากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันการเกิดโรคในระยะแรก (Primary Prevention) เป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะยับยั้งการเกิดโรค เป็นผลทำให้ประหยัดงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งลดผลกระทบต่างๆ ที่ตามมา

เมื่อศึกษาถึงสาเหตุที่สนับสนุนการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น โดยส่วนใหญ่เริ่มพบ

มากขึ้นในช่วงอายุ 35 ปี และยังมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นถึง 90 เปอร์เซ็นต์เมื่อคนเรามีอายุ 55 ปีขึ้นไป กรรมพันธุ์หรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 30- 60 เพศและเชื้อชาติ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็มจัด การขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ (JNC 7, 2003: 7-8; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 1; Chobanianl, 2003; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548: 432) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคตคือ ค่าความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง (Pre-Hypertension) มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) ซึ่งค่าความดันโลหิตดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าค่าความดันโลหิตปกติหรือน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 1.79 เท่า (JNC 7, 2003)

จังหวัดนครปฐมเป็น 1 ใน 6 จังหวัดปริมณฑล ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และมีเส้นทางคมนาคมสายหลักผ่านเป็นผลให้มีการเจริญเติบโตทางภาคอุตสาหกรรมและพัฒนาไปสู่สังคมเมืองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2550 พบว่าจังหวัดนครปฐม มีความชุกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-74 ปี เป็นจำนวนถึง 107,481 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 17.6 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และพบว่า อัตราผู้ป่วยป่วยในโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากจำนวน 6,598 คน คิดเป็นอัตราป่วย 821.16 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็น 10,143 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1227.32 ต่อแสนประชากรในปี 2550 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2549) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาเพียง 3 ปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องรับไว้ดูแลนั้นมีเพิ่มมากขึ้นเกือบ 2 เท่า นอกจากนั้นยังพบว่า จังหวัดนครปฐมเป็น 1 ใน 21 จังหวัดที่พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 160 ต่อ 100,000 ประชากร

จากผลการดำเนินงานในการสำรวจการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครปฐม ปีพ.ศ.2549-2550 โดยใช้แบบทำนายความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงถึง 124,226 ราย ในเขตอำเภอเมืองพบสูงสุดถึง 54,063 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจ

ร่างกายครั้งที่ 3 ปีพ.ศ. 2546-2547 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากจำนวนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบเดิมที่เน้นในเรื่องการคัดกรองโรค การประชาสัมพันธ์ การแจกเอกสารแผ่นพับ นั้นยังไม่เพียงพอที่จะทำให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนลดลง

เมื่อศึกษาถึงข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บพ.ศ.2550 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) พบว่าประชากรจังหวัดนครปฐมมีปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญ 6 ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยพบว่ามีค่าเส้นรอบเอว มากกว่า 36 นิ้ว ในเพศชาย และมากกว่า 32 นิ้ว ในเพศหญิง ร้อยละ 30.3 มีความชุกการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด อาหารที่มีกะทิ 1-3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 37.2 มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 17.3 มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันถึงร้อยละ 37.9 มีการรับประทานผักและผลไม้ น้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 22.5 และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยพบว่ามีผู้ที่ออกกำลังกายนานมากกว่า 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 37.3 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค และเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่ออื่นๆอีกด้วย (จิตรา ไชยยะ, 2540: 8) สอดคล้องกับคำแนะนำของสถาบันร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 7-8) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้แนะนำว่าการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life style Modification) ทั้งในเรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นวิธีที่สามารถป้องกันเกิดโรคความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาถึงประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งเต้านม โรคเอดส์ พบว่ามีหลายการศึกษาที่พยายามนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังเช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งเชื่อว่าถ้าต้องการเข้าใจพฤติกรรมของคนต้องศึกษาแนวคิดของคนนั้น ทั้งในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ บุคลิกภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อเข้าใจจะสามารถส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของคนได้ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 6) นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protective Motivation Theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่มีผู้นิยมนำมาใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวใจ เน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการสื่อสารกระตุ้นให้เกิดความกลัวเพื่อให้มีผลถึงความคิดทัศนคติ แบบแผนพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ (Boer & Seydel, 1983: 95) ซึ่งองค์ประกอบของทฤษฎีสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 ประเภทคือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) นั้นประกอบไปด้วย การรับรู้ในความสามารถของตนเองและการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พยายามจะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

ในต่างประเทศได้มีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ กามโรค โรคอันตรายร้ายแรง เช่น โรคมะเร็งผิวหนัง โรคมะเร็งเต้านม การสูบบุหรี่ การขับขีรถมอเตอร์ไซด์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีมากขึ้น (Mackay, 1992: 39; Ronald & Nick, 1995: 405; McClendon & Steven Prentice-Dunn, 2001) ส่วนในประเทศไทยนั้นพบว่ามีผู้นำทฤษฎีแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เช่นเดียวกัน ดังเช่น การศึกษาของ จิราพร แจ่มประเสริฐ (2540: 138-140) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของสตรีผู้ใช้แรงงานในโรงงานผลิตอาหารทะเลแช่แข็ง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.05$) โกวิทย์ บุญมีพงษ์ (2541) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานในสถานประกอบการ การผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักร และอุปกรณ์จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จิตรา ไชยยะ (2540: 147-150) ทำการศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค พบว่า กิจกรรมที่สร้างให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อันตราย การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ และการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำหนักตัวลดลง และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จิรวรรณ กมลชัย (2540: 149) ศึกษาในเรื่องการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีใน

ชนบทจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นงรัตน์ เหล่าสุริยวงศ์ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี้รดจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับขี้รดจักรยานยนต์ ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการขับขี้รดจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของทฤษฎีซึ่งพอสรุปได้ว่า การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนในด้านการรับรู้ความเชื่อ ทักษะคิด แบบแผนพฤติกรรมและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่พึงประสงค์ได้ดีที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนั้นยังเป็นทฤษฎีที่เน้นในระดับบุคคล ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นหนึ่งในพยาบาลสาธารณสุขที่ต้องทำงานกับกลุ่มคนจำนวนมากในชุมชน จึงได้ศึกษาถึงทฤษฎีที่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะสังคมไทย บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นระบบเครือข่ายจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ สมาชิกในครอบครัวจะให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าในระดับชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพ ล้วนแล้วแต่เป็นการสร้างแรงกระตุ้นและแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (กมลภัก ลำธารญจิตร, 2538; รัชญา พฤษยาชีวะ, 2542; ดวงกมล จันทรมิตร, 2538; เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; อนุชา นิลอยู่, 2540; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการที่มีลักษณะผสมผสานบริการทั้งด้านการสาธารณสุขและการพยาบาล เน้นกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล มุ่งบริการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในผู้ที่มีสุขภาพดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือพิการในผู้ที่เจ็บป่วยแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยง

ร่วมหลายปัจจัยด้วยกันคือ ประชากรชาย-หญิง อายุ 35-59 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้ ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป โดยคาดว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวประชากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและกลับมาสู่ภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป และเป็นประโยชน์ในการนำกลวิธีที่ได้จากการงานวิจัยไปใช้ในการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

คำถามการวิจัย

การนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครปฐมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ ในชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิต สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 1.4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 1.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจวัดความดันโลหิต

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต

3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง

1. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต

2. ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต

3. โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวลดลง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม

- 1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
- 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจวัดความดันโลหิต
- 6 เส้นรอบเอว

นิยามคำศัพท์

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Tan., 2004: 1728-34)

หมายถึง ประชาชนที่มี 3 ปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

1. ประชากรชาย-หญิง ทั้งไป ที่มีอายุ 35-59 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. มีเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้

ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

คือกระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทฤษฎีได้กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลเมื่อได้เผชิญปัญหาและผลที่เกิดจากการคุกคามนั้น โดยมีองค์ประกอบเพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง โดยใช้กิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองมีการประเมินอันตรายต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการคู่วิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการเผชิญปัญหาด้วยการให้ปัจจัยซึ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถตนเองคือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวก หรือทางลบ เช่น การให้คำชมเชย โดยมีผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมว่าสิ่งที่กระทำมีผลดีต่อตนเอง คือ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมและการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

การรับรู้ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในความหมายของทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998: 105) คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจากภัยคุกคามที่มีผลต่อชีวิต ความเชื่อในความรุนแรงของโรค ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเรื่องความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจากการที่ไม่สามารถมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคและเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น หลอดเลือดสมองแตก ตีบ โรคหัวใจวาย หัวใจขาดเลือดจอบประสาธาตเสื่อม ซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ความตาย พิการ และเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998: 106) คือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่จะเกิดจากภาวะคุกคาม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้สึกนึกคิดถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น มีอายุระหว่าง 35-59 ปี มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง และในผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันโรค ในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998: 98) คือความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่จะสามารถบรรลุในความสำเร็จได้ ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหารเค็มและไขมันสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่ม และการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันโรค ในความหมาย ของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998: 98) คือการประเมินผลที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงความรู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตแล้วจะสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงการที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดังนี้

1. การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การลดอาหารเค็ม ไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่นการงดการ

เติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสระหว่างรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกะทิ ไขมันสัตว์ และรับประทานจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น (JNC 7, 2003: 25-26)

2. การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติม จากกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่ เช่นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร โดย การออกกำลังกายนั้นต้องมีความหนัก (มีเหงื่อออกพอสมควร) ความถี่ (ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ความต่อเนื่อง (ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 20 นาที) (JNC 7, 2003: 25-26)

3. การผ่อนคลายความเครียด หมายถึง เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ประชากรกลุ่มเสี่ยง สามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน ฯลฯ (อินทิรา ปัทมินทร, 2542: 5-6)

4. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หมายถึง ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เช่น หลีกเลี่ยงที่จะมีบุหรี่ติดตัว ไม่รับบุหรี่จากคนอื่น ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่สูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่เป็นต้น (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542)

5. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง ลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 30 มิลลิตร/วัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศชาย และน้อยกว่า 15 มิลลิตร/วัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศหญิง (JNC 7, 2003: 25-26) การลดจำนวนการดื่ม การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในรายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542)

7.6. ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ หมายถึง มีพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (JNC 7, 2003: 18)

แรงสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เพื่อประเมินตนเอง (House, 1981 อ้างใน Israel, 1985: 65) ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวหรือหรือญาติของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็น สามี ภรรยา หรือบุตรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้โดยมุ่งเน้นให้มีการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ ตักเตือน กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ

ให้การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้
ข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนและการเยี่ยมบ้าน

เส้นรอบเอว (Tan, Ma, Wai, Chew & Tai, 2004: 1728-34)

หมายถึง เส้นรอบเอวที่ใช้ในการประเมินไขมันที่ท้อง (Abdominal Fat) ซึ่งมีความ
สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ Metabolism เช่น ระดับน้ำตาล ระดับอินซูลิน ระดับความ
ดันโลหิต ระดับไขมัน และระบบหัวใจและหลอดเลือด เส้นรอบเอวสำหรับคนที่มีความเสี่ยงสูง คือ

ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 102 เซนติเมตร หรือ 40 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 88 เซนติเมตร หรือ 35 นิ้วขึ้นไป

เส้นรอบเอวของคนที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ

ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง ในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
 - 2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และพบบ่อยที่สุดในระบบหัวใจและหลอดเลือด อันตรายของโรคความดันโลหิตสูงคือ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสื่อมสลายของอวัยวะต่างๆที่สำคัญได้แก่ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย ไตวาย เป็นต้น และเนื่องจากส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงนี้เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้รู้ตัวว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมักจะเป็นมากและมีอาการของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นการป้องกันตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อป้องกันการเกิดโรคจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงจำเป็นที่ต้องได้รับความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง จึงจะสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ความหมายของความดันโลหิต

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ระดับ คือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด หรือแรงดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง แรงดันโลหิตต่ำสุดหรือแรงดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ตรงกับระยะที่หัวใจหยุดพักการบีบตัว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549 : 2)

ความหมายของค่าความดันโลหิตปกติ

ตามเกณฑ์การกำหนดของสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา(JNC 7, 2003: 2) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (Pre-Hypertension)

ความหมายของความดันโลหิตสูง

ค่าความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การกำหนดขององค์การอนามัยโลกและสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกามีความสอดคล้องกันคือ หมายถึงผู้ที่มีความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิก เท่ากับหรือมากกว่า140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003: 2; WHO, 1999; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549: 2)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

1. การวินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1999 (W.H.O.))

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1999) ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงและการประเมินความรุนแรงของโรคดังนี้

1. ความดันโลหิตระดับปกติ (Normal) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

2. ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Mild Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตร

ปรอท ส่วนความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (Sub Group Borderline Hypertension) มีความดัน-โลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตร และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-94 มิลลิเมตร ปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Moderate Hypertension) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 160-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 100-109 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 110 มิลลิปรอทขึ้นไป

ส่วนความดันโลหิตสูงชนิดที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงค่าเดียว (Isolated Hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้กำหนดการประเมินความรุนแรงของโรคโลหิตสูงไว้ 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะใดเลย

ระยะที่ 2 ตรวจพบหัวใจซ้ายโต มีหลอดเลือดแดงของเรตินาแคบลง หรือมีหน้าที่ของไตเสียปานกลาง

ระยะที่ 3 มีการทำลายของหัวใจ สมองไต และหลอดเลือดหลังลูกตา ดังนั้นประวัติของการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะสามารถบอกได้ว่าอวัยวะใดถูกทำลายบ้างแล้ว

2. การวินิจฉัยตามสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 2)

ตารางที่ 1 ค่าความดันโลหิตตามลำดับขั้นต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา

ค่าความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก		ความดันไดแอสโตลิก
ค่าปกติ	< 120	และ	< 80
Pre-Hypertension	120-139	และ	80-89
Stage 1 Hypertension	140-159	หรือ	90-99
Stage 2 Hypertension	≥ 160	หรือ	≥ 100

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำจำกัดความ ตามการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา คือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการมี

ภาวะความดันโลหิตสูง คือค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 120 -139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท (Pre-Hypertension)

2. จำแนกประเภทโดยใช้แยกตามสาเหตุและความรุนแรง

2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุ และกลไกการเกิดมากมาย ซึ่งสรุปได้ว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงหลายปัจจัย (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545, 134-138; JNC 7, 2003: 2) ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ มีข้อมูลจากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มว่ามีระดับความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่ระดับความดันโลหิตปกติ โดยจะพบว่า พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 30 - 60 (จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ, 2545) ส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จะพบได้มากกว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากอิทธิพลในระหว่างการตั้งครรภ์ (Kotchen, 1999: 339 - 341) นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อชาตินั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิต โดยมีการศึกษาคนผิวขาวและผิวดำในเรื่องความแตกต่างในรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตและน้ำหนักตัว พบว่า ในคนผิวดำมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าในคนผิวขาว ซึ่งคาดว่าจะเป็นเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารประเภทโปแตสเซียมและโปรตีน (Liu, Karen, Ruth, John & Flack, 1996: 60-66)

2. อายุ พบว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ หรือมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเมื่อคนเรามีอายุที่ 55 ปี พบว่ามีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 (JNC 7, 2003: 2) แสดงให้เห็นว่ายิ่งคนเรามีอายุยืนยาวมากเพียงใดโอกาสที่จะเป็นความดันโลหิตสูงก็ยิ่งเพิ่มขึ้นมากเพียงนั้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พบว่ามีความดันโลหิตสูงทุก 1 ใน 2 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (Whelton, et al., 2002: 1882 - 1888) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงและความสัมพันธ์กับความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าในเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง 6.83 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งให้การศึกษาเช่นเดียวกับเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิต 4.47 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (วิฑูรย์ สิงห์โล่, 2006: 1216-1217)

3. การรับประทานเกลือโซเดียม หลักฐานที่แสดงว่าเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความดันโลหิตคือ ในกลุ่มประชากรสูงอายุ ความดันโลหิตสูงขึ้นตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ในประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง น้อยมาก แต่ถ้าให้รับประทานเกลือโซเดียมมากขึ้น ก็จะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามไป ด้วย ในผู้ที่ความดันโลหิตสูง ถ้าให้ลดปริมาณเกลือโซเดียมให้เหลือเพียง 100 meq ต่อวัน (2.4 กรัม โซเดียม/วัน หรือประมาณ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน) จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003: 7-8) ซึ่งผลจากการศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือ ที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน พบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) โดย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในระดับที่เสี่ยงมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เสี่ยง ต่อความดันโลหิตสูงถึง 42.9 เท่า (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 178-182)

4. ความอ้วน เป็นปัจจัยทางสรีระที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต คนอ้วน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดปริมาณเลือดที่ หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2 - 4 กิโลกรัมก็จะทำให้ ความดันโลหิตลดต่ำลงได้ทั้งในคนอ้วนและคนผอม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วน และความดันโลหิตสูง พบว่าคนที่มียุระหว่าง 20 - 39 ปี และมีน้ำหนักเกินมีการกระจายของ ความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่า และในคนอายุระหว่าง 40 - 64 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 (Schanieder, Franz & Messerli, 1987: 991-992 อ้างใน เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 19) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่อ้วนส่วนบนของร่างกาย (รูปร่างแบบแอปเปิ้ล) หรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณ เหนือเอวและท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วน ส่วนล่างของร่างกาย (รูปร่างแบบลูกแพร์) แม้จะมีน้ำหนักมากเกินหรืออ้วนมาก มักไม่ค่อยเกิดความดันโลหิตสูงจากสาเหตุการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเพียงอย่างเดียว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2004: 218) และ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ชายที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 กก./ม.2) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า และปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันนี้ในเพศหญิง มีความเสี่ยง ต่อการเกิดความดันโลหิต 1.74 เท่าของคนที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (วิฑูรย์ โล่สุนทร, 2006: 1217-1218) รวมทั้งจากการศึกษาภาคตัดขวางในการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 40-59 ปี จำนวน 16,871 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ 20, 25 และ 28 สามารถทำนายการเกิด ภาวะความดันโลหิตสูงได้ 2.1, 3.3 และ 4.6 เท่า ตามลำดับ (Kawada, 2002: 725-729)

5. ภาวะเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน(สร้อยจันทร์ พานทอง, 2544: 14) เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่ฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ดังนั้นการเพิ่มความดันโลหิตและการหดตัวของเส้นเลือดจากความเครียดจึงกลายเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย และถ้าบุคคลใดมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติอยู่แล้ว อาการเหล่านี้จะกลายเป็นเรื้อรังหรือซ้ำเติมให้รุนแรงยิ่งขึ้น จนอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับสมอง เช่น เป็นอัมพาตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ในรายที่มีความดันสูงเฉียบพลันจึงมักจะเกิดจากความเครียดทุกครั้งไป จากการศึกษาความเครียดที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตและทำนายการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยได้ศึกษาความเครียดในภาระหน้าที่ การงาน และกิจกรรมต่างๆ ในเพศชาย ทั้งสิ้น 796 คน ที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปี และมีการติดตามต่อไป ในอีก 10 ปีต่อมา ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก และสามารถทำนายการเกิดความดันโลหิตในอนาคตได้ (Carroll, et al., 2001: 737-743)

6. การดื่มสุรา ในปัจจุบันมีข้อสรุปแน่นอนว่า alcohol มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงประมาณกันว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง พบร่วมกับการดื่มสุรา ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลของ alcohol ต่อความดันโลหิตและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เพราะผลระยะสั้นและผลระยะยาวของการดื่ม alcohol เป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542: 11-12) มีการศึกษา พบว่า การดื่มสุราอย่างหนัก จะเพิ่มระดับความดันโลหิตโดยบุคคลที่ดื่ม ethanol alcohol ประมาณ 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้นองค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ blood cortisol เพิ่มระดับ ของ catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ renin-angiotensin หรือผลกระทบต่อ antidiuretic hormone ในพวก alcohol withdrawal จะชักนำให้มีการหลั่ง adrenergic hormone จำนวนมากซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงและยังดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา บางรายงาน กล่าวว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราใน

ปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีบางรายงาน ได้รายงานขัดแย้งกันคือ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวันจะเป็นสาเหตุของ reversible hypertension (ความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้าง) ที่เป็นเช่นนี้เพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มระดับของ high density lipoprotein cholesterol, HDL-C การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตลดลงและคลายความเครียด และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ระยะเวลา 11-12 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2.33 เท่า ระยะเวลามากกว่า 21 ปี เสี่ยงเป็น 2.47 เท่า และปริมาณการดื่มขนาด 281 กรัม ของแอลกอฮอล์ขึ้นไปต่อสัปดาห์เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 8.87 เท่า และผู้ที่ดื่ม 3-4 วันต่อสัปดาห์ เสี่ยงเพิ่มเป็น 15.14 เท่า (เกษตร ปะที, 2547: บทคัดย่อ)

7. การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะหลังจากเริ่มสูดควันบุหรี่ (ไปป์หรือซิการ์) ครั้งแรกเพียงไม่กี่วินาที ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นได้ถึง 25 มิลลิเมตรปรอท บุหรี่มีผลทำลายระบบการทำงานของร่างกายและเพิ่มความดันโลหิตให้อยู่ในระดับสูงโดยไม่ยอมลดลงเป็นเวลานาน ยิ่งคนที่มีความเครียดสูงและสูบบุหรี่ จะกลายเป็นสาเหตุร่วมให้มีความดันโลหิตสูงในระดับที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจในระยะเริ่มแรก หรือเป็นอัมพาตเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย (วิไล พัววิไล, 2549: 2)

8. การขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษาสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่าความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายคือจะมีการหลั่งสาร endorphine ที่ทำให้นุคคลนั้นมีความสุขและเพิ่ม high density lipoprotein (HDL) จะป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วยลดความเครียดได้ เบรน และมอลลี (O'Brien & O'Malley, 1983: 66-67) พบว่าการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้นและพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายมีการเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยศึกษาติดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีการออกกำลังกาย จะมีปริมาณของการใช้ออกซิเจนสูงสุดในร่างกายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของเพศชายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตราที่ต่ำกว่ามีกิจกรรมทางร่างกายน้อย และการออกกำลังกายจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้แก่ระดับโคเลสเตอรอล น้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงของร่างกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับน้ำตาลในเลือด (Kannel, et al., 1986: 823-824)

2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (Secondary Hypertension)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 อาจพบสาเหตุเฉพาะ ถ้าพบในคนที่มีความดันโลหิตสูงต่ำกว่า 30 ปีหรือมากกว่า 55 ปี ซึ่งสาเหตุที่พบมีหลายอย่าง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545) ได้แก่

1. ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคูมกานิด ยาสเตียรอยด์ แอดรีนาลีน เป็นต้น
2. ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
3. โรคไต เช่น กรวยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีตัน (renal artery stenosis) ซึ่งมักได้ยินเสียงฟู่ (bruit) ที่หน้าท้อง วัณโรคของไต เนื้องอกของไต เป็นต้น
4. หลอดเลือดแดงใหญ่ตีตัน (Coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเอออดิกรั่ว (Aortic-insufficiency) ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันโลหิตช่วงล่างเป็นปกติ
5. โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ มักจะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว เช่น โรคคุชชิง เนื้องอกของต่อมหมวกไต ชนิดที่เรียกว่า ฟิโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) ซึ่งจะทำให้มีอาการมินิรีระ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม น้ำหนักลดร่วมด้วยเบาหวาน เป็นต้น
6. ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (atherosclerosis) จะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว พบในคนสูงอายุ ยังไม่มียาที่ใช้รักษาได้ผลดี การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยตรงอาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หากจำเป็นอาจลองให้ยาขับปัสสาวะ และยากล่อมประสาท
7. สาเหตุอื่นๆ เช่น เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ ตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น

2.3 White coat hypertension

เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ความดันโลหิตจะสูงเมื่อเข้าหน้าที่ที่มสุขภาพวัดความดันโลหิตให้ เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของประสาทเวกัสทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นชั่วคราว การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันแยกโรคออกจากความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและบำบัดความดันโลหิตสูงชนิดนี้ เพราะการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและให้การบำบัดอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ในขณะที่วินิจฉัยว่าไม่ใช่ความดันโลหิตสูงก็อาจจะทำให้การบำบัดล่าช้าและเกิดอันตรายตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549 :213-214)

2.4 ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก และความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันได

แอสโตลิก (Isolated systolic hypertension: ISH/ isolated diastolic diastolic: IDH) ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันไดแอสโตลิกยังคงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น หรือเกิดจากเทอโรสเคลอโรซิสของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อยลง ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากทั้งสองสาเหตุ การเกิดและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิกมักเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 213-214)

2.5 ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่

มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอทตลอดเวลาและมักมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายด้วยเกิดเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินหากความดันยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 213-214)

อาการของความดันโลหิตสูง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545: 134-138; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549: 224)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอาการน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการอะไรแสดงให้เห็น ส่วนน้อย อาจมีอาการปวดศีรษะท้ายทอยถึงต้นคอ วิงเวียน มักจะเป็นเวลาที่ตื่นนอนใหม่ๆ พอตอนสายจะทุเลาหายไปเอง บางคนมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไมเกรนก็ได้ ส่วนในรายที่เป็นมานานๆ หรือความดันโลหิตสูงมากๆ หรืออยู่ในขั้นรุนแรง จะมีอาการดังนี้

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูง พบได้ไม่บ่อยนัก โดยทั่วไปมักจะพบปวดบริเวณท้ายทอย และมักเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้และตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมากในภาวะวิกฤต และเกิดขึ้นทันทีทันใด

2. อาการปวดศีรษะซีกเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะซีกเดียวมักพบเป็นความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าคนปกติ

3. เลือดกำเดาออกเป็นอาการที่พบไม่บ่อยนักในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีเลือดกำเดาออกส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุจากโรคในโพรงจมูก ก็มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ เมื่อปล่อยทิ้งไว้นานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาก็อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น

การตรวจพบส่วนใหญ่จะพบความดันโลหิตช่วงบนสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือช่วงล่างสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงทั้งช่วงบนหรือช่วงล่าง นอกนั้นมักไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ยกเว้นในบางรายที่มีความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุอาจพบอาการของโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น

พบน้ำตาลในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกรณีที่หาพบไม่ได้หรือเด่นอ่อนๆ ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว ใช้เครื่องฟังได้ยินเสียงฟู่ (bruit) ที่หน้าท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือซ้าย ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดไตตีบตัน ได้ยินเสียงฟู่ (murmur) ตรงลิ้นหัวใจเอออร์ติก ในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติคร้าว เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดจะตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่

1. หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายซึ่งจะมีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก ถ้ารุนแรงถึงกลับเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในรายที่เส้นเลือดในสมองส่วนสำคัญแตก ก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรัง บางคนกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชักหรือหมดสติได้บ่อย
3. อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดเสื่อม ไปเลี้ยงไตไม่พอ ไตที่วายจะยิ่งทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย การตรวจปัสสาวะพบไข่ขาวตั้งแต่ 2 + ขึ้นไป การเจาะเลือดตรวจการทำงานของไต โดยดูการคั่งของเสีย (เช่น BUN, Creatinine) จะช่วยวินิจฉัยโรคไตได้
4. จอประสาทตาจะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา(เรตินา)ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือส่องตา (ophthalmoscope) ตรวจดูความผิดปกติภายในลูกตา ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใด ขึ้นกับความรุนแรงของระยะโรค ถ้าความดันโลหิตมีระดับสูงมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากสามารถลดความดันโลหิตลงในระดับที่เหมาะสม อาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545:139) ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้นตอนของความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (สมชาติ โลจาละ และอรพรรณ สุวจิตตานนท์, 2536)

Grade1 มีการเปลี่ยนแปลงของเรตินาน้อย โดยมีหลอดเลือดตีบลงเพียงเล็กน้อยหรือมี Sclerosis

Grade2 มี Sclerosis มากขึ้น มี Arterial reflex กว้างขึ้น หลอดเลือดดำตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงไหลผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือเป็นเฉพาะบางแห่ง กลุ่มนี้จะมีความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มแรก และมีการพยากรณ์โรครุนแรงมากกว่า

Grade3 มีการบวมของจอประสาทตา เกิด Cotton-wool Exudate และหย่อมเลือดออก หลอดเลือดในม่านตาจะหดตัวเกร็ง พวกนี้มักจะมียกระดับความดันโลหิตสูงมากและเป็นอยู่นาน

Grade4 มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับใน Grade 3 แต่มี Papilledema ร่วมด้วย

แนวทางการป้องกันและการควบคุมการเกิดความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

จากคำแนะนำของกรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 7-8) พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Life style Modification) สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมความดันโลหิตลงได้ มีแนวทางดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร

1.1 การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมในอาหารเป็นการลดการกั่งของเกลือในร่างกาย โดยการจำกัดเกลือโดยพอประมาณ ปริมาณการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานใน 1 วัน ในระดับที่เหมาะสมต่อสุขภาพและไม่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงคือ จึงไม่ควรเกิน 4 ช้อนชา (แยกเป็น เกลือ 0.1 ช้อนชา น้ำปลา 2.6 ช้อนชา และซอส 1.6 ช้อนชา) ซึ่งจะได้รับปริมาณโซเดียมต่ำกว่ามาตรฐาน WHO ถึง 0.5 เท่า เฉลี่ย 1,209.07 มิลลิกรัม (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 182)

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่ม และอื่นๆ รวมทั้งหมดปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมาก คือ 3-7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่โซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ คือ “เกลือ” ดังนั้นถ้าคำนวณจากปริมาณโซเดียมที่ได้รับให้เป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ ก็เท่ากับว่าคนปกติได้รับ “เกลือ” วันละประมาณ 7.5 - 17.5 กรัม โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนน้อยจากสารประกอบอื่นที่มีโซ โซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ซึ่งแม้มิได้มีรสเค็ม นอกจากนี้ยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย (อนุชา นิลอยู่, 2542: 22)

อาหารที่มีปริมาณโซเดียมมาก เกลือและอาหารที่มีเกลือมาก ได้แก่

- อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุง เช่น ซอสชนิดต่างๆ ทั้งที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา น้ำซีอิ้ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือซอสที่มีหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำบ๊วย น้ำพริก ขนมหขี้เหวที่มีรสเค็ม ขนมหหน้ากะทิที่ใส่เกลือ อาหารประเภทยำต่างๆ
- อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารตากแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหวาน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง เนื้อหรือหมูสวรรค์ ข้าวเกรียบ ฯลฯ
- อาหารหมักและดอง เช่น แหนม ส้มผัก กะปิ เต้าฮู้ย หน่อเลียง ปลาร้า ไตปลา หัวไชโป๊เค็ม หน่อไม้ดองเปรี้ยว ผักกาดดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า
- ผลไม้แช่อิ่มต่างๆ เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง ฯลฯ ซึ่งจะต้องแช่เกลือก่อนแช่น้ำตาล
- อาหารสำเร็จรูปที่เป็นผง เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม บรจุซอง ชุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จ บะหมี่สำเร็จรูป
- สารเคมีในการปรุงรส สำหรับอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียม นั้น มีใช้แต่เฉพาะเกลือแกงที่เห็นชัด แต่ยังมีในอาหารอื่นๆ ได้แก่ ผงชูรส (monosodium glutamate) ผงฟูทำเค้ก หรือคุกกี้ (sodium benzoate)
- อาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม นมมะเขือเทศ อาหารทะเล (ควรแช่น้ำก่อน) และผักบางชนิด (ผักลีนไช ผักโคม กระน้ำ หัวผักกาด)
- ยา ยาบางชนิดจะมีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย เช่น ยาที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต (ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ท้องร่วง ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาอมบ้านปาก)

1.2 อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูงๆ

- อาหารที่มีน้ำตาลไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูงๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ไม่อ้วน และพบว่า คนอ้วนยังทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น จากการศึกษาของฟรามมิงแฮม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วนจะเกิดโรคหัวใจและตายก่อนเวลาได้มากกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วนถึงสองเท่า (Kocher & Daniels, 1978: 100 อ้างใน ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์จะทำให้ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งขรุขระ และตีบได้ง่าย อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่
 - เนื้อสัตว์ติดมันหรือติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ด หรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง หนังไก่ทอด และอาหารทอด หรือผัดที่มีน้ำมันมากๆ เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว ข้าวเกรียบ

- อาหารที่มีโคเรสเตอรอลมาก เช่น ไข่เจียว (ไข่แดงที่มีโคเรสเตอรอลมาก) สมอ ด้ง ไต เครื่องในสัตว์ เนยเหลว กุ้ง ปู หัวใจ หอยนางรม เนื้อวัวติดมัน ไข่ปลา ไข่แดง ไข่นกกระทา น้ำมันหมู น้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด
- อาหาร และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากๆ
- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์
- อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมที่ใส่กะทิ

อาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet) (Reader's Digest, 2550: 86-106; National Heart, Lung, and Blood institute, 2004)

การปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะด้วยการรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูงเป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างได้ผล และสามารถควบคุมน้ำหนักได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากสูตรอาหารนี้จำกัดปริมาณไขมันชนิดอิ่มตัว และไขมันทั้งหมด ซึ่งไขมันเหล่านี้ พบมากในเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์นม น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ซึ่งทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดอุดตัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า โพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ในผักและผลไม้ เช่น ผักผลไม้ที่มีสีเหลือง ส้มหรือแดง และผักใบสีเขียวเข้ม เช่น กะหล่ำปลี หน่อไม้ฝรั่ง หัวปรี กะเพรา โหระพา แครอท มะเขือเทศ มันฝรั่งซึ่งสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง

เทคนิคการเลือกรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง

1. ธัญพืช : วันละ 7-8 หน่วยบริโภค ธัญพืชหมายถึง ขนมปัง ข้าวอบกรอบ ข้าว คereal เลือกชนิดไม่ขัดขาว เช่นขนมปังธัญพืชชนิดหยาบ ข้าวซ้อมมือ แทนชนิดขัดขาว เนื่องจากมีวิตามินเกลือแร่ โยอาหาร และสารอาหารต่างๆ มากกว่าชนิดขัดขาว นอกจากนี้ธัญพืชชนิดไม่ขัดขาวยังทำให้รู้สึกอิ่มท้องมากกว่าและนานกว่า

2. ผลไม้และผัก : วันละ 8-10 หน่วยบริโภค ผลไม้และผักเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำและพลังงานต่ำ อุดมด้วยวิตามินหลายชนิด เกลือแร่ (เช่น โพแทสเซียม) โยอาหาร ที่ทำให้พืชมีสีสดใส เป็นสารที่สำคัญที่ด้านทานการเดิมออกซิเจนมีสรรพคุณป้องกันโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยมีเคล็ดลับในการเพิ่มผักและผลไม้ดังนี้

2.1 เมื่อไปซื้อตลาด ซื้อผักและผลไม้หลายๆชนิด มาเก็บไว้ในตู้เย็น วิธีนี้ช่วยให้คุณมีตัวเลือกในการคิดรายการอาหาร

2.2 เตรียมผลไม้สดหรือถั่วชนิดต่างๆไว้บนโต๊ะอาหาร หรือบริเวณที่ทำงานสำหรับเป็นอาหารว่าง

2.3 หั่นผักหรือผลไม้เป็นชิ้นเล็กๆ ใส่ซามไว้นในตู้เย็น

2.4 ฝึกคิดเมนูอาหารที่ทำจากผักและผลไม้

2.5 ใช้ผักสีสดใสมากทำสลัด เนื่องจากสีสวยน่ารับประทาน

2.6 ดื่มน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3. ผลิตภัณฑ์นมชนิดไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน : วันละ 2 หรือ 3 หน่วยบริโภค

3.1 ปรับเปลี่ยนนมที่มีรสชาติเข้มข้นที่ละน้อยด้วยวิธีผสมนมชนิดไขมันต่ำกับนมสด และค่อยๆ เปลี่ยนเป็นนมไขมันต่ำที่ละน้อย หรือนมถั่วเหลืองแทน

3.2 รับประทานโยเกิร์ตแช่แข็ง (ชนิดไม่มีไขมัน) แทนไอศกรีม หรือเลือกรับประทานไอศกรีมไขมันต่ำ

3.3 ลดการใช้เนยปรุงอาหาร หรือกระทะเคลือบพิเศษที่สามารถทำอาหารได้โดยไม่ใช้น้ำมัน

4. เนื้อสัตว์ ไก่ และปลา : ไม่เกินวันละ 2 หน่วยบริโภค

4.1 เลือกเนื้อสัตว์ชนิดไม่ติดมัน เช่น เนื้อหน้าอก (ไก่) หรือเนื้อสัตว์ (หมูหรือวัว) พยายามเลาะไขมันออกให้หมดก่อนนำไปปรุงอาหาร

4.2 ลอกหนังไก่ออกก่อนรับประทาน ช่วยลดปริมาณไขมันในอาหารได้ครึ่งหนึ่ง

4.3 นำแกงจืด ซุป ไปแช่เย็น ไขมันจะจับตัวแข็งอยู่บนผิวหน้า ทำให้ตักออกง่ายก่อนนำมารับประทาน

4.4 ควรรับประทานปลามากกว่าเนื้อไก่หรือเนื้อ เนื้อปลาส่วนมากมีกรดไขมันดีโอเมกา 3 ซึ่งเป็นไขมันดี ช่วยลดความดันโลหิตได้

4.5 วิธีการปรุงอาหารจากเนื้อปลาที่ดีต่อสุขภาพที่สุดคือการ ต้ม นึ่ง อบหรือย่าง ไม่ควรทอด

5. ไขมัน : จำกัดปริมาณ วันละ 2-3 หน่วยบริโภค

- ใช้น้ำมันให้น้อยที่สุด ขณะปรุงอาหารให้ลดน้ำมันเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยใช้
- ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวในการปรุงอาหารเช่น น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารแทนน้ำมันที่ทำจากสัตว์

6. การลดเกลือในอาหาร โดยในแต่ละวันคนเราต้องการเกลือโซเดียมไม่เกิน 200-500 มิลลิกรัม ส่วนปริมาณเกลือโซเดียมที่แนะนำให้บริโภคสำหรับคนไทยคือ 2,300 มิลลิกรัม ซึ่งเกลือป่น 1/4 ช้อนชาเท่ากับโซเดียม 500 ผู้ที่ไม่ใช้เกลือปรุงรสอาหารเลยก็ยังมีโอกาสได้รับเกลือมากเกินไปเนื่องจากเกลือในอาหารของเรานั้นมีเพียงร้อยละ 15 ที่มาจากปรุงรส เกลือส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มา

จากอาหารสำเร็จรูป เช่นอาหารกระป๋องชนิดต่างๆ อาหารแช่แข็ง มันฝรั่งทอดกรอบ ขนมเค้ก ลูกเกด น้ำอัดลม อีกร้อยละ 10 ได้มาจาก ผลไม้ ผัก และเนื้อสัตว์

- พยายามรับประทานอาหารสำเร็จรูปให้น้อยที่สุด อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง ผลไม้หรือผักสด มักมีเกลือต่ำโดยธรรมชาติ

- หากซื้ออาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากอย่างละเอียด เลือกชนิดที่ฉลากระบุว่า “ไม่มีเกลือ” หรือ “มีเกลือต่ำ” ไม่ควรใช้เกลือปรุงรสอาหาร หากจำเป็นต้องใช้ให้เติมในขั้นตอนสุดท้าย เพราะช่วยให้คุณใช้เกลือน้อยลง การปรุงอาหารเป็นเวลานานทำให้รสเค็มลดน้อยลง

- เสริมรสชาติอาหารด้วยเครื่องเทศ สมุนไพร มะนาว หรือน้ำส้มสายชูแทนการใช้เกลือ

- เมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน ให้กำชับพ่อครัวว่าไม่ต้องเติมเกลือในอาหาร

- วางแผนล่วงหน้า หากทราบว่าอาหารเย็นจะเป็นอาหารที่มีเกลือสูง ให้เลือกอาหาร “ไม่มีเกลือ” เป็นอาหารเช้าและอาหารกลางวัน

7. การเพิ่มแคลเซียมในร่างกาย

- การดื่มนมเป็นประจำทุกวันทำให้ร่างกายได้รับแคลเซียมเพิ่มขึ้น

- รับประทานปลาเล็กปลาน้อยเพิ่มมากขึ้น

8. การเพิ่มโพแทสเซียมในร่างกาย

เลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ผลไม้ ผัก เช่นกล้วย ทูเรียน ส้ม ลูกพรุน หัวปลี ผักชี ต้นกระเทียม ผักบุง เห็ดฟาง มะเขือพวง มะเขือเปราะ ใบแมงลัก โหระพา อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ

* หมายเหตุ หนึ่งหน่วยบริโภคหมายถึง "รับประทานครั้งละ" ซึ่งเป็นปริมาณที่ผู้ผลิตแนะนำหรือคะเนว่าเหมาะสมกับผู้บริโภคโดยทั่วไป สำหรับพืชผักผลไม้หนึ่งหน่วยบริโภคมีความหมายเท่ากับ

- ผลไม้ชิ้นขนาดกลาง

- น้ำผลไม้หรือน้ำผัก 100 % ขนาด 180 cc. หรือ 1 แก้ว

- ผักสุก ผักลวก ผลไม้ผ่านความร้อน ผลไม้กระป๋อง 1/2 ถ้วยตวง

- ผักสดกินใบ 1 ถ้วยตวง

- ถั่วเมล็ดปรุงสุก 1/2 ถ้วยตวง

- ผลไม้แห้ง 1/4 ถ้วยตวง

2. การควบคุมน้ำหนัก

การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม หมายถึง การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับโครงสร้างของร่างกาย ความสูงและอายุ ซึ่งพอเหมาะที่จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 3-4) มีวิธีการประเมินง่ายๆแต่ได้ผลดีได้แก่

- ดัชนีมวลกาย BMI [body mass index]
- วัดเส้นรอบเอว Waist circumference

ดัชนีมวลกาย BMI (body mass index)

สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{ดัชนีน้หนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยงสำหรับประเทศทางเอเชีย

น้ำหนักตัว	ดัชนีมวลกาย (MBI)	ระดับความอ้วน (Obesity Class)	ภาวะเสี่ยงต่อโรค	ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคต่อเส้นรอบเอว	
				ชาย<90 ซม. หญิง<80 ซม.	ชาย>90 ซม. หญิง>80 ซม.
น้ำหนักน้อย	<18.5		ต่ำ	-	-
น้ำหนักปกติ	18.5-22.9		เท่าคนปกติ	-	-
น้ำหนักเกิน	23-24.9		เพิ่ม	เพิ่ม	สูง
โรคอ้วน	25-29.9	1	เพิ่มมาก	สูง	สูงมาก
อ้วนมาก	> 30	2	อยู่ในช่วงอันตราย	สูงมาก	สูงมากๆ

ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547

การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) (Tan, et al., 2004: 1728-34)

หมายถึง การวัดเส้นรอบเอวเพื่อประเมินไขมันที่ท้อง (Abdominal Fat) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ Metabolism เช่น ระดับน้ำตาล ระดับอินซูลิน ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน และระบบหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับชาวเอเชียหากพบว่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก/ตารางเมตร² ไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย จะเกิดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ดังนั้นจึงกำหนดว่า

หากดัชนีมวลกายมากกว่า 23 จะถือว่าอ้วน นอกจากนั้นการวัดเส้นรอบเอวก็ไม่สามารถใช้มาตรฐานของต่างประเทศเนื่องจากโครงสร้างต่างกัน จึงมีการวิจัยพบว่าเส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับคนไทยเอเชียคือ 90 เซนติเมตรสำหรับผู้ชาย และ 80 เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง

เส้นรอบเอวสำหรับคนที่มีความเสี่ยงสูง คือ

ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 102 เซนติเมตร หรือ 40 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่าหรือเท่ากับ 88 เซนติเมตร หรือ 35 นิ้วขึ้นไป

เส้นรอบเอวของคนที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ

ผู้ชาย วัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิง วัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้วขึ้นไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินภาวะน้ำหนักเกิน โดยการวัดเส้นรอบเอว เพื่อความสะดวก สามารถ วัดได้ง่ายและมี ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนได้มากกว่าค่าดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัวจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำระดับความดันโลหิตสูง ในประชากร โดยทั่วไป พบว่าน้ำหนักตัวสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในกลุ่ม คนอายุ 20-30 ปี นั้นพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่า ของผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติและในกลุ่มอายุ 40 - 64 ปี คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติ 5 เท่า อีกประการหนึ่งคือ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วและเพิ่มมากก็ยิ่งมีโอกาเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น การลดน้ำหนักตัวในคนอ้วนมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูง เมื่อลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 6 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 22.7/15.3 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาลดน้ำหนักตัวเฉลี่ย 8.8 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 25.7/20 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาของ framingham โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold) ตรงบริเวณใต้สะบัก สรุปได้ว่าร้อยละ 78 ของชายที่เป็น ความดันโลหิตสูง และร้อยละ 64 ของผู้หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูง จัดได้ว่าเป็นคนอ้วน (Obesity) และในกลุ่มผู้หญิงอายุระหว่าง 20-49 ปี พบว่า อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจะมากขึ้นตามปริมาณของไขมันใต้ผิวหนัง จากการศึกษาของ แซค และคณะ (Sacks, et al., 2001: 3-10) ให้ผลการศึกษาเหมือนกับ วอลเมอร์ และคณะ (Vollmer, et al., 2001, 1019-28) พบว่าการควบคุมน้ำหนักโดยให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระหว่าง 18.5-24.9 kg/m² สามารถลดค่าความดันโลหิตลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนัก 10 กิโลกรัม

หลักการลดน้ำหนักที่ถูกต้องคือการใช้พลังงานให้มากขึ้น เช่น การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังมีหลักดังต่อไปนี้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542: 3-4)

1. อาหารที่บริโภคต่อวัน ควรมีพลังงาน(แคลอรี) ต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการ ทั้งนี้เพราะถ้าร่างกายได้รับพลังงานในการใช้แต่ละวันก็จะมีการดึงเอาไขมันที่สะสมไว้ออกมาใช้ โดยผู้ชายที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,500-2,000 แคลอรี ส่วนผู้หญิงที่ต้องการลดน้ำหนัก ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,200-1,600 แคลอรี การลดปริมาณแคลอรีในแต่ละวันมากเกินไป เช่น น้อยกว่า 1,000 แคลอรีต่อวัน จะทำให้ร่างกายทรุดโทรมเกินไป การลดพลังงานในอาหารลง 500- 1,000 แคลอรีต่อวันจะช่วยลดน้ำหนักได้อาทิตย์ละ 1/2 -1 กิโลกรัม

2. ควรบริโภคอาหารที่มีโปรตีนสูง ทั้งนี้ เพราะร่างกายต้องการนำไปใช้ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ถ้าขาดโปรตีนร่างกายจะดึงสารโปรตีนตามอวัยวะต่างๆมาใช้ ดังนั้น จึงควรบริโภคอาหารโปรตีนสูงประมาณ 1-1.5 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ นม ผลิตภัณฑ์นม ถั่วเมล็ดต่างๆ ข้อควรระวังในการบริโภคโปรตีนโดยเฉพาะที่ได้จากผลิตภัณฑ์สัตว์คือปริมาณไขมันที่ติดมาด้วย ดังนั้นจึงควรเลือกบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และบริโภคเนื้อปลาแทนเพราะไขมันต่ำและย่อยง่าย ไข่ควรเน้นไข่ขาว เพราะไข่แดงจะมีโคเลสเตอรอล สูง นมควรเป็นนมที่พร่องมันเนย และควรใช้การปรุงอาหารที่เน้นต้มหรือนึ่งแทนการทอดหรือผัด สำหรับโปรตีนที่ได้จากพืชนั้นจะดีในกรณีที่ไม่มีโคเลสเตอรอล

3. บริโภคสารอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากพอสมควรเพื่อที่จะไม่ทำให้ร่างกายนำเอาไขมัน มาเป็นสารที่ให้พลังงานทดแทนอย่างรวดเร็วเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะคีโตนกั่งได้ ปริมาณที่ควรบริโภคคือ ไม่น้อยกว่า 50 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

4. มีอาหารไขมันเป็นส่วนประกอบในอาหารพอสมควร ไม่ควรจำกัดอาหารไขมันทั้งหมดเพราะไขมันจะช่วยในการทำงานของร่างกายจากพืช เช่น น้ำมันพืชต่างๆ (น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว) เพราะกรดไขมันไม่อิ่มตัวนี้มีส่วนช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

5. การรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น โดยเลือกผักและผลไม้ที่มีแคลอรีต่ำ ซึ่งรับประทานได้มากโดยไม่จำกัดจำนวน เช่น ผักใบเขียวต่างๆ เช่น คะน้า ผักบุ้ง ผักกาด ดอกกระหล่ำ ส่วนผักที่แคลอรีพอสมควร รับประทานได้บ่อยครั้งคือ ถั่ว พักทอง มันฝรั่ง เผือก เป็นต้น สำหรับผลไม้ควรเป็นผลไม้ที่รสไม่หวานจัด

การปรุงอาหารเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน ที่ดีที่สุดคือผักและผลไม้สดที่ล้างสะอาดแล้ว และถ้าจะทำอาหารผักที่ต้มหรือนึ่ง จะดีกว่าผัดหรือทอดในแง่ของไขมัน ส่วนผลไม้เชื่อมหรือกวนไม่ควรรับประทานอย่างเด็ดขาด

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพและชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ (ฉัตรชัย ใหม่เขียว, 2544: ก-จ) และมีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายคล้ายคลึงกันดังนี้

อดุลย์ รัตนมันเกษม (2533: 145) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่อาศัยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในการสร้างปริมาณความร้อนขึ้น ในคนที่มีความดันโลหิตสูงนั้นการออกกำลังกายมีทั้งผลดีและผลเสีย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกการออกกำลังกายชนิดที่ให้ผลรายน้อยที่สุดมาปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายชนิดอยู่กับที่หรือเคลื่อนไหวที่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งนั้น แต่การออกกำลังกายที่พอเหมาะกลับเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด

สุวิมล สันติเวช (2545: 15) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างซ้ำๆ แล้วเกิดการใช้พลังงาน ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างมีรูปแบบที่ได้วางแผนไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างในสุวิมล สันติเวช, 2545: 14) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแล้ว ทำให้เกิดการเผาผลาญและใช้พลังงาน ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

จากความหมายของการออกกำลังกายดังกล่าว จะเห็นว่าการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมทางกายที่เกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ เพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน ทำให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย และมีภาวะสุขภาพดี

มีผลการวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าการออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิต ช่วบนหรือความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยแล้วประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งจะลดค่าความดันโลหิตช่วงล่างหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก และจากคำแนะนำของสถาบันร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 25-26) แนะนำว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะสามารถลดค่าความดันโลหิตลงได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

การออกกำลังกายโดยทั่วไปมีอยู่ 2 ชนิดคือ ชนิดเคลื่อนไหวที่และชนิดอยู่กับที่

1. การออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ (Dynamic) หรือไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) คือ การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหดตัว แล้วทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป แรงเครียดในกล้ามเนื้อกลับเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (ความตึงตัวคงที่) กล้ามเนื้อทั้งมัดทำงานมากขึ้นจึงต้องการออกซิเจนมากตามการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดในแต่ละนาทีเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ในขณะที่ความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยมีความดันโลหิตเฉลี่ยในขณะที่หัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจ

คล้ายตัวไม่เปลี่ยนแปลง ผลที่เกิดขึ้นภายหลังสุดที่สำคัญคือ ทำให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายได้มากขึ้นและนานขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ ท่ากายบริหาร การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน เป็นต้น การออกกำลังกายแบบนี้ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง

2. การออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ (Statics) หรือไอโซเมตริก (Isometric Exercise) คือ การออกกำลังกายที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่น การยกน้ำหนัก การเข็น การดึง การกด การแบกหาม การขุด หรือการใช้แรงมาๆกดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่งอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นนอกจากนี้ยังทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจคล้ายตัวและขณะหัวใจบีบตัว ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมไม่ได้จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมากอย่างเฉียบพลันถึงขีดอันตรายได้ จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งการออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ที่มีผลให้ทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคล้ายตัวสูงได้ทั้ง 2 อย่าง ความต้องการออกซิเจนเพิ่มน้อยมาก กล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้แข็งแรงขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ (Dynamic Exercise) เหมาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากกว่า แต่ต้องคำนึงถึงความหนักเบา และเวลาของการออกกำลังกายด้วย ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ ติดต่อกันนานพอสมควรประมาณ 20-30 นาที อย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยวิธีการเดิน การแกว่งแขน การรำมวยจีน ส่วนการออกกำลังกายแบบโยคะนั้น เนื่องจากมีส่วนผสมระหว่างชนิดเคลื่อนที่และชนิดอยู่กับที่พอ ๆ กัน อาจมีผลในทางไม่ดีต่อความดันโลหิตได้ จึงไม่แนะนำ (สุกัญญา วงษ์เพ็ง, 2542: 19)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้แรงต้านของหลอดเลือดลดลงเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทำให้ความเครียดต่างๆลดลง ดังนั้นการออกกำลังกายก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและบุคคลทั่วไปดังนี้

1. ทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดแรงต้านทานในหลอดเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ดีขึ้น
2. ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและการทำงานของหัวใจดีขึ้น
3. ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ทำให้ลดการอุดตันของหลอดเลือดลง มีผลให้แรงต้านของหลอดเลือดลดลง
4. ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และจอประสาทตาเสื่อม

5. ทำให้สุขภาพจิตดี สดชื่นแจ่มใส คลายเครียด
6. ทำให้หัวใจและปอดแข็งแรงขึ้น จึงทำให้มีความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย
7. ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและทนทาน ข้อต่อต่างๆ เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว
8. ทำให้การทรงตัวและรูปร่างดีขึ้น และสมส่วน มีความกระฉับกระเฉงคล่องแคล่วว่องไว ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารดีขึ้น ลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อและอาการท้องผูก
10. ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น
11. ทำให้สนุกสนานเพลิดเพลินและเปิดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4. การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด

ความเครียด คือ สภาพของจิตใจที่มีผลให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาทางร่างกาย เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกายเช่น สาร Adrenaline จะหลั่งเพิ่มขึ้นมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารบีบตัวเพื่อที่จะให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ซึ่งเหมือนเป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายในสถานการณ์ที่ต้องการต่อสู้ การเตรียมพร้อมของร่างกายนี้ถ้าอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการต่อสู้กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดจริงๆ เช่น การต่อสู้กับสัตว์ร้าย ก็จะเป็นการดี แต่ในสภาวะปกติปัจจุบันความเครียดที่เกิดขึ้นมักจะเกิดจากสถานการณ์ที่ผู้ที่เกิดความเครียดที่ไม่สามารถจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542: 85) ผลจากความเครียดก่อให้เกิดอาการที่แสดงออก เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง จากการที่กล้ามเนื้อตึงตัว (Tense) ความรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายไม่สบายอารมณ์ โกรธ ผิดหวัง รวมทั้งการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อคลายความเครียด เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานยานอนหลับเป็นต้น (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542: 85)

วิธีการแก้ไขและผ่อนคลายความเครียดมีได้หลายวิธี คือ

1. คิดทบทวนหาสาเหตุความเครียด แล้วหาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ได้โดยเร็ว หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้
2. การเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด (อินทิรา ปัทมินทร, 2542: 5-6) มีดังนี้
 - คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น อย่าเอาแต่เข้มงวด จับผิดหรือตัดสินถูกผิดตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาให้รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา

- ลดทริมาณะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง ไม่อิจฉาริษยา ไม่ผูกพยาบาทหวังทำร้ายผู้อื่น

- มีอารมณ์ขัน รู้จักหัวเราะบ้าง มีเวลาสนุกสนานหยอกเข้ากันบ้าง

- คิดอย่างมีเหตุผล อย่าเชื่ออะไรง่ายๆ แล้วเก็บเอามาคิดวิตกกังวล ให้ใช้เหตุผลตรวจสอบข้อเท็จจริงไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน

- คิดหลายๆแง่มุม ลองคิดหลายๆด้านทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าคนหรือเหตุการณ์อะไรย่อมมีทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีประกอบกันทั้งนั้น อย่ามองแต่ด้านไม่ดีเพียงอย่างเดียว และควรหัดคิดในมุมของคนอื่นบ้าง

- คิดแต่เรื่องดีๆ เช่น คิดถึงความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความสำเร็จของคู่สมรส เป็นต้น

- คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง เปิดใจให้กว้างรับรู้ความเป็นไปของคนใกล้ชิดและใส่ใจที่จะช่วยเหลือ ฝึกใจให้มีความเมตตาสงสารผู้อื่น ลดความเห็นแก่ตัว

- มีความคิดเท่าทันตามสภาพความเป็นจริงของชีวิตที่ต้องประสบกับโลกธรรม 8 อย่าง คือ ลาภ ยศ สรรเสริญ สุข และเสื่อมลาภ เสื่อมยศ นินทา ทυχฺ ถ้าเมื่อไรเกิดความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ทำให้เราต้องประสบกับสิ่งที่ไม่ต้องการและแก้ไขได้ จึงควรรู้จักทำให้ปล่อยวางไม่ยึดมั่นถือมั่น

3. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับได้สนิทการนอนหลับจะเกิดขึ้นได้ เมื่อกล้ามเนื้อเกิดการเหนื่อยล้าจึงต้องพัก ในขณะที่หลับหัวใจจะเต้นช้าลง 10 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจช้าลง 4 ครั้งต่อนาที และขบวนการไฟฟ้าของเปลือกสมองลดลง จะเห็นได้ว่าการนอนหลับมีผลทำให้ร่างกายทุกส่วนและจิตใจได้หยุดพักการทำงาน จึงช่วยลดความเครียดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. การรู้จักใช้เวลาอย่างฉลาด ควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมง ออกเป็น 3 ส่วน 8 ชั่วโมงแรก หมายถึงการทำงาน แปดชั่วโมงที่สอง หมายถึงการนอนหลับ และแปดชั่วโมงที่สาม หมายถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การหาความเพลิดเพลินโดยไม่หมกมุ่นหรือรับเร่งกับการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป

5. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิค เวลานานมากกว่า 10 นาทีขึ้นไป ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเอนโดฟิน (Endorphine) ซึ่งเป็นสารสุขช่วยให้จิตใจสดชื่นมีความสุข ทำให้คลายเครียด ร่างกายกระปรี้กระเป่าหายปวดเมื่อย ตัวเบาสบาย

6. การพักผ่อนหย่อนใจด้วยการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ การดูหนัง ฟังเพลง การอ่านหนังสือ รวมทั้งงานอดิเรกที่ชอบเมื่อปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินเป็นการรักษาความสมดุลทางอารมณ์ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้มาก

7. การปรับปรุงบ้านหรือสถานที่ทำงานให้มีบรรยากาศดี เช่น สะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีเสียงอึกทึก อากาศไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป

8. การฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การนวดตนเองคลายเครียด เป็นต้น ควรฝึกทำวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที จากการศึกษาพบว่า การนั่งสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายสามารถลดความเครียดและความดันโลหิตลงได้ (สุนันทา กระจำเณ, 2540: ก) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีพฤติกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้เช่นเดียวกัน (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2544: 24)

5. การสูบบุหรี่

แม้ว่าการสูบบุหรี่ จะไม่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงโดยตรงก็ตาม แต่สารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคลามีนซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิตได้ (Puddy, 1985: 493 อ้างใน เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 37) ฉะนั้นจึงควรเลิกสูบบุหรี่

วิธีการเลิกบุหรี่มีหลายวิธีการดังนี้ (Reader's Digest, 2550: 172)

1. หักดิบ (Cold Turkey) หมายถึงการหยุดบุหรี่แบบทันทีทันใดและไม่ต้องสูบบุหรี่เลย วิธีนี้เป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จสูงที่สุดสำหรับคนส่วนใหญ่

2. ลดลงทีละน้อย (Cutting Down) วิธีการนี้เป็นการลดสารนิโคตินในร่างกายด้วยวิธีลดจำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง คนส่วนมากเมื่อลดการสูบบุหรี่เหลือวันละ 5-10 มวน มักจะสามารถเลิกบุหรี่แบบหักดิบได้ทันที แม้จะมีคนใช้วิธีนี้ได้ผล แต่มีการศึกษาพบว่าคนส่วนใหญ่มักล้มเลิกความตั้งใจกลางคัน

3. ชะลอเวลา (Delay) หมายถึงการเลื่อนเวลาสูบบุหรี่มวนแรกของวันออกไปจากเวลาเดิม 1 หรือ 2 ชั่วโมง โดยเลื่อนเวลาออกไปทีละน้อยทุกวัน จนกระทั่งไม่ต้องสูบบุหรี่เลยในวันนั้น วิธีนี้ได้ผลกับบางคนเท่านั้น ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าหากต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้ผล ไม่ควรใช้เวลานานเกิน 2 สัปดาห์

6. การดื่มสุรา

Ethyl alcohol (Ethanol) เป็นสารที่มีฤทธิ์กดประสาทโดยจะมีผลต่อการควบคุมการทำงานของสมอง ถ้าได้รับเข้าไปในปริมาณที่มากพอสมควรจะมีผลต่อการพูด การเคลื่อนไหว และระดับความรู้สึกตัวลดลง จากการศึกษาพบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมคือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน ไม่พบว่าเกิดอันตรายต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแต่อย่างใด (ปิยนุช

รักษัพานิษฐ์, 2542: 17:18) ดังนั้นแนวทางในการแนะนำผู้ป่วย คือ ควรดื่มแอลกอฮอล์ให้ลดลงเหลือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน และหากหยุดก็จะเห็นผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2542: 37 และจากคำแนะนำของสถาบันแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 7-8) ได้เสนอการควบคุมความดันโลหิตในเพศชายควรดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน และในเพศหญิงควรดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เกิน 15 มิลลิลิตรต่อวัน

แนวทางปฏิบัติเมื่อต้องการลดปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (ปิยนุช รักษัพานิษฐ์, 2542: 20-21)

1. พยายามหาเหตุผลหรือสถานการณ์ที่ต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในอดีต เช่น อยู่ในสถานการณ์ที่เสียใจ หวาดกลัว เหนงา ปฏิเสธเพื่อนที่ชวนดื่มไม่ได้ เป็นต้น และเมื่อหาสาเหตุได้แล้วซึ่งคงไม่มีเหตุผลใดเหมาะสมที่จะต้องใช้แอลกอฮอล์เป็นวิธีแก้ปัญหา ให้พยายามพิจารณาถึงสถานการณ์ดังกล่าว รวมทั้งพิจารณาหาวิธีแก้ไขในกรณีที่จะต้องเผชิญสถานการณ์เหล่านั้นอีก โดยไม่ต้องใช้แอลกอฮอล์เป็นตัวช่วย
2. พิจารณาถึงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ดื่มเร็วหรือไม่ ยังอยู่ในกลุ่มเพื่อนจะยังดื่มเร็วและปริมาณมาก เป็นต้น และนำพฤติกรรมเหล่านั้นมาแก้ไขเพื่อลดปริมาณการดื่มลง เช่น พยายามดื่มให้ช้าลง รับประทานอาหารให้มากขึ้น
3. กำหนดปริมาณที่จะดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งไม่ควรเกิน 2 ออนซ์ต่อวัน (เท่ากับเบียร์ 720 มิลลิลิตร) ไวน์ 240 มิลลิลิตร หรือวิสกี (100-proof เท่ากับ 60 มิลลิลิตร) และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และควรกำหนดให้ลดปริมาณการดื่มลงไปเรื่อยๆ
4. เตือนตนเองว่าแอลกอฮอล์เปรียบเสมือนยาชนิดหนึ่ง ไม่ควรจะดื่มอย่างรวดเร็ว
5. เตือนตนเองอยู่เสมอถึงผลเสียของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคม

ครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทในการที่จะช่วยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ให้เลิกดื่มได้ โดยเฉพาะถ้าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเป็นไปอย่างดี การให้ความสนใจให้เวลา และให้กำลังใจกับผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ การต่อสู้ โกรธเคือง และเมินเฉยมีแต่จะทำให้ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์แย่ลงไปอีก ครอบครัวควรมองเห็นความสำคัญในการจะร่วมแก้ปัญหาตั้งแต่แรก โดยไม่ละทิ้งหรือไม่ยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การพูดคุยกับผู้ติดแอลกอฮอล์โดยตรงตั้งแต่ระยะแรกที่สุดที่ผู้ติดแอลกอฮอล์เริ่มมีปัญหา อาจจะทำให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ ที่สำคัญต้องเข้าใจว่าผู้ที่ติดแอลกอฮอล์อย่างมากเป็นอาการของโรคชนิดหนึ่งที่ต้องร่วมกันแก้ไข

จากการศึกษาแนวทางการป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าว พบว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เป็นประจำ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันโรคและเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ คือเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เคยชินและปฏิบัติมานาน ดังนั้นการเข้าใจถึงทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจึงมีความสำคัญถึงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมจึงมีพฤติกรรมเช่นนั้น และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างไร และมีกลวิธีอย่างไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับงานวิจัย

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แบบดั้งเดิม (Roger, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1998: 95) มีจุดประสงค์เพื่อให้เข้าใจและเกิดความกลัว ต่อมาได้ปรับปรุงแก้ไข (Roger, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1998: 95) เป็นการสื่อสารโน้มน้าวใจ เน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการสื่อสารการกระตุ้นให้เกิดความกลัวเพื่อให้มีผลถึงความคิด ทักษะคิดแบบแผน พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ การจูงใจกระตุ้นอารมณ์ให้เกิดความกลัว สื่อที่ใช้ต้องมีความน่าเชื่อถือ ถึงจะสามารถที่จะลดภาวะความกลัวได้ ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Boer & Seydel, 1998: 95) Rogers ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response-Efficacy)

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการรู้ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้ได้รับผลร้ายแรงโดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่นมีอันตรายถึงชีวิต มีผลต่อภาวะสุขภาพเล็กน้อย เช่น ระบายท้องเล็กน้อย โดยทั่วไปแล้วข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่ต้องมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นชัดเจนขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบที่เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและไม่เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุขศึกษาสามารถงดสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้นและลดความผิดพลาดจากการขับขีฬานะ ลง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) เป็นการสื่อสารโดยการรับรู้ที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวเม็กซิโกได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่าการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อโรคเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือไม่ บางครั้งก็ไม่ได้ทำให้บุคคลยอมรับคำแนะนำเสมอไป ดังนั้นถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองต่อคำคุกคามเขาก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถึงแม้ว่าการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นจะเป็นผลเสียก็ตาม การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามว่า ตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้แบบตรวจสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับปรุงพฤติกรรมอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนักเนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้นั้นไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ดังตัวอย่างเช่น ภายหลังการสูบบุหรี่จัดได้รับการกระตุ้นในระดับสูงเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคงหลีกเลี่ยงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำการสังตรวจเอกซเรย์ปอด อาจเพิ่มให้บุคคลนั้นกลัวเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการตรวจเอกซเรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นมะเร็งปอดน้อยลง

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น (Mackay, 1992: 30) เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยง

มากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถจะปฏิบัติตามคำนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่าสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response-Efficacy) กระทำได้จากการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่าการที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้มีการทดสอบว่าตัวแปรนี้จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของ Maddux และ Rogers พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันการรักษาสุขภาพของบุคคล การเพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ในกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคและถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและจะลดความสามารถในการปฏิบัติลง และลดการยอมรับและความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีรายละเอียดที่กระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีผลให้บุคคลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (Mackay, 1992: 25-32)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกันกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ.1983 Maddux และ Rogers (Mackay, 1992: 25) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy Expectancy) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของ Bandura (Bandura, 1997: 151-152) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวัง

ในความสามารถตนเองที่จะเลือกทางเลือก ซึ่งกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้จากการสอนด้วยคำพูด ความสามารถตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง โดยสรุปการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเนื้อหาของข่าวสารควรมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ (Mackay, 1992: 32-33) ซึ่งต่างจากตัวแปรอื่นที่มีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ และไม่คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคของกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตน และกลุ่มที่มีความเชื่อในอำนาจนอกตน พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่น และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกัน (Wallston, 1978: 107-117 อ้างอิงใน Mackay, 1992:33) ดังนั้นผู้ที่เชื่อว่าอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถตนเอง Rogers และ Madduk ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูง หรือกระทำได้ยากหากมีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่าความคาดหวังในความสามารถตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund (1981 อ้างอิงใน Mackay, 1992: 34-35) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่ความเชื่ออำนาจในตนเองทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่ความเชื่ออำนาจในตนเองทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ความคาดหวังในความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจึงมิได้ขึ้นกับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลนั้นต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลเห็นว่ามิประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง และมีผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีน้อย ความตั้งใจในการปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้สูบบุหรี่ตั้งใจที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และกรณีที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ แต่ผลดีของการปฏิบัติตามสูง เช่น การบอกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่าสามารถรักษาได้โดยที่เขาอาจไม่คิดเชื่อกามโรคอีก ก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา (Mackay, 1992: 34-35)



แผนภูมิที่ 1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983)

ที่มา: Boer & Seydel, 1998: 97

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Roger, 1983) มีพื้นฐานบางส่วนมาจากการทำงานของ Lazarus (1966) และ Leventhal (1970) ได้กล่าวถึงการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมเมื่อเผชิญปัญหาเกี่ยวกับผลของการได้รับการคุกคามมีการประเมิน 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ทั้ง 2 แบบนี้มีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่

เหมาะสม การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล นำไปสู่พฤติกรรมด้านลบ เช่น การสูบบุหรี่และการขาดการปฏิบัติบางอย่าง เช่น ถ้าไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมคุณอาจพลาดโอกาสที่จะหาทางป้องกันตั้งแต่เริ่มต้นก็ได้

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเห็นข้อดีของการมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น เป็นการประหยัดเวลาถ้าไม่ไปตรวจมะเร็งเต้านม การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นเพียงทางอ้อมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับที่สูงขึ้น กระบวนการกระตุ้นต้องทำให้นักกลเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Roger, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1998 :98)

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังในความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นการปรับพฤติกรรมโดยให้เกิดความเชื่อในการมีพฤติกรรมเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการคุกคามของโรค (Response Efficacy) และให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการที่จะปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Self-Efficacy) โดยความคุ้มค่าของการตอบสนองเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นตัวจำกัดพฤติกรรม (Roger, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1998: 98)

โดยมีรายละเอียดของตัวแปรดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการสื่อสารที่ปลุกเร้าให้เกิดความกลัว คาดหวังในความร้ายแรงของโรคโดยเชื่อว่าถ้าบุคคลไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะได้รับผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้าทำให้ได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงหรือมีผลต่ออวัยวะบางส่วนในร่างกาย ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย คำถามที่ใช้ เช่น ฉันคิดว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงกว่าโรคอื่นๆ ที่ฉันเคยรู้จัก (Boer & Seydel, 1998: 106)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Vulnerability) เป็นการสื่อสารที่ปลุกเร้าให้คนเกิดความกลัว คาดว่าอาจมีโอกาสสัมผัสกับโรค โดยการขู่ให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ฉันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเมื่อเทียบกับคนอื่นที่เป็น (Boer & Seydel, 1998: 106)

3. การรับรู้ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ (Response-Efficacy) เป็นความคาดหวังเฉพาะบุคคลว่า เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะสามารถลดภาวะคุกคามได้ (Boer & Seydel, 1998: 98) การให้ข้อมูลที่แสดงให้นักกลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูง จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ต่ำ เช่น การไปตรวจมะเร็งเต้านมทำให้มั่นใจใน

สุขภาพของตนเองและเป็นการป้องกันสิ่งผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้(Boer & Seydel, 1998: 107) ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงควรมีความเฉพาะเจาะจงและเห็นความชัดเจนในผลที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำช่วยให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำให้ประสบผลสำเร็จ พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977, 1986 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1998: 98) ซึ่งแบนดورا (Bandura) ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เบนดورا (Bandura) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีลักษณะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำได้ ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ จะกลับพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลที่พึงพอใจ จะทำให้สังเกตแสดงพฤติกรรมที่สำเร็จได้ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะกระทำได้นั้น ได้แก่การแก้ปัญหของบุคคลที่คล้ายคลึงกับตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งทำให้สามารถลดความกลัวลงได้ (Kazdin, 1974 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539: 59)

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป เบนดورا (Bandura) กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนัก การที่ทำให้บุคคลสามารถพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1987) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามขั้นตอน พร้อมทั้งใช้คำพูดจูงใจร่วมกันย่อมทำให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจวิตกกังวลและความเครียดของคนนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้น การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง

กล่าวโดยสรุป สิ่งสำคัญของทฤษฎีแรงใจในการป้องกันโรค คือ การเน้นที่การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว บนพื้นฐานของการรับรู้ความรุนแรงและความเป็นได้ของการเกิดเหตุการณ์นั้นและการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาบนพื้นฐานของการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยมีเชื่อว่าแรงใจในการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดต่อเมื่อ บุคคลเห็นว่าภาวะคุกคามต่อสุขภาพอยู่ในขั้นรุนแรง รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคุกคามนั้น มีความเชื่อว่าการปรับตัวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามนั้น หรือทำให้ความเสี่ยงและอันตรายจากโรคนั้นหมดไป และมีความเชื่อมั่นหรือคาดหวังในความสามารถตนเองว่าจะสามารถกระทำการตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งการเชื่อมโยงการรับรู้ทั้ง 4 ด้านจะสามารถนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิต และสุขภาพกาย ต่อมา ก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนไข้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิต การให้คนไข้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมาย คำจำกัดความไว้ดังนี้

แคพแลน (Caplan 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮ้า (House, 1981 อ้างใน Israel, 1985: 65) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เพื่อประเมินตนเอง

ประทีน อิมสุขศรี (2542: 46) ได้ให้ความหมายว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ซึ่งจะให้หรือได้รับความช่วยเหลือเกื้อกันในด้านของจิตใจ อารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือทาง ด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดี

กชกร สมมั่ง (2542: 29) ได้ให้ความหมายว่า สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการในด้านการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โดยสรุปแล้ว อาจกล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ความรัก ความเอาใจใส่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ จากผู้ให้การสนับสนุนในสังคม รวมทั้งการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม และด้านร่างกาย จะส่งผลถึงบุคคลได้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะเป็นทำให้มีภาวะสุขภาพดี ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานที่เพียงพอจึงทำให้มีสุขภาพจิตดี ตลอดจนส่งเสริมให้บุคคลมองโลกในแง่ดี และกระทำในสิ่งที่ดี นอกจากนี้การให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอยังทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้

หลักสำคัญของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จะประกอบไปด้วย องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุน
 2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามี ความสนใจ เอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อคนอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกตัวตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ ผู้รับ เชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคม
 3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ
 4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุหรือจุดมุ่งหมายที่ต้องการ
- คาร์น(Kahn 1979: 85 อ้างใน เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 56) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น

3 ประเภท คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด(Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวก
 2. บุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่งซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับหรือเคารพ
 3. การยืนยันและรองรับพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคล
 4. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจเป็นวัตถุ เงิน ข้อมูลข่าวสาร
- สำหรับพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เฮ้า(House, 1985: 66) ได้แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ
1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) ได้แก่ การให้ความพึงพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน
 2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออกมา (Affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
 3. การสนับสนุนโดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลข่าวสาร
 4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) ได้แก่ แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ทางพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มที่สังคมมีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็น

ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

กอทเลียบ(Gottlieb, 1986: 5-22) ได้แบ่ง ระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro Level) เป็นระดับที่พิจารณาถึง การเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยดูจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. ระดับกลาง(Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่มีการใกล้ชิด
3. ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

อนึ่งความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น Caplan (1974: 7) ได้ศึกษาผลต่อความเครียดกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจในกลุ่มคนทำงานที่ต้องทำงาน และพบกับความเครียดมาก พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง นอกจากนี้ Backland และ Lundwall (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2535: 585) ยังพบว่า สาเหตุสำคัญที่คนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับ Berkman และ Syme (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2535: 586) ที่ได้ศึกษาสภาวะทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เมือง ออลามด์้า รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลา 9 ปี ติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่าคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม คือคนที่ไร้ญาติขาดมิตรจะป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ป่วยกว่าคนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราตายสูงกว่าคนที่มีความสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มิบุคคลในครอบครัวคอยให้การสนับสนุน และควบคุมพฤติกรรมโดยผู้ที่มีการสนับสนุนมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จากการศึกษาทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และจากอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค การควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่าแรง

สนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถเป็นตัวกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือญาติของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็น สามี ภรรยา หรือ บุตรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปโดยมุ่งเน้นให้มีการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ ตักเตือน กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้าน ตามทฤษฎีของ House ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น การให้คำชมเชย การให้กำลังใจ การแสดงการยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับในความถูกต้อง การให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออกมา ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำปรึกษาและการให้หรือแจ้งข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสถานที่ เวลา เงิน เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เดือนใจ หมวกแก้ว (2540 : 158-168) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 12 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่า ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิทร สาธุเสน (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง อ.เมืองตาก จ.ตากโดยประยุกต์แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 80 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 80 คน โดยกลุ่มทดลองจะถูกแบ่งเป็น 16 กลุ่มตามเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และคัดเลือกตัวแทนเครือข่ายสังคมโดยใช้เทคนิคสังคมมิติ เข้าประชุมแบบมีส่วนร่วมเป็นเวลา 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายทางสังคมสามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เสาวนีย์ สีสองสม (2544) ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยศึกษาชุมชนหมู่บ้านกิ้วพรวัว ตำบลจันทวีใต้ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมจากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญในหมู่บ้าน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 7 เดือน ตั้งแต่กุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2541 ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านกิ้วพรวัวนั้น ไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผล แต่พบในระดับของการมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น

จิรพร เกตุปริชาสวัสดิ์ และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 3 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 แห่ง และกลุ่มทดลอง 2 แห่ง โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รู้จักป้องกันและควบคุมตนเองมิให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนโดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรม ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตลอดโครงการ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่วัดพบความดันโลหิตสูงในวันเริ่มการทดลองกลับเปลี่ยนเป็นความดันปกติ ร้อยละ 6.7 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิชา จันทรสุริยากุล (2536) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ โดยประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม(Orem) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก การมีส่วนร่วมของชุมชน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้กระบวนการกลุ่มตลอดจนวิธีการและสื่อสุขภาพมาจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีระดับความดันโลหิตปกติและกำลังในอำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 64 คนในหมู่บ้านทดลองและ 63 คนในหมู่บ้านเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

และการรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

อารีรัตน์ ตโนภาส (2539: ก) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ และอสม. และเจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ 60-75 ปี ที่มีความดันโลหิตแบบก้ำกึ่ง หรือมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 80 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ผลการวิจัยพบว่าสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังผลของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนุชา นิลอยู่ (2542) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 40 คนและ กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ขนิษฐา ทองหยอด (2543: 78-84) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คน จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการฉายสไลด์พร้อมคำบรรยาย การเสนอตัวแบบ การสาธิต การฝึกทักษะ การกำหนดกิจกรรมจากภูมิปัญญาภายในกลุ่ม การส่งเสริมความภาคภูมิใจ

ภายในกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนภายในกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

วิลลิส กาฟนีและยาร์เนล (Willis, Gaffney, & Yarnell, 2000: 308) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะและความตระหนักต่อภาวะความดันโลหิตสูงในประชาชนชาวไอร์แลนด์เหนือ พบว่า ประชาชนทั่วไปเคยตรวจวัดความดันโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ 5 ปีที่แล้วถึงร้อยละ 92 ส่วนใหญ่ทราบว่าภาวะความดันโลหิตสูงมีผลเสียต่อสุขภาพ มีความตระหนักต่อการตรวจวัดความดันโลหิตในระดับต่ำ และในผู้ที่ได้รับรายงานว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า มีน้อยกว่าครั้งที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรค โดยส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้การรับประทานยามากกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

แพทริเซีย และคณะ (Patricia, et al., 2006: 485-495) ได้ทำการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ตั้งเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างคือในเรื่องของการลดน้ำหนักอย่างน้อย 6.8 กิโลกรัม มีค่า BMI 25 mg/m^2 หรือมากกว่า ออกกำลังกายมากกว่า 180 นาที/สัปดาห์ รับประทานเกลือน้อยกว่า 100 mmol/day คีมีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 30 ml/day ในเพศชาย และน้อยกว่า 15 ml/day ในเพศหญิง ส่วนในกลุ่มที่ 2 เพิ่มกิจกรรมในเรื่องของอาหารหยุดความดันโลหิตสูง(DASH Diet) ส่วนในกลุ่มที่ 3 ใช้เพียงการให้คำแนะนำตามกิจกรรมดังกล่าวเพียงอย่างเดียว แล้ว หลังจากนั้นวัดผลการทดลองที่ 6 เดือน และ 18 เดือน พบว่ากิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมีผลต่อการลดน้ำหนัก การรับประทานเกลือและอาหารไขมันสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ทำกิจกรรมการรับประทานอาหารหยุดความดันโลหิตสูง (DASH Diet) พบว่า มีการเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระดับของความดันโลหิตพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรซ และคณะ (Garth, 2006: 34-46) ได้ทำการศึกษาการรับรู้กับปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชนชาวแอฟริกัน-อเมริกา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 265 คนและกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรอง

โรคเบาหวานจำนวน 225 คน ผลการศึกษาในส่วนของการประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 69 ไม่เชื่อว่าตนเองจะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการศึกษาล้วนให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และการคัดกรองโรค โดยมีการนำทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เช่น ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดเครือข่ายทางสังคม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความแตกต่างกันไป เช่น กลุ่มเสี่ยงด้านอายุ 40 ปี ขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษากลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเดียว ส่วนระยะเวลาในการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10-12 สัปดาห์ ภายหลังการศึกษา พบว่า สามารถทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค

บุปผา อาศรัยราช (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นหลักและหรือมีระดับโคเลสเตอรอลสูง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ผลการศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง และพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์เป็นแนวคิดในการวิจัย และใช้กระบวนการกลุ่ม สาธิตการฝึกทักษะ การใช้ตัวแบบ และจดหมายกระตุ้นเตือนในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของการตอบสนองต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

จิรวรรณ กมลชัย (2540: 112-125) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกลุ่มทดลองจำนวน 51 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การบรรยายประกอบพร้อมกับการชมวีดิทัศน์ การสนทนากลุ่มการฝึกทดลองปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรม และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงรัตน์ เหล่าสุริยวงศ์ (2540: 110) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรจับจีวรจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และวิธีการทางสุขศึกษาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการจักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการจักรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมกรจับจีวรจักรยานยนต์ และมีพฤติกรรมกรจับจีวรจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โกวิทย์ บุญมีพงษ์ (2541:125) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ของคนงานในสถานประกอบการ การผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์จังหวัดสมุทรสาคร โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา ความตั้งใจ และพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จกมล ตักดีตระกูล (2543:113) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบ

กระบวนการกลุ่ม การสาธิต-ฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว ใช้เวลาศึกษา 15 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์ (2544: 122-128) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน โดยการให้โปรแกรมสุขภาพประกอบด้วย การดูแลสุขภาพได้ประกอบคำบรรยาย การเสนอตัวแบบ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การตั้งเป้าหมาย การสาธิต การฝึกทักษะรายบุคคล และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของญาติ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองและมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ชัยลักษณ์ สุวรรณโณ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดราชบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครูประจำชั้นและเพื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองเป็นนักเรียนโรงเรียนวัดเขาวังจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนโรงเรียนอนุบาล ราชบุรี จำนวน 49 คน ใช้เวลาในการ ศึกษา 11 สัปดาห์ และติดตามผล 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักในด้าน การบริโภคอาหาร แป้งไขมันในร่างกายน้อยกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักในด้าน การออกกำลังกายดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงเปลี่ยนแปลงไปในทาง

ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แมคเกรย์ (Mackay, 1992: 39) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อความคาดหวังในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค โดยเป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตความเป็นไปได้ และการรับรู้ถึงความมั่นใจในตัวเอง การให้การอ้างอิงของตนเองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ และการป้องกันโรคด้วยถุงยางอนามัย ใช้วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความกลัว โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาชายจำนวน 87 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นชายรักร่วมเพศและชายรัก 2 เพศ จำนวน 77 คน โดยตั้งสมมติฐานไว้ว่าจะมีการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ ความรู้สึกมั่นใจในตนเองอันเนื่องมาจากการใช้ถุงยางอนามัย และเพิ่มความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย ผลการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศมีแนวโน้มที่จะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่า

โรนาร์ด และนิค (Ronald & Nick, 1995: 405) ได้ศึกษาเรื่องตัวทำนายความตั้งใจที่จะลดอาหารประเภทไขมันและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันโรคของชาวออสเตรเลีย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยการสำรวจความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนรายงานพฤติกรรมป้องกันตนเอง พบว่าการประเมินองค์ประกอบในการเผชิญปัญหาทั้งเรื่องความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมีความ สัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง แต่ตัวแปรเกี่ยวกับการประเมินภาวะคุกคามทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมัน การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคหัวใจมีส่วนกระตุ้นประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคได้

แมคคลินดอน และ สตีลเวน เพลนทิก ดันน์ (Mcclendon & Steven Prentice-Dunn, 2001: 321-328) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของการลดมะเร็งผิวหนังในเรื่องของการใช้ครีมกันแดดและการอาบแดด โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็น

ประชากรชาย-หญิง ที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 28 และ 30 คน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ในช่วงแรกใช้เวลาประมาณ 60-75 นาทีในการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเกี่ยวกับรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ผิวหนัง มีการให้ดูรูปภาพ และฟังตัวอย่างจากคนที่เคยเป็นมะเร็งมาก่อน ในช่วงที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที โดยให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับคนที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งผิวหนัง และการให้คำแนะนำโดยตรง หลังจากนั้นจึงมีการอภิปรายกลุ่มและติดตามผลไป 1 เดือน ผลการทดลองพบว่าร้อยละ 22 ในคนผิวขาวและร้อยละ 16 ในคนผิวดำ มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้ ครีมกันแดดและการอาบแดด ในการป้องกันมะเร็งที่ผิวหนัง

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ผ่าน มา พบว่าได้ผลดี ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันโรคแทรกซ้อนทั้งจากโรค ที่มีอันตรายร้ายแรง โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุจากการทำงาน อุบัติเหตุจากท้องถนน โรคติดเชื้อ จากกิจกรรมต่างๆ ที่ทบทวนจากงานวิจัย สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสิ่งต่างๆเหล่านั้นนั้นคือ อันตรายต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และเมื่อคนเรามีการรับรู้ ความสามารถสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองสูง จึงทำให้มีพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคในระดับที่สูงขึ้นไปด้วย ดังนั้นจากผลการวิจัยที่ศึกษามาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิด ในการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนครปฐม เนื่องจากพฤติกรรมในการ ป้องกันความดันโลหิตสูง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติ มานาน จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อในระดับที่สูงเพื่อให้มีผลถึง พฤติกรรมในการป้องกันโรค

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ดวงกมล จันทรนิมิตร (2538: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือ ทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดัน โลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในด้านการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม อาหารไขมันสูงและ คาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการ เปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนของญาติ และระดับความดันโลหิตลดลงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541: 88-98) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ในสตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลมงกุฎเกล้าฯ จำนวน 140 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 20

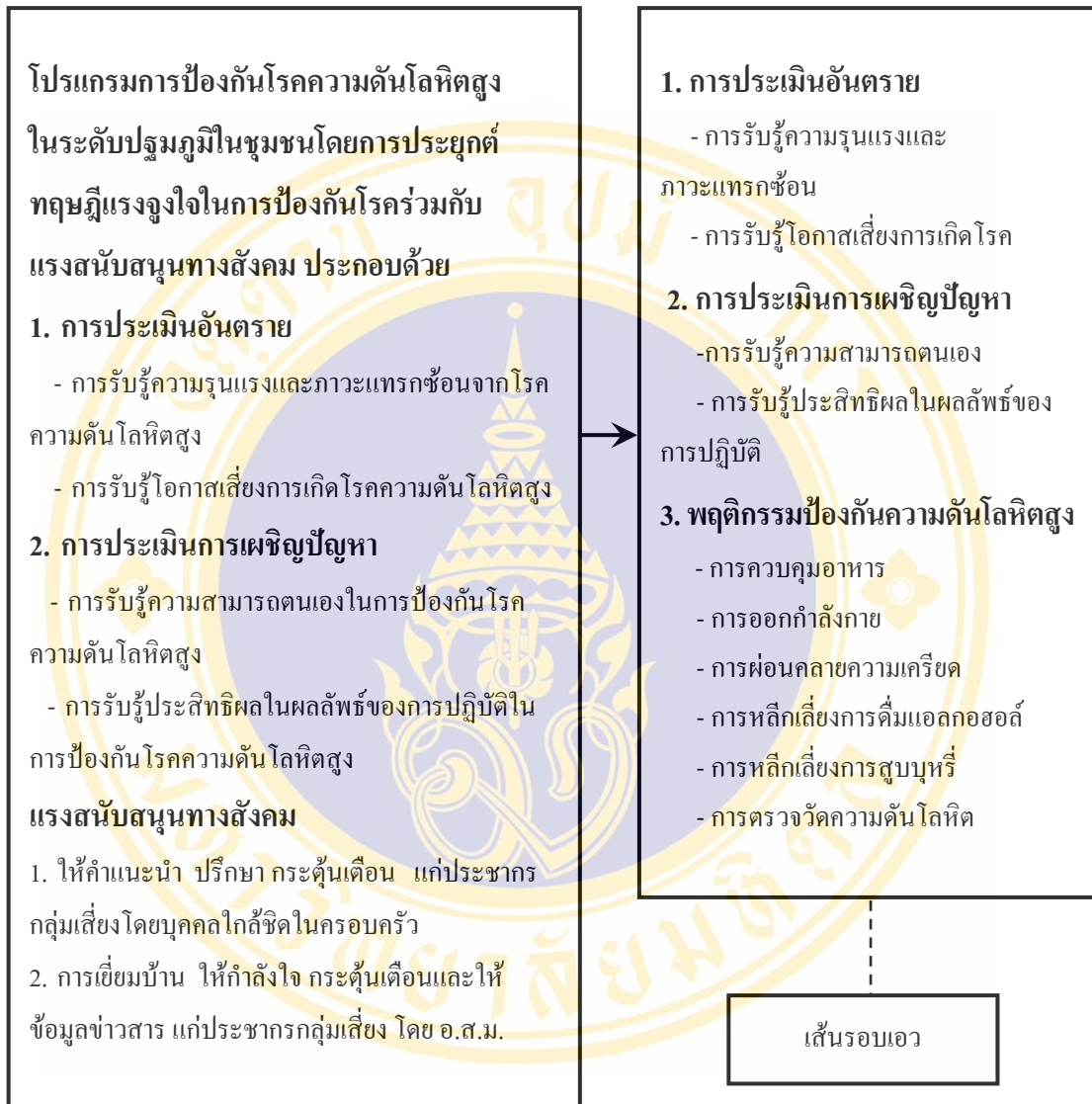
ธิดา กิจจาชาญชัยกุล (2542: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลขามทะเล เป็นการศึกษาถึงทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว จำนวน 64 คน ได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษาพร้อมกับญาติ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด การรับประธานการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ความคาดหวังในสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมีความสามารถตนเองสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตัวล่างให้ลดลงได้

แทนเนอร์ และเฟลดแมน (Tanner & Feldman, 1997) ได้ศึกษาในเรื่องของการนำ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในเรื่องการติดตามการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มที่ A ได้รับการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ B ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน โดยการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่ C ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกัน ร่วมกับการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน 1 อาทิตย์ก่อนนัดหมาย กลุ่มที่ D ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการส่งจดหมายและการโทรศัพท์ กระตุ้นเตือน 3-5 วันก่อนนัดหมาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีการเข้ารับการ

ตรวจติดตามการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่ม C และกลุ่ม D เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาสูงสุดคือ ร้อยละ 88 กลุ่ม B ร้อยละ 84 และกลุ่มควบคุมกลุ่ม A ร้อยละ 60

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพพบว่าจากหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งกับญาติ บุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ล้วนแล้วแต่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจได้รับการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือทั้งในด้านเวลา สิ่งของ การเงินและแรงงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในเรื่องของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ต่อประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับชุมชน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต(Lifestyle Modification) เป็นเรื่องยาก จำเป็นต้องมีการกระตุ้นเตือน ต่อพฤติกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญ เช่นสามี ภรรยา บุตร พ่อ แม่ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด นอกจากนี้การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอก เช่น บุคลากรทางการแพทย์เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องของการยอมรับ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลืออื่นๆ จะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



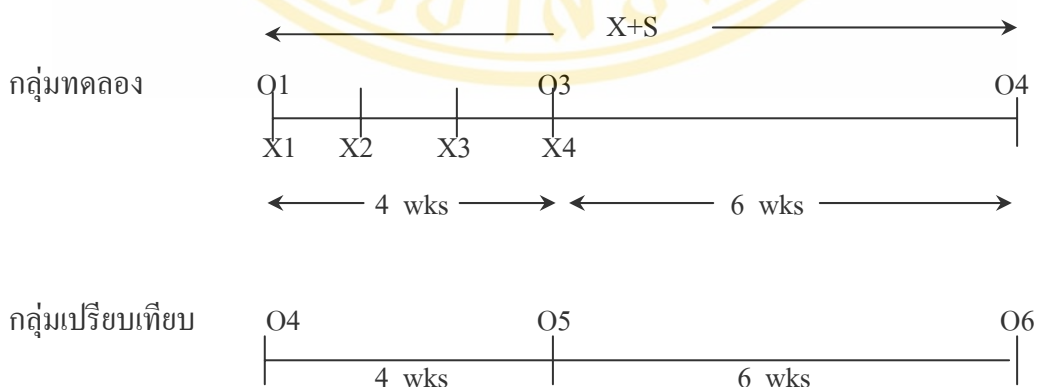
บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลพื้นฐานและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยคือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครปฐม โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย และแผนภูมิการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) และมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังรูปแบบการวิจัย และแผนภูมิการทดลองต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง

O1,O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการวัดน้ำหนัก ส่วนสูง การวัดรอบเอวและวัดระดับความดันโลหิต ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิตและการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

O2,O5 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดรอบเอวและวัดความดันโลหิต ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

O3,O6 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามผลด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดรอบเอว และวัดความดันโลหิตร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

X1, X2, X3, X4 หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยจำนวน 4 ครั้ง เพื่อให้เกิดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต

S หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ เวลา เงิน ซึ่งจะมีตลอดระยะเวลาการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขต
รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยมีค่า Alpha เท่ากับ .05, Power เท่ากับ .80 โดยมีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คำนวณจากสูตร Glass (1976, อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2547: 210-212)

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

d = คือขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$ = คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$ = คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = คือค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ได้ค่า Effect size จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 2 เรื่อง ตามลำดับดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540)

$$d = \frac{21.25 - 16.71}{2.16} = 2.10$$

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (อนุชา นิลอยู่, 2540)

$$d = \frac{56.57 - 44.77}{4.34} = 2.71$$

การแปลผลค่า delta (d) ซึ่งประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย (Cohen, 1988 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2547: 211)

ค่า d มากกว่า .80 = ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ค่า d .50 = ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง

ค่า d .20 = ขนาดอิทธิพลเล็ก

นำค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ไปใช้กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่าง
ประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม Statistical Power table

ซึ่งจากผลการคำนวณค่า d จากงานวิจัย 2 เรื่องที่ผ่านมาพบว่ามีค่า Effect Size เกิน .80 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่า Effect Size ที่ .80 เมื่อเปิดตารางโดยกำหนดค่า $\text{Alpha} = .05$, $\text{Power} = .08$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 28 คน และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 20 ในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่าผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอีก 22 คนในกลุ่มทดลอง และ 16 คนในกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงมี

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 56 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มทดลองในศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตามปกติของศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Tan และคณะ, 2004)

1. ประชากรชาย-หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 35-59 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง ที่เป็นญาติสายตรง
3. มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป
4. มีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวหรือญาติของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็น สามี ภรรยา หรือ บุตรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวได้
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน
6. เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้างอย่างน้อย 6 เดือน
7. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ และอ่านออกเขียนได้
8. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน
9. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกญาติที่เป็นแรงงานสนับสนุนทางสังคม

1. เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือญาติของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็น สามี ภรรยา หรือ บุตรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้
2. เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน นาสร้าง และศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ อย่างน้อย 6 เดือน
3. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นแรงงานสนับสนุนทางสังคม

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้
2. เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน นาสร้าง และศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ อย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ / คลอดบุตรภายใน 1 เดือน
2. มีโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคไทรอยด์ เป็นต้น
3. เคยได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน
4. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัย มากกว่า 1 ครั้งโดยไม่นับรวมสัปดาห์ที่ 1
5. อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระหว่างการทดลองด้วยโรคอื่นที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
6. ต้องการออกจากโครงการการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนดังนี้

1. เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครปฐมที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับกระทรวงสาธารณสุข
2. มีแพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลศูนย์นครปฐมเข้าไปร่วมงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นทีมประจำที่ดูแลสุขภาพของประชาชน วางแผนการให้บริการร่วมกัน อย่างน้อยเดือนละ 1 วัน

3. มีโครงสร้างประชากร ลักษณะอาชีพ รายได้ และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน
4. ประชาชนในพื้นที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า ร้อยละ 40
5. เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

จากการสำรวจรายชื่อศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในอำเภอเมืองมีทั้งสิ้น 8 แห่ง ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. ศูนย์สุขภาพชุมชนคอนยายหอม | 2. ศูนย์สุขภาพชุมชนธรรมศาลา |
| 3. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ | 4. ศูนย์สุขภาพชุมชนวังตะกู่ |
| 5. ศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง | 6. ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกระโดน |
| 7. ศูนย์สุขภาพชุมชนสระกระเทียม | 8. ศูนย์สุขภาพชุมชนหุบรัก |

การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การคัดเลือกพื้นที่ทดลอง โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) โดยวิธีการดังนี้

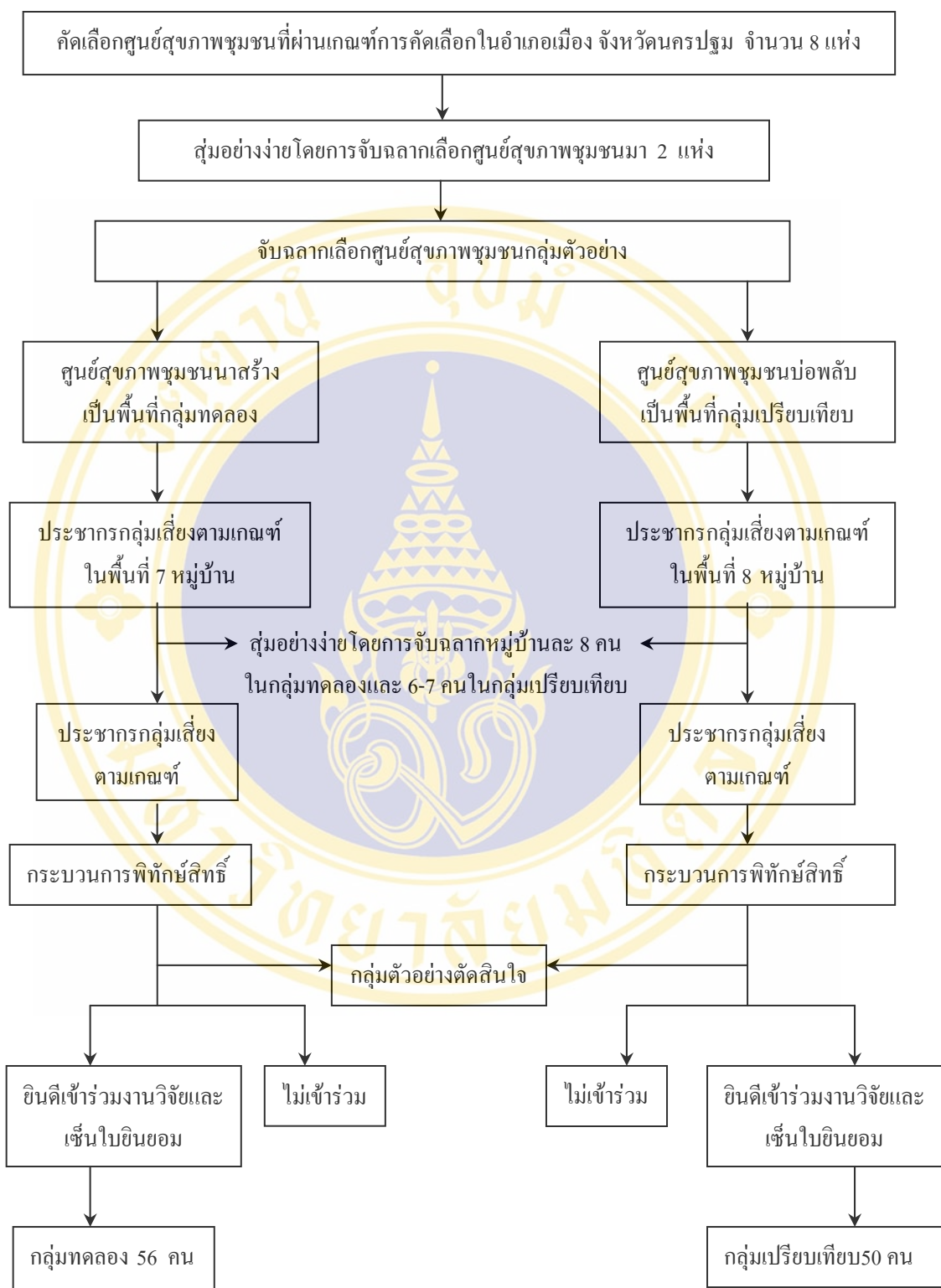
1. ใช้วิธีการสุ่มเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอเมืองที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น โดยนำรายชื่อศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้ทั้ง 8 แห่ง ทำฉลากใส่ชื่อแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน และทำการจับฉลาก กำหนดไว้ว่าจับฉลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในการสุ่มครั้งนี้ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้างเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) ประชากรชาย - หญิง ทั้งไป ที่มีอายุ 35 - 59 ปี
- 2) มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง
- 3) มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกจากประชากรตามคุณสมบัติจากสมุดการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง- เบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 2 แห่ง ในปี พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 7 หมู่บ้านในกลุ่มทดลอง และ 8 หมู่บ้านในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้วิธีเลือกสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) หมู่บ้านละ 8 คนในกลุ่มทดลองและหมู่บ้านละ 6- 7 คนในกลุ่มเปรียบเทียบและทำหนังสือเพื่อแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร และผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ในการประเมินค่าการรับรู้มี 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	= 3 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 13-44 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของการเกิดความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิต มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ในการประเมินค่าการรับรู้มี 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	= 3 คะแนน	เห็นด้วยมาก	= 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2 คะแนน	เห็นด้วยน้อย	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 13-44 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิต จากการมีปัจจัยในเรื่อง อายุ มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความอ้วน การรับประทานอาหารเค็ม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิต ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	= 3 คะแนน	เห็นด้วยมาก	= 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2 คะแนน	เห็นด้วยน้อย	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 13 - 44 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองถึงการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 3 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิต ลักษณะคำถามเป็นการวัดการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมาประเมินว่าถูกต้องหรือไม่ ทั้งปริมาณและคุณภาพของการปฏิบัติ ปริมาณความถี่ และความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามลักษณะกิจกรรมเป็นคำถามแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกให้ตรงกับความคิดเห็น 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ประจำ หมายถึง มากกว่า 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
บ่อยครั้ง หมายถึง 3-4 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
นานๆครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยทำเลยใน หนึ่งสัปดาห์	ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน

หมวดที่ 1 การรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 6-24 คะแนน

หมวดที่ 2 การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 3-12 คะแนน

หมวดที่ 3 การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 5-20 คะแนน

หมวดที่ 4 การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 2-8 คะแนน

หมวดที่ 5 การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 2-8 คะแนน

หมวดที่ 6 การวัดความดันโลหิตเป็นประจำ จำนวน 2 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 2-8 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 20-78 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมป้องกันความดันโลหิตสูง ที่ใช้จัดกิจกรรมทั้ง 6 สัปดาห์

3.2 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “หลอดเลือดดีชีวิสดี” และ “ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน” เรื่อง “การออกกำลังกายในผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี” เรื่อง “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการกำหนดลมหายใจ” “การนวดกดจุดร่างกาย”

3.3 สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อน แนวทางการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “ออกกำลังกายต้านภัยความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “วัดความดันบ่อยครั้ง ยิ่งยั้งความดันโลหิตสูง” สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “พิษภัย เหล้า บุหรี่” และ “ความเครียด”

3.4 เอกสารประกอบด้วย คู่มือ “การดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง” คู่มือ “การออกกำลังกายอย่างไรให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรง” คู่มือ “การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง”

การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2. กำหนดโครงสร้าง และขอบเขตของเนื้อหาที่จะศึกษาให้ชัดเจน แล้วสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เอง โดยดูถึงความเป็นปรนัยในด้านภาษาและความเป็นไปได้ในด้านการนำไปใช้

4. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 44 ท่าน ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้และความคาดหวัง ได้นำมาตรวจให้คะแนนวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ส่วนข้อมูลพฤติกรรมพิจารณาตามความเหมาะสมของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความชัดเจนของภาษา

6. การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้วิธีของ ครอนบาช (Chronbach's Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ของ ครอนบาช อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์สามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในครั้งนี้คือ น้อยกว่า 0.5 เชื่อถือได้น้อย ระหว่าง 0.5-0.65 เชื่อถือได้ปานกลาง และตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป เชื่อถือได้สูง (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิน, 2546 : 261) โดยผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ได้ผลดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความดันโลหิตสูง = 0.803
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง = 0.798
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง = 0.749
4. การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ = 0.899
5. พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง = 0.704

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ
2. ระยะการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 นำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอจังหวัดนครปฐมและศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 2 แห่งคือศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้างและศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ

1.2 ชี้แจงโครงร่างวิทยานิพนธ์ และขอความร่วมมือจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินการวิจัย

1.3 ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เพื่อชี้แจงบทบาทการเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่างและเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

1.4 จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ต่างๆที่จะใช้ในการวิจัย

1.5 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และตัวแทนด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เข้าใจ ถึงวิธีการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหมายถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

2. ให้เวลากลุ่มตัวอย่างนำกลับไปคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

3. ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆกับกลุ่มตัวอย่าง

4. คำถามบางคำถามเป็นเรื่องส่วนตัว แต่เป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการชี้นำ(Advocacy) ในการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จึงจำเป็นต้องมีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อย่างรัดกุม ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล

4.2 การแจกแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ไปแจกผู้ยินยอมด้วยตนเอง

4.3 การรับแบบสัมภาษณ์คืน ผู้วิจัยจะรอรับคืนจากผู้ยินยอมด้วยตนเอง

4.4 แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับคืนจะเก็บรักษาไว้และจะไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มีได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยเด็ดขาด

4.5 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4.6 การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการ ใช้ชื่อสมมุติโดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

2. ระยะดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ คือระหว่างเดือน 25 พฤษภาคม 2551-15 สิงหาคม 2551 การดำเนินงานวิจัยแต่ละสัปดาห์ มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินอันตรายจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลการเผชิญปัญหาจากความดันโลหิตสูง และข้อมูลด้านพฤติกรรม การป้องกันความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และวัดความดันโลหิตทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้งดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1. แผนการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)มีความเข้าใจในบทบาทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้านตลอดการวิจัย

กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการอบรม ใช้เวลานาน 15 นาที
2. ชมวิดีโอเรื่อง “หลอดเลือดดีชีวิตดี” และ “ความดันโลหิตสูง” สไลด์พร้อม

บรรยายประกอบเสียงจากผู้วิจัย ใช้เวลาในการดำเนิน การวิจัยนาน 20 นาที

3. จัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อยในเรื่องบทบาทและวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม และแลกเปลี่ยนแนวคิดของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลานาน 20 นาที

4. ผู้วิจัยชี้แจงบทบาทบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ช่วยสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในการส่งเสริมสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้านตลอดการวิจัย คือ

บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

- สนับสนุนด้านอารมณ์ เช่นการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความพยายาม และมีความอดทนต่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามได้

- สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง
- สนับสนุนด้านเวลา เช่น การพากลุ่มตัวอย่างไปออกกำลังกาย การไปตรวจวัดความดันโลหิต

อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) แบ่งกลุ่มรับผิดชอบ อสม. 1 คน ต่อกลุ่มตัวอย่าง 6-7 คน

- สนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การพูดให้กำลังใจ พูดชมเชยเมื่อสามารถควบคุมตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ การกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความพยายามและมีความอดทนต่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิต และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มสามารถปฏิบัติตามได้ตลอดการวิจัย
 - สนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านหอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตลอดการวิจัย
 - สนับสนุนด้านเวลา ในการเยี่ยมบ้านตรวจวัดความดันโลหิต โดยแบ่งกลุ่มรับผิดชอบประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 6-7 คนต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 ของการวิจัย
5. เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น
 6. สรุปบทบาทของญาติและอสม.ในการสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างการรับรู้อันตราย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และรับรู้ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน 15 นาที
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรม ขั้นตอนของกิจกรรม จำนวนครั้งที่สมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งระบุบทบาทของสมาชิก ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน 10 นาที

3. ผู้วิจัยนำสู่กิจกรรมโดยการซักถามสมาชิกเกี่ยวกับ น้ำหนักตัว พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ ความดันโลหิต โดยผู้วิจัยให้หลักการคิดคำนวณค่าเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและ ค่าความดันโลหิตที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และใช้ค่าความดันโลหิตและค่าเส้นรอบเอวเป็นข้อมูล ย้อนกลับให้แก่สมาชิกพร้อมลงบันทึกแบบประเมินความเสี่ยงความดันโลหิตสูง และให้ร่วมกัน พิจารณาระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ความเสี่ยงระดับใดบ้าง ใช้เวลานาน 15 นาที

4. ชมวีดิทัศน์เรื่อง “โรคความดันโลหิตสูง” และ “หลอดเลือดตีบหัวใจ” สไลด์ ประกอบการบรรยายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น และโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ใช้เวลาในการดำเนิน การวิจัยนาน 30 นาที

5. ให้กลุ่มตัวอย่างออกมาแสดงความรู้สึกและบอกถึงผลกระทบ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น จากโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลานาน 10 นาที

6. ตัวแทนผู้ป่วยและญาติที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเส้นเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือด หัวใจ และไตวายเรื้อรังนำเสนอเกี่ยวกับผลกระทบ รวมทั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิด โรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว โดยผู้วิจัยจะตั้งคำถาม ถามและให้ตอบในประเด็นเรื่อง

- พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนที่จะรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง
- อาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคม
- สิ่งที่คุณป่วยและญาติอยากจะพูด เพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม(ใช้เวลา 20 นาที)

7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายกลุ่ม “เรื่องของสมศรี” ได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัวและ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางปฏิบัติเพื่อการส่งเสริม สุขภาพตนเอง ให้สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

9. มอบคู่มือความดันโลหิตสูงสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพื่อนำไป บันทึกต่อที่บ้าน ถ้ามีข้อสงสัยให้โทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน 10 นาที

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 3 รับประทานอย่างมั่นใจ เหวี่ยงไป ร่างกายแข็งแรง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่อภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเช่นอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง

2. เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ในประสิทธิผลในพฤติกรรมรับประทานอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมน้ำหนัก

กิจกรรมที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกรายการอาหารที่ตนเองชอบและรับประทานบ่อย คนละ 3 รายการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในพฤติกรรมกรเลือกรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลานาน 10 นาที

3. อภิปรายและแนะนำเทคนิคการเลือกรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet) โดยนักโภชนากรในประเด็นต่อไปนี้ใช้เวลา 20 นาที

- ประโยชน์ของอาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet)
- ข้อแนะนำในการเลือกซื้ออาหาร
- ข้อแนะนำในการปรุงอาหาร
- ข้อแนะนำในการจัดมื้ออาหาร
- ข้อแนะนำในการเลือกรับประทานอาหาร

4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีเล่าประสบการณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนัก อย่างสม่ำเสมอ ปัญหาอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว ใช้เวลา 20 นาที

5. ร่วมกันอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการควบคุมอาหารในหัวข้อ “ประโยชน์ในการควบคุมอาหารกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง” และอภิปรายการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างว่าแต่ละคนมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที

6. ผู้วิจัยและนักโภชนากรให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการจัดมื้ออาหารเพื่อเลือกประเภทอาหารและปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนักและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้อง กล่าวชมเชยและให้รางวัลในผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 20 นาที

7. ผู้วิจัยทบทวนการการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร และสาธิตการลงบันทึกรายการชนิด และปริมาณอาหารลงในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกต่อที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และนำกลับมาให้ผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

8. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ถัดไป ใช้เวลานานประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 4 ใสใจอารมณ์ ก้าวพ้น ภัยหล้าบุหรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับผลร้ายของภาวะเครียดเรื้อรัง โทษภัยของการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง
2. สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติในพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยการซักถามกลุ่มตัวอย่าง ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเค็ม แป้ง น้ำตาลและไขมัน การออกกำลังกาย ใช้เวลานาน 15 นาที
2. พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชอภิปรายในหัวข้อเกี่ยวกับ
 - โทษภัยของบุหรีและแอลกอฮอล์ต่อภาวะความดันโลหิตสูง
 - ผลร้ายของการเกิดภาวะเครียดต่อภาวะความดันโลหิตสูง
 - เทคนิคการลด/เลิกการสูบบุหรีและการดื่มแอลกอฮอล์
 - เทคนิคและวิธีการผ่อนคลายความเครียดในแบบต่างๆ (ใช้เวลานาน 20 นาที)
3. ผู้วิจัยและพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชให้กลุ่มตัวอย่างฟังเทปบันทึกเสียงการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการเกร็ง และหย่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วให้สมาชิกฝึกปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 20 นาที
4. ผู้วิจัยและพยาบาลจิตเวชให้สมาชิกจัดอภิปรายกลุ่มและส่งตัวแทนออกมานำเสนอถึงผลร้ายและโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงต่อ ความเครียด การสูบบุหรี และการดื่มแอลกอฮอล์ และบอกถึงผลดีของการมพฤติกรรมผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี พร้อมทั้งให้แต่ละคนระบุถึงระดับของความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ ใช้เวลา ประมาณ 20 นาที

5. ให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงความคาดหวังและสิ่งภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติได้ และสิ่งที่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไปในอนาคต ใช้เวลา 15 นาที

6. ผู้วิจัยสร้างเสริมแรงจูงใจด้วยการกล่าวชมเชยสมาชิกที่ปฏิบัติได้ถูกต้องให้กำลังใจ และกระตุ้นสมาชิกอื่นที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนให้พยายามต่อไป ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 5 วัดความดันบ่อยครั้ง ยับยั้งความดันโลหิตสูง” และ “ออกกำลังกายต้านภัยความดัน - โโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนองในผลดีของพฤติกรรมออกกำลังกาย และการตรวจวัดความดันโลหิตในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมออกกำลังกาย และการตรวจวัดความดันโลหิต
3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ ใช้เวลานาน 10 นาที
2. ผู้วิจัยเลือกตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมอาหารได้ดีและถูกต้อง มีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างละ 1 คน โดยให้ตัวแทนได้เล่าถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคของตนพร้อมทั้งวิธีการแก้ไข โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้น เชื่อมโยงคำพูดให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม และได้กล่าวชมเชยตัวแทน ใช้เวลานาน 10 นาที

3. นักกายภาพบำบัดอธิบายและสาธิตเกี่ยวกับ

- ความหมายของการออกกำลังกาย
- ประโยชน์การออกกำลังกายด้านความดันโลหิตสูง
- ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ระยะเวลา ความถี่ ในการออกกำลังกาย
- ทักษะทดสอบความหนักเบาของการออกกำลังกาย
- เสนอวิธีการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การเดินแอโรบิก การถีบจักรยาน ใช้เวลานาน 20 นาที

4. ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการออกกำลังกาย ด้วยท่าเดินแอโรบิกแบบพื้นฐาน และการฝึกทักษะวิธีตรวจวัดชีพจรและการทดสอบด้วยการพุดขณะออกกำลังกายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับกิจกรรมการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รู้สึกได้ใช้เวลานาน 20 นาที

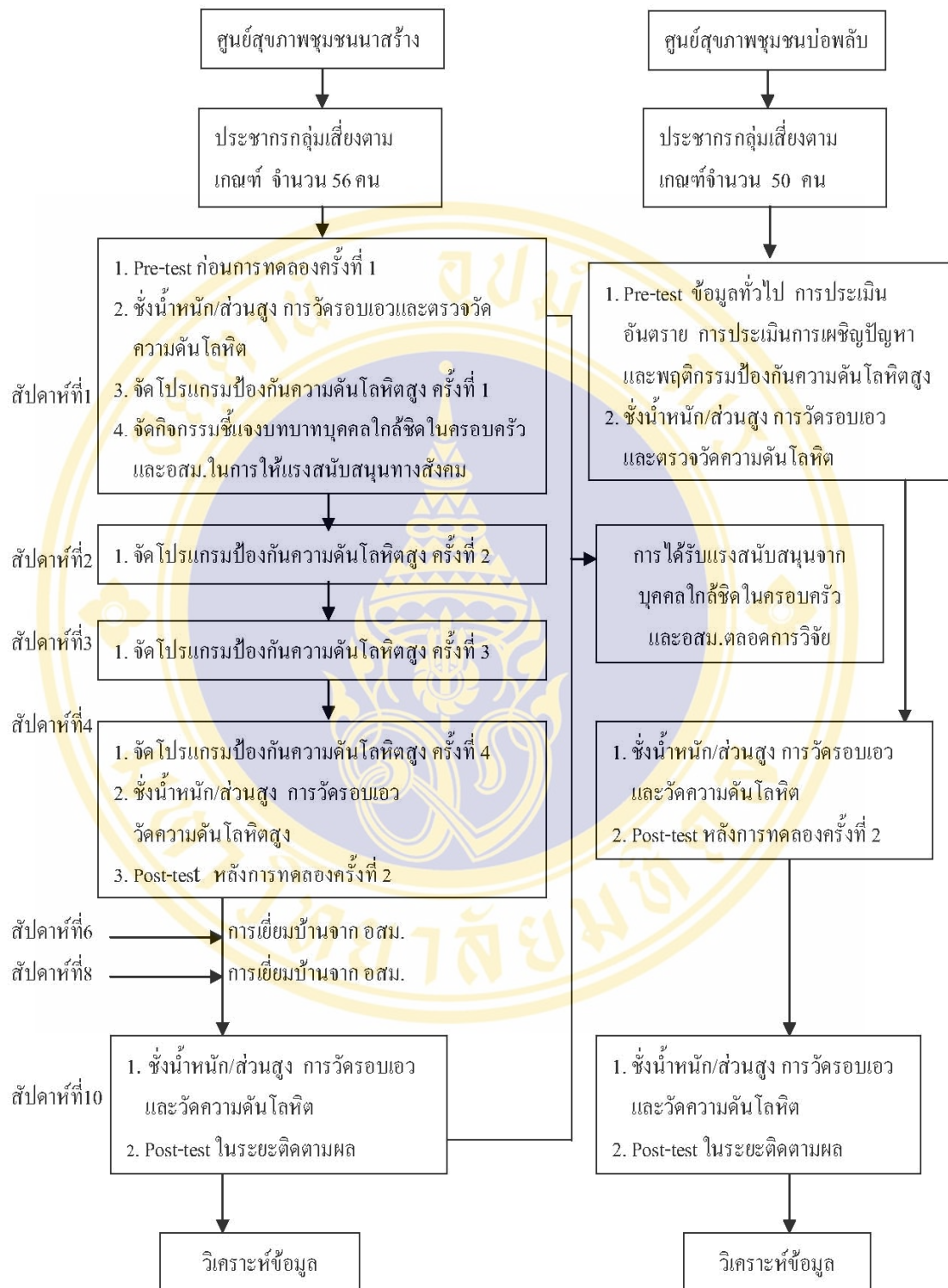
5. ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดให้ข้อมูลในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการและชี้แนะกระตุ้นเตือนให้ทุกคนนำไปปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลานาน 20 นาที

6. ผู้วิจัยอภิปรายและสาธิตเกี่ยวกับการตรวจวัดความดันโลหิตในเรื่อง

- ร่วมประเมินผลการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองและเพื่อนสมาชิก
- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตรวจวัดความดันโลหิต
- ผลร้ายของการไม่ตรวจวัดความดันโลหิต
- ประโยชน์ของการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- ท่านสามารถตรวจวัดความดันโลหิตได้อย่างไรบ้าง ใช้เวลานาน 20 นาที

7. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการและชี้แนะ กระตุ้นเตือนให้ทุกคนนำไปปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลานาน 20 นาที

8. สมาชิกกลุ่มร่วมตอบแบบสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง



แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละตัวแปร

Concept Protection Motivation Theory	Intervention
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	- ชมวีดิทัศน์“โรคความดันโลหิตสูง”และ“หลอดเลือดตีรั่วสตี” และสไลด์ภาพผู้ป่วยประกอบการบรรยายเกี่ยวกับผลกระทบและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง - ตัวแบบด้านลบนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวเองและครอบครัว - กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกและบอกถึงผลกระทบความรุนแรง ที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	- ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคคือ อายุ กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารเค็ม ความอ้วน ความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ - กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและใช้ค่าเส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงเป็นข้อมูลย้อนกลับให้กลุ่มตัวอย่าง - การอภิปรายเรื่องราวสมมุติ“เรื่องของนางสาวสมศรี”ที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง - การทำแบบบันทึกรายการอาหารที่ตนเองชอบ 3 รายการและใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง	- ตัวแบบด้านบวกโดยผู้สูงอายุสุขภาพดี ตัวแบบจากผู้ป่วยและตัวแบบจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีได้เล่าถึงวิธีการปฏิบัติตัว ปัญหาและอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับ - ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันความดันโลหิตสูงในด้านการฝึกการจัดมื้ออาหาร เทคนิคการเลือกซื้ออาหาร การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่าเต้นแอโรบิกแบบพื้นฐาน การฝึกทักษะวิธีตรวจวัดชีพจรและการทดสอบด้วยการพูดขณะออกกำลังกาย การฝึกทักษะการนวดกดจุดและ การฝึกทักษะการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด

ตารางที่ 3 สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละตัวแปร (ต่อ)

Concept Protection Motivation Theory	Intervention
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง (ต่อ)	- การได้รับการพุดช้กจากตัวแบบเพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่ม - การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยกระตุ้นด้วยคำพูดชมเชย ให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและการให้รางวัลจากผู้วิจัย - ให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงระดับความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์
4. การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	- การใช้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - การร่วมอภิปรายในประเด็นผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการตรวจวัดความดันโลหิตสูง - การให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบรรยายความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไปในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสถิติทางคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ควบคุม Type I Error โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ = 0.016 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานของการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต และค่าเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิตสูง ภายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Paired Simple t-test

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษา มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองทั้งสิ้น 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิเคราะห์ จำแนกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง และค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงและค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงและเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 79.5 และ 70.8 ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 47.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.08 อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 49.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.80 อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 58 ปี มากกว่าครึ่งของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพคู่ สามในสี่มีการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษา และเกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 5,529 บาท/เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 5,247 บาท/เดือน ทั้งสองกลุ่มมีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงที่ใกล้เคียงกัน คือมีประวัติมารดาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.5 และ 31.7 ตามลำดับ รองลงมาคือมีปู่ ย่า ตา ยายมีประวัติความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.6 และ 30.2 ตามลำดับ

หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมาแล้ว แต่ยังเข้าใจไม่ค่อยชัดเจนคือร้อยละ 38.6 และ 37.5 มากกว่าครึ่งร้อยละ 52.3 และ ร้อยละ 58.3 ยังไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงเลย สำหรับแหล่งข้อมูลที่ได้รับของทั้งสองกลุ่ม มากกว่าครึ่งร้อยละ 50.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับจากแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มากกว่าครึ่งร้อยละ 56.8 ของกลุ่มทดลองมีความต้องการลดน้ำหนักแต่ไม่เคยปฏิบัติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ต้องการลดน้ำหนัก ร้อยละ 56.2 สำหรับพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 34.1 และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิตร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ยกเว้นความต้องการลดน้ำหนักและการตรวจวัดความดันโลหิตพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม(n=48)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
อายุ	9	20.5	14	29.2	0.92	0.335
หญิง	35	79.5	34	70.8		
อายุ						
35-40	8	18.2	5	10.4	15.90	0.821
41-45	10	22.7	8	16.6		
46-50	13	29.6	13	27.1		
51-55	7	15.9	14	29.2		
56-59	6	13.6	8	16.7		
$\bar{x}$ = 47.2 , S.D.= 6.0			$\bar{x}$ = 49.1, S.D.= 5.8			
Min= 37, MAX= 59			Min= 37, MAX= 58			
สถานภาพสมรส (n _{ทดลอง} = 44)(n _{เปรียบเทียบ} = 46)						
คู่	32	72.7	33	71.7	0.63	0.889
โสด	5	11.4	7	15.2		
หม้าย/หย่า/แยก	7	15.9	6	13.1		
ระดับการศึกษา(n _{ทดลอง} = 44)(n _{เปรียบเทียบ} = 46)						
ประถมศึกษา	35	79.5	32	69.6	7.06	0.216
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	20.5	14	30.4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย						
ปริญญาตรีขึ้นไป						

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=48)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ (n _{ทดลอง} =42)(n _{เปรียบเทียบ} =48)						
รับจ้าง	20	47.6	21	43.8	7.06	0.216
เกษตรกรกรรม	10	23.8	9	18.8		
งานบ้าน	6	14.3	8	16.6		
ค้าขาย	2	4.8	8	16.6		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	9.5	2	4.2		
รายได้						
น้อยกว่า 5,000	21	47.7	25	52.1	36.31	0.051
5,000-10,000	20	45.5	18	37.5		
มากกว่า 10,000	3	6.8	5	10.4		
$\bar{x}$ = 5,529 , S.D. = 4117.4			$\bar{x}$ = 5,247, S.D. = 4643			
Min = 0, MAX = 20,000			Min= 0, MAX = 21,000			
ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)						
มารดา	24	37.5	20	31.7	0.40	0.939
ปู่ ย่า ตา ยาย	17	26.6	19	30.2		
บิดา	15	23.4	13	20.6		
พี่น้อง	8	12.5	11	17.5		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง						
ไม่เคยได้รับ	23	52.3	28	58.3	2.19	0.640
เคยได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	17	38.6	18	37.5		
เคยได้รับและเข้าใจดี	4	9.1	2	4.2		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=48)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประเภทของการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)						
แพทย์/บุคลากรทางด้านสาธารณสุข	47	50.5	51	53.1		
หนังสือพิมพ์/เอกสาร/แผ่นพับ	22	23.7	16	16.7		
บุคคลในครอบครัว	15	16.1	18	18.8		
วิทยุ โทรทัศน์	9	9.7	11	11.4		
ความต้องการลดน้ำหนัก						
ต้องการและเคยปฏิบัติ	7	15.9	7	14.6	17.42	< 0.000
ต้องการแต่ไม่เคยปฏิบัติ	25	56.8	14	29.2		
ไม่ต้องการ	12	27.3	27	56.2		
การตรวจวัดความดันโลหิต						
มากกว่า 1 ครั้งต่อปี	10	22.7	22	45.8	23.38	< 0.000
1 ครั้งต่อปี	19	43.2	14	29.2		
ไม่เคย	15	34.1	12	25.0		

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงและค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired- Sample t-test ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตราย ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

2.1.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.4 และภายหลังการ

ทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 46.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 43.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 46.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 45.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.045$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและ
ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=44)

การประเมินอันตราย	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน				
ก่อนการทดลอง	37.3	3.4		
หลังการทดลอง	46.4	4.1	10.02	< 0.001
ก่อนการทดลอง	37.3	3.4		
ระยะติดตามผล	43.6	4.6	6.09	< 0.001
หลังการทดลอง	46.4	4.1		
ระยะติดตามผล	43.6	4.6	-3.48	< 0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	38.4	4.4		
หลังการทดลอง	46.6	7.8	5.57	< 0.001
ก่อนการทดลอง	38.4	4.4		
หลังการทดลอง	45.1	4.5	6.71	< 0.001
หลังการทดลอง	46.6	7.8		
ระยะติดตามผล	45.1	4.5	-1.78	0.045

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

2.2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 43.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 44.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.154$) ดังแสดงในตารางที่ 6

2.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.7 และหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 45.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 45.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.092$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=44)

การประเมินการเผชิญปัญหา	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ก่อนการทดลอง	35.7	4.9		
หลังการทดลอง	43.6	4.7	7.36	< 0.001
ก่อนการทดลอง	35.7	4.9		
ระยะติดตามผล	44.0	4.1	7.95	< 0.001
หลังการทดลอง	43.6	4.7		
ระยะติดตามผล	44.0	4.1	1.03	0.154
การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ				
ก่อนการทดลอง	38.8	5.7		
หลังการทดลอง	45.9	4.5	6.16	< 0.001
ก่อนการทดลอง	38.8	5.7		
ระยะติดตามผล	45.7	4.76	5.66	< 0.001
หลังการทดลอง	45.9	4.5		
ระยะติดตามผล	45.7	4.7	-1.34	0.092

2.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม ประกอบด้วยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวมในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 65.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.8 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 65.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.3 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.615$) ซึ่งจากพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าวสามารถแยกวิเคราะห์เป็นรายด้านได้ดังนี้

2.3.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมอาหารระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 19.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระยะติดตามผลเท่ากับ 19.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.375$) ดังแสดงในตารางที่ 7

2.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายในระยะติดตามผลเท่ากับ 8.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.212$) ดังแสดงในตารางที่ 7

2.3.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 16.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดในระยะติดตามผลเท่ากับ 16.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.389$) ดังแสดงในตารางที่ 7

2.3.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการ

ทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลเท่ากับ 7.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการหลักเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

2.3.5 พฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p < 0.298$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ในระยะติดตามผลเท่ากับ 6.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.185$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.022$) ดังแสดงในตารางที่ 7

2.3.6 พฤติกรรมกรตรวจวัดความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรตรวจวัดความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรตรวจวัดความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 6.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรตรวจวัดความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p < 0.388$) ดังแสดงในตาราง ที่ 7

สรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวมในเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงรายด้านพบว่า มีเพียงพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เท่านั้นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.117$)



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=44)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม				
ก่อนการทดลอง	54.0	4.4	16.37	< 0.001
หลังการทดลอง	65.0	3.8		
ก่อนการทดลอง	54.0	4.4	16.29	< 0.001
ระยะติดตามผล	65.3	4.3		
หลังการทดลอง	65.0	3.8	0.50	0.615
ระยะติดตามผล	65.3	4.3		
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร				
ก่อนการทดลอง	16.1	2.1	9.24	< 0.001
หลังการทดลอง	19.9	1.4		
ก่อนการทดลอง	16.1	2.1	9.17	< 0.001
ระยะติดตามผล	19.6	1.3		
หลังการทดลอง	19.9	1.4	-3.55	0.375
ระยะติดตามผล	19.6	1.3		
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	7.2	1.3	7.71	< 0.001
หลังการทดลอง	8.6	1.3		
ก่อนการทดลอง	7.2	1.3	11.04	< 0.001
ระยะติดตามผล	8.7	1.0		
หลังการทดลอง	8.6	1.3	0.84	0.212
ระยะติดตามผล	8.7	1.0		

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=44) (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด				
ก่อนการทดลอง	14.0	2.1		
หลังการทดลอง	16.5	1.6	6.23	< 0.001
ก่อนการทดลอง	14.0	2.1		
ระยะติดตามผล	16.2	1.7	6.24	< 0.001
หลังการทดลอง	16.5	1.6		
ระยะติดตามผล	16.2	1.7	-0.87	0.389
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง	6.1	1.3		
หลังการทดลอง	6.8	1.0	4.87	< 0.001
ก่อนการทดลอง	6.1	1.3		
ระยะติดตามผล	7.3	1.1	6.03	< 0.001
หลังการทดลอง	7.0	0.9		
ระยะติดตามผล	7.3	1.1	2.00	0.005
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	6.4	1.3		
หลังการทดลอง	6.6	1.1	0.53	0.298
ก่อนการทดลอง	6.4	1.3		
ระยะติดตามผล	6.7	1.1	0.90	0.185
หลังการทดลอง	6.6	1.1		
ระยะติดตามผล	6.7	1.1	2.07	0.022

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=44) (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูง				
ก่อนการทดลอง	3.8	1.2		
หลังการทดลอง	6.5	1.2	10.04	< 0.001
ก่อนการทดลอง	3.8	1.2		
ระยะติดตามผล	6.5	1.2	9.50	< 0.001
หลังการทดลอง	6.5	1.2		
ระยะติดตามผล	6.5	1.2	0.28	0.388

2.4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอว

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวระหว่างก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.2 และหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 93.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.9 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.088$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวในระยะติดตามผลเท่ากับ 92.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.6 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย เส้นรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=44)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
เส้นรอบเอว				
ก่อนการทดลอง	93.9	10.2		
หลังการทดลอง	93.5	9.9	1.37	0.088
ก่อนการทดลอง	93.9	10.2		
ระยะติดตามผล	92.7	9.6	2.91	0.003
หลังการทดลอง	93.5	9.9		
ระยะติดตามผล	92.7	9.6	3.65	< 0.001

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Paired-Sample t-test ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอันตราย ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

3.1.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.3 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.475$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 36.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.450$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการ

รับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.477$) ดังแสดงในตารางที่ 9

3.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.8 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.0 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.173$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 37.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.6 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.251$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.105$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผล (n=48)

การประเมินอันตราย	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน				
ก่อนการทดลอง	36.3	4.6		
หลังการทดลอง	36.3	4.3	0.06	0.475
ก่อนการทดลอง	36.3	4.6		
ระยะติดตามผล	36.3	4.2	0.12	0.450
หลังการทดลอง	36.3	4.3		
ระยะติดตามผล	36.3	4.2	0.05	0.477
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	37.1	3.8		
หลังการทดลอง	36.7	3.0	-0.94	0.173
ก่อนการทดลอง	37.1	3.8		
ระยะติดตามผล	37.3	3.6	0.67	0.251
หลังการทดลอง	36.7	3.05		
ระยะติดตามผล	37.3	3.68	1.26	0.105

3.2 การเปรียบเทียบการประเมินการเผชิญปัญหา

3.2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.162$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 36.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.053$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.421$) ดังแสดงในตารางที่ 10

3.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.118$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 39.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.376$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.177$) ดังแสดงในตาราง 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหาซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติภายในกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=48)

การประเมินการเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
1. การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ก่อนการทดลอง	36.2	4.7		
หลังการทดลอง	36.6	4.8	-0.99	0.162
ก่อนการทดลอง	36.2	4.7		
ระยะติดตามผล	36.7	4.7	1.64	0.053
หลังการทดลอง	36.6	4.8		
ระยะติดตามผล	36.7	4.7	0.20	0.421
2. การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ				
ก่อนการทดลอง	39.3	3.7		
หลังการทดลอง	39.7	3.7	1.20	0.118
ก่อนการทดลอง	39.3	3.7		
ระยะติดตามผล	39.4	3.7	0.31	0.376
หลังการทดลอง	39.7	3.7		
ระยะติดตามผล	39.4	3.7	-0.93	0.177

3.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired- Sample t-test ดังนี้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวมในเรื่อง พฤติกรรมการควบคุม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 54.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมี ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.364$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 54.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.818$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.373$) ซึ่งจากพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าวสามารถแยกวิเคราะห์เป็นรายด้านได้ดังนี้

3.3.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมอาหารระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.5 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาหารไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.070$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระยะติดตามผลเท่ากับ 16.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.4 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการของพฤติกรรมการควบคุมอาหารไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.450$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.477$) ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.150$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายในระยะติดตามผลเท่ากับ 7.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการของพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.025$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.358$) ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดไม่แตกต่างกัน ($p = 0.202$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดในระยะติดตามผลเท่ากับ 14.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดไม่แตกต่างกัน ($p = 0.957$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดไม่แตกต่างกัน ($p = 0.103$) ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.016$) เมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลเท่ากับ 6.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.161$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลมีค่าคะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.329$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในระยะติดตามผลเท่ากับ 6.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.242$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.425$) ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3.4 พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 ซึ่งก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.128$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลเท่ากับ 3.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.248$) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.079$) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=48)

พฤติกรรมการป้องกัน ป้องกันความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม				
ก่อนการทดลอง	54.0	4.4	-0.91	0.364
หลังการทดลอง	54.0	4.5		
ก่อนการทดลอง	54.0	4.4	-0.23	0.818
ระยะติดตามผล	54.7	4.4		
หลังการทดลอง	54.0	4.5	0.90	0.373
ระยะติดตามผล	54.7	4.4		
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร				
ก่อนการทดลอง	16.3	2.5	0.61	0.272
หลังการทดลอง	16.6	1.9		
ก่อนการทดลอง	16.3	2.5	1.50	0.070
ระยะติดตามผล	16.6	2.4		
หลังการทดลอง	16.6	1.9	-0.09	0.462
ระยะติดตามผล	16.6	2.4		

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=48) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกัน ป้องกันความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	7.5	1.6	-1.04	0.150
หลังการทดลอง	7.2	1.5		
ก่อนการทดลอง	7.5	1.6	-2.00	0.025
ระยะติดตามผล	7.1	1.6		
หลังการทดลอง	7.2	1.5	-0.36	0.358
ระยะติดตามผล	7.1	1.6		
พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด				
ก่อนการทดลอง	14.6	2.0		
หลังการทดลอง	14.0	1.9	-1.29	0.202
ก่อนการทดลอง	14.6	2.0		
ระยะติดตามผล	14.6	2.1	0.05	0.957
หลังการทดลอง	14.0	1.9		
ระยะติดตามผล	14.6	2.1	1.66	0.103

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=48) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกัน ป้องกันความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (one-tailed)
พฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง	6.2	1.5		
หลังการทดลอง	6.1	1.4	-2.19	0.016
ก่อนการทดลอง	6.2	1.5		
ระยะติดตามผล	6.3	1.4	1.00	0.161
หลังการทดลอง	6.1	1.4		
ระยะติดตามผล	6.3	1.4	2.48	0.008
พฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	6.2	1.3		
หลังการทดลอง	6.3	1.2	0.44	0.329
ก่อนการทดลอง	6.2	1.3		
ระยะติดตามผล	6.3	1.1	0.70	0.242
หลังการทดลอง	6.3	1.2		
ระยะติดตามผล	6.3	1.1	0.19	0.425
พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต				
ก่อนการทดลอง	3.7	1.2		
หลังการทดลอง	3.6	1.1	-1.15	0.128
ก่อนการทดลอง	3.7	1.2		
ระยะติดตามผล	3.7	1.1	-0.68	0.248
หลังการทดลอง	3.6	1.1		
ระยะติดตามผล	3.7	1.1	1.43	0.079

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรม การป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลัง การทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประเมินอันตราย

4.1.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเท่ากับ 37.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.4 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.239$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 12

4.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงเท่ากับ 38.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.8 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.145$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 7.8 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 36.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลองเท่ากับ 37.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

การประเมินอันตราย	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=48)		t	p-value (one-tailed)
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน						
ก่อนการทดลอง	37.3	3.4	36.3	4.6	1.18	0.239*
หลังการทดลอง	46.4	4.1	36.3	4.3	15.12	< 0.001
ระยะติดตามผล	43.6	4.6	36.3	4.2	6.00	< 0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	38.4	4.4	37.1	3.8	1.46	0.145*
หลังการทดลอง	46.6	7.8	36.7	3.0	8.08	< 0.001
ระยะติดตามผล	45.1	4.5	37.3	3.6	8.91	< 0.001

*(2-tailed test)

4.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

4.2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเท่ากับ 35.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.593$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 13

4.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเท่ากับ 38.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.7 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.593$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

39.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

การประเมินเผชิญปัญหา	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=48)		t	p-value (one-tailed)
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
ก่อนการทดลอง	35.7	4.9	36.2	4.7	-0.53	0.593*
หลังการทดลอง	43.6	4.7	36.6	4.8	9.57	< 0.001
ระยะติดตามผล	44.0	4.1	36.7	4.7	7.81	< 0.001
การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ						
ก่อนการทดลอง	38.8	5.7	39.3	3.7	-4.38	0.663*
หลังการทดลอง	45.9	4.5	39.7	3.7	4.28	< 0.001
ระยะติดตามผล	45.7	4.7	39.4	3.7	6.95	< 0.001

*(2-tailed test)

4.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงเท่ากับ 54.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.185$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.8 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 16.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.5 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.239$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 7.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.239$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดเท่ากับ 14.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.127$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 16.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 6.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.715$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.5 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เท่ากับ 6.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.209$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p=0.117$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.060$) ดังแสดงในตารางที่ 14

4.3.6 พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตเท่ากับ 3.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.787$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจวัดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2

1.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)		t	p-value (one-tailed)
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	54.0	4.4	54.8	4.1	-0.90	0.185*
หลังการทดลอง	65.0	-3.8	54.0	4.5	12.62	< 0.001
ระยะติดตามผล	65.3	4.3	54.7	4.4	11.41	< 0.001
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร						
ก่อนการทดลอง	16.1	2.1	16.3	2.5	-0.48	0.630*
หลังการทดลอง	19.9	1.4	16.6	1.9	7.12	< 0.001
ระยะติดตามผล	19.6	1.3	16.6	2.4	7.40	< 0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	7.2	1.3	7.5	1.6	-0.78	0.437*
หลังการทดลอง	8.6	1.3	7.2	1.5	6.00	< 0.001
ระยะติดตามผล	8.7	1.0	7.1	1.6	6.12	< 0.001
พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด						
ก่อนการทดลอง	14.0	2.1	14.6	2.0	-1.17	0.127 *
หลังการทดลอง	16.5	1.6	14.0	1.9	6.48	< 0.001
ระยะติดตามผล	16.2	1.7	14.6	2.1	3.92	< 0.001

*(2-tailed test)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)		t	p-value (one-tailed)
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์						
ก่อนการทดลอง	6.1	1.3	6.2	1.5	0.36	0.715*
หลังการทดลอง	6.8	1.0	6.1	1.4	1.94	0.006
ระยะติดตามผล	7.3	1.2	6.3	1.4	3.52	< 0.001
พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	6.4	1.3	6.2	1.3	0.41	0.209*
หลังการทดลอง	6.6	1.1	6.3	1.2	1.19	0.117
ระยะติดตามผล	6.7	1.1	6.3	1.1	1.56	0.060
พฤติกรรมตรวจวัดความดันโลหิต						
ก่อนการทดลอง	3.8	1.2	3.7	1.2	0.27	0.787*
หลังการทดลอง	6.5	1.2	3.6	1.1	11.49	< 0.001
ระยะติดตาม	6.5	1.2	3.7	1.1	11.55	< 0.001

*(2-tailed test)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่จัดขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 คน คือ กลุ่มทดลอง 56 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม - 15 สิงหาคม 2551 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยเริ่มการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง หลังจากจบการทดลอง และระยะติดตามผล หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1.1 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2.1 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1 และภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.1

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในส่วนของผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงในเรื่อง (1) คนที่เป็นความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอัมพาต หรือความพิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (2) ความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ (3) เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจะทำให้เสียชีวิตกะทันหัน (4) โรคอัมพาต โรคหัวใจ โรคไตวาย หรือตาบอดที่เกิดจากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวและ (5) คนที่เป็นอัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งมีแนวคิดหลักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโดย การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดถึงปัญหาที่อาจเข้ามาคุกคามในชีวิต สามารถพัฒนาได้จากการรู้ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างตามคำแนะนำจะทำให้ได้รับผลร้ายแรงต่อสุขภาพ โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความกลัวในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มากกว่าบุคคลที่มีความกลัวเพียงเล็กน้อย (Boer & Seydel, 1998: 106) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความกลัวโดยให้กลุ่มทดลอง ชมวิดีโอที่สั้นเรื่อง “หลุด

เลือดคั่งชีวิตไส” และ “ความดันโลหิตสูง” สไลด์ภาพผู้ป่วยที่เสียชีวิตและพิการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงและสไลด์ภาพผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง โรคหัวใจวาย และโรคไตวายเรื้อรัง ภาพถ่ายเปรียบเทียบผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ภาพผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง และการทำเส้นเลือดเทียมสำหรับการล้างไต ร่วมกับการกระตุ้นหรือปลุกเร้าด้วยการบรรยายจากผู้วิจัย ตัวแทนผู้ป่วยและญาติที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และไตวายเรื้อรัง ได้มาเล่าประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจสังคม นอกจากนี้ยังมีการอภิปรายกลุ่มโดยมีผู้วิจัยและอาสาสมัครสาขารณศาสตรกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นตลอดจนแนวทางการป้องกันร่วมกัน สามารถออกมานำเสนอได้อย่างถูกต้องซึ่งผลการจัดอภิปรายกลุ่มพบว่าสมาชิกในแต่ละกลุ่มให้ความสนใจ มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งอิทธิพลและบรรยากาศของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น ร่วมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการตัดสินใจ หาข้อสรุปทำให้เกิดแนวคิด สามารถจำได้นาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างถาวรต่อไป (สุรีย์จันทร์ โมลิย์, 2527: 100-101)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุพพา อาศรัยราช (2541: 127) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สเป็นทฤษฎีหลักในการกำหนดกิจกรรม และการใช้กระบวนการกลุ่ม กระตุ้นให้แสดงความรู้สึกรู้สึก คิดเห็น การชมวิดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้กลุ่มทดลองทราบถึงความรุนแรงและผลกระทบต่อร่างกายและความรู้สึกจากการกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความกลัว ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2541: 131) ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน ได้จัดกิจกรรมโดยใช้กรณีตัวอย่างจากวิดิทัศน์เรื่อง “ความดันโลหิตสูง” และเรื่องราวที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เล่าถึงความรุนแรงของโรคที่ตนเองได้รับและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เป็นสื่อในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความกลัว และเห็นภาพที่รุนแรง การอภิปรายให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ซึ่งวิธีการดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลอง

และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคลินดอน และสตีเวน แพรนทิก ดันน์ (Mcclendon & Steven Prentice –Dunn, 2001: 321-328) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของการลดมะเร็งผิวหนังในเรื่องของการใช้ครีมกันแดดและการอาบแดด โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นแนวคิดในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเกี่ยวกับรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ผิวหนัง มีการให้ดูรูปภาพ และดูตัวอย่างจากคนที่เคยเป็นมะเร็งมาก่อน คู่มือเกี่ยวกับคนที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งผิวหนัง และการให้คำแนะนำโดยตรง หลังจากนั้นจึงมีการอภิปรายกลุ่มและติดตามผล ผลการทดลองพบว่า ร้อยละ 22 ในคนผิวขาวและร้อยละ 16 ในคนผิวดำ มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้ครีมกันแดดและการอาบแดด ในการป้องกันมะเร็งที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น

ในระยะติดตามผล พบว่ามีคะแนนน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยเฉพาะในส่วนของ (1) ความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (2) เมื่อเป็นความดันโลหิตสูงทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาและควบคุมอาหารรสเค็มไปตลอดชีวิต (3) คนที่เป็นอัมพาตจากความดันโลหิตสูงจะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งในระยะติดตามผลอาจเกิดจากความต้องการ ความสนใจในเนื้อหาของกลุ่มทดลองอาจแตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วนของผลกระทบ ที่กลุ่มทดลองอาจยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว จึงทำให้การรับรู้ในส่วนนี้ลดลง ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้โดยการค้นพบของ Bruner (อ้างใน สร้อย มะโนรา, 2550: 126) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้เรียนได้ประมวลข้อมูลข่าวสารจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสำรวจสิ่งแวดล้อม มนุษย์จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้ขึ้นกับความใส่ใจของผู้เรียน และความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ร่วมกับในระยะติดตามผลผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการกระตุ้นเตือน โดยใช้เอกสารแผ่นพับ ผ่านแรงสนับสนุนทางสังคมคืออาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 และการให้แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวตลอดการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้อาจขึ้นอยู่กับความสามารถในการลงจุดเน้น การให้น้ำหนักในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวในแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ บราวน์สไตน์ และคณะ (Brownstein, et al., 2007: 447) ที่กล่าวว่า ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ทำหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชน เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นจะต้องมีประสบการณ์ และมีทักษะในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การกระตุ้นเตือน และการให้บริการร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน

สมมุติฐานข้อที่ 1.2 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2.2 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.2 และภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในเรื่อง (1) คนที่มีรูปร่างอ้วนมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนน้ำหนักตัวปกติ (2) การดื่ม น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว หรือเกลือในอาหารเวลารับประทานเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง (3) การรับประทานผัก ผลไม้ ที่มีเส้นใยสูงและรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ สับปะรด เป็นประจำช่วยลดโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและลดลงในบางข้อ แต่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ คนที่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อยๆซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงานและยังไม่เคยเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน จึงใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวตัดสิน ประกอบกับการรับรู้เดิมมีความเข้าใจว่าความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเกิดในผู้สูงอายุ จึงทำให้คะแนนในส่วนนี้น้อยที่สุด

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการสื่อสารโดยการชูที่ดูความต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะส่งผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น (Mackay, 1992: 30) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง โดยให้หลักการคิดคำนวณค่าเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและค่าความดันโลหิตที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และใช้ค่าความดันโลหิตและค่าเส้นรอบเอวเป็นข้อมูลย้อนกลับให้แก่สมาชิก

พร้อมลงบันทึกแบบประเมินความเสี่ยงความดันโลหิตสูง และให้ร่วมกันพิจารณาเห็นว่าตนเองมีเกณฑ์ความเสี่ยงระดับใดบ้าง ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง เป็นแรงเสริมที่ดีที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น สามารถดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความต้องการที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเนื้อหาความรู้ที่นำเสนอ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและมีเหตุผลมากกว่าการทำให้กลัวเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่มีเหตุผล (สุภวรรณ จรรย์สุกกรินทร์, 2544: 123) สามารถพัฒนาร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องความดันโลหิตสูงและสไลด์ประกอบการบรรยาย ซึ่งเป็นจุดเน้นที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การให้กลุ่มตัวอย่างออกมาแสดงความรู้สึกและบอกถึงผลกระทบ ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิต โดยการร่วมอภิปรายกลุ่มเรื่องราวสมมุติของนางสาวสมศรี ที่เน้นให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของนางสาวสมศรี คือมีอายุ 49 ปี มีรูปร่างอ้วน มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งในเรื่องของการชอบรับประทานอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูงอยู่เป็นประจำ ไม่ชอบออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาจากการมีภาระดูแลมารดาที่ป่วยเป็นอัมพาตและโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องได้รับการดูแลเรื่องการให้อาหารและยาทางสายยาง การดูแลเรื่องการขับถ่าย และภาระในการพามารดาไปตรวจติดตามอาการและรับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน จากเรื่องราวสมมุติของนางสมศรีที่มีปัจจัยเสี่ยงลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ กระตือรือร้นในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้น ถึงผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ สังคม นอกจากนี้ ตัวแทนผู้ป่วยและญาติที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเส้นเลือดสมองแตกและหลอดเลือดหัวใจ นำเสนอเกี่ยวกับการมีปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดโรคจนกระทั่งมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการเรียนรู้จากผู้ที่ประสบการณ์ และสามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัยได้โดยตรง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา เตือนใจ หมวกแก้ว (2540: 158-159) และ วิภาวรรณ จรรย์สุกกรินทร์ (2544: 122-123) ที่พบว่าการใช้วิธีการดูสไลด์ประกอบเสียงคำบรรยาย เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การอภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การได้พูดคุยซักถามกับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวแทนจริง จากกิจกรรมดังกล่าว แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

อนุชา นิลอยู่ (2542: 125-126) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี พบว่าการจัดกิจกรรม โดยใช้สื่อ วิดีทัศน์ ช่วยประกอบคำบรรยาย การพูดคุยซักถามและเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โดยมีเจ้าหน้าที่และผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีดังกล่าว ทำให้ประชาชนกลุ่มทดลองมีการรับรู้การประเมินอันตรายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีมากขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541: 100-101) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมโดยการฉายวิดีโอและสไลด์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นสื่อในการประกอบกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ผ่านพินิจ (2550: 61) ที่พบว่าความหลากหลายของแหล่งข้อมูลที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง ในเรื่องการดูสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวาน การให้ความรู้ การอภิปราย การใช้ตัวแบบ และการใช้ประสบการณ์จริง สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร แจ่มประเสริฐ (2540: 132-133) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของสตรีผู้ใช้แรงงานในโรงงานผลิตอาหารทะเลแช่แข็ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าการจัดกิจกรรมเน้นให้เกิดการรับรู้อันตราย ความน่ากลัวของโรคเอดส์ โดยการบรรยายเรื่องโรคเอดส์ การชมจินตลีลาจากชีวิตจริงของผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ และมีการตั้งคำถามเพื่อซักถามกลุ่มทดลองเป็นระยะๆ ในประเด็นที่เน้นให้เห็นถึงความรุนแรง

ในระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ามีค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.045$) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากเกณฑ์การคัดเลือกรูปแบบที่เป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง คือ มีอายุ 35- 59 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักเกินโดยผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง มีโอกาสสัมผัสกับโรค (Bore & Seydel, 1998: 106) ร่วมกับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงข้างต้น ที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลย้อนกลับ โดยการตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการวัดเส้นรอบเอวด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคตลอดเวลา ซึ่งการให้ข้อมูลป้อนกลับจะเสริมสร้างให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ชัดเจน เกิด

การรับรู้ที่ถูกต้องและมีเหตุผลมากกว่าการทำให้เกิดความกลัวเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่มีเหตุผล (ศุภวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544: 123) นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยการแจกเอกสาร แผ่นพับที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งการกระตุ้นเตือนด้วยข้อความเชิงบวกจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมและปรากฏพฤติกรรมตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น (Hillhouse & Gilbert: 1998 อ้างใน Mcclendon & Steven Prentice-Dunn, 2001:326) และสอดคล้องกับ Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: AHA (2002: 106-388) ให้คำแนะนำว่าการกระตุ้นเตือนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการส่งข้อความอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่อง การควบคุมอาหาร การควบคุม น้ำหนัก การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สามารถที่จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจและหลอดเลือดสมองได้ดี จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงในระยะติดตามผลยังคงอยู่

สมมุติฐานข้อที่ 1.3 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2.3 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.3 และ ภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.3

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็นที่เพิ่มมาก 3 อันดับคือ (1) ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดได้ (เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม เป็นต้น) (2) ท่านสามารถลดการดื่ม น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส

หรือเกลือป่น ลงในอาหารเวลารับประทานอาหารได้ทุกครั้งถึงแม้ท่านจะรู้สึกว่าการนั้นไม่อร่อย
(3)ท่านสามารถรับประทานผักได้ทุกวัน

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมต่างๆซึ่งสอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของเบนดูรา (Bandura) เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เบนดูรา (Bandura) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในเรื่องการฝึกการจัดมืออาหาร เทคนิคการเลือกซื้ออาหาร การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่าเดินแอโรบิกแบบพื้นฐาน การฝึกทักษะวิธีตรวจวัดชีพจร การทดสอบด้วยการพูดขณะออกกำลังกาย การฝึกทักษะการนวด กัดจุด การฝึกทักษะการหายใจและการหย่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับกิจกรรมการดังกล่าว มีการฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รู้สึกได้

2. การใช้ตัวแบบ(Modeling) ใช้ตัวแบบด้านบวกที่มีวิธีการดำเนินชีวิตคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตัวแบบจากผู้ป่วยและตัวแบบจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เล่าประสบการณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว การใช้ตัวแบบด้านบวก ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตและตัวแบบที่หลากหลายของบุคคลมีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้ตัวแบบบุคคลเดียวซ้ำๆ ความสามารถแห่งตนจะเพิ่มขึ้นถ้าพฤติกรรมต้นแบบชัดเจน และเป้าหมายเป็นสิ่งที่สังเกตได้ (Gilber & Sawyer, 2000: 55) และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดหรือสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้และทำให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยการได้รับการพูดชักจูงจากตัวแบบเพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม และผู้วิจัยได้กล่าวคำพูดชักจูงถึงระดับความสามารถที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อเป็นการตอกย้ำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ว่าตนเองนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จถ้าได้ทดลองปฏิบัติซึ่งกิลเบอร์และซอร์เยอร์ (Gilber and Sawyer, 2000: 55) กล่าวว่า การชักชวนด้วยวาจา มีประสิทธิภาพ

เมื่อมีการเชื่อมโยงการกระทำที่ประสบผลสำเร็จกับตัวแบบ แต่น้อยนักที่จะมีการเพิ่มความสามารถ
 แห่งตน ถ้าใช้แบบแยกส่วนเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) โดยการให้ตัวแบบด้านลบกล่าวถึง
 ผลกระทบที่ได้รับ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากการเจ็บป่วยเป็น ความดันโลหิต
 สูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูดชมเชย ให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม จาก
 บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและการให้รางวัลจากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาใน
 การเข้าร่วมกิจกรรม

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ตามข้อเสนอแนะของแบนดูรา (Bandura) ในการ
 พัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเ็จ (Mastery
 Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง(Verbal Persuasion) การกระตุ้นทาง
 อารมณ์ (Emotion Arousal) ผู้วิจัยยังเน้นให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จาก
 การอภิปรายกลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ได้เรียนรู้
 ประสบการณ์จากเพื่อนสมาชิกและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว
 และอาสาสมัครสาธารณสุขในการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจและชมเชย เป็นส่วนช่วยให้เกิดการ
 พัฒนาให้มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุภา เลหาพจนารถ (2544: 92-93) ที่ศึกษา
 การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความ
 คาดหวังในความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูงและสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต สิงห์ทอง (2541: 90-91) ศึกษาเกี่ยวกับการ
 พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยพบว่าหลังการได้รับ
 โปรแกรมการทดลองโดยการจัดประสบการณ์ตรง การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ และการอภิปราย
 ร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ว่าสามารถทำได้และทำได้ถูกต้อง
 จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองได้มากขึ้น เมื่อ
 ได้ลองกระทำแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของประทีน อิ่มสุขศรี
 (2542: 124-126) ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีอายุระหว่าง 36-55 ปีโดยจัด
 กิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้เห็นการสาธิตและได้ทดลองปฏิบัติ การพูดคุย ชักถามแลกเปลี่ยนความ
 คิดเห็นระหว่างสมาชิก และตัวแบบที่มีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การ
 กระตุ้นเตือนซึ่งกันและกันตลอดจนได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้วิจัย
 มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพัฒนาความสามารถตนเองได้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและ
 ดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ในระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.154$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากในระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยใช้เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ โดยผ่านการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เป็นระยะ บวกกับประสบการณ์เรียนรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรม จึงทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูงยังคงอยู่ โดยเฉพาะในส่วนของ (1) ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดได้ (เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม เป็นต้น) (2) ท่านสามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ของทอดต่างๆ ให้น้อยลงได้

สมมุติฐานข้อที่ 1.4 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2.4 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.4 และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.4

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มขึ้นและลดลงในบางข้อ ในประเด็นที่คะแนนลดลงคือ (1) การลดหรือลดการรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม จะช่วยในการลดน้ำหนักและลด

โอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้ (2) การผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นต้น ช่วยทำให้จิตใจสงบและป้องกันความดันโลหิตสูงได้ (3) การนอนหลับเป็นวิธีที่ทันท่วงทีและง่ายเพื่อผ่อนคลายความเครียดและช่วยในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นที่ลดลงอาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ขาดโอกาสในการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้ถึงการพัฒนาการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ตัวแบบด้านบวก เล่าประสบการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคและวิธีการแก้ไขและเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สม่่าเสมอจะมีผลดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไร เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี ดังการศึกษาของ แมดดักซ์ และโรเจอร์ (Maddux & Rogers อ้างใน Boer & Seydel, 1998 : 95-96) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันการรักษาสุขภาพของบุคคล การเพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และหาแนวทางการปฏิบัติตัวที่ยั่งยืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างเขียนถึงความคาดหวังและสิ่งภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติได้และสิ่งที่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับบอร์ และซีเดล (Boer & Seydel, 1998: 107) ที่พบว่าการให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูง จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ต่ำ ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา กิจจาชาญชัยกุล (2541: 107) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการนำกระบวนการกลุ่มร่วมกับการอภิปรายแสดงความคิดเห็น การฝึกทักษะแล้วนำกลับไปปฏิบัติจริงที่

บ้าน เมื่อปฏิบัติแล้วได้รับรู้ถึงผลการปฏิบัตินั้นว่าเกิดผลดีกับตนเองทำให้ได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง อีกทั้งการได้รับคำชมเชย การได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและจากผู้วิจัย ซึ่งแสดงถึงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ได้ฝึกการให้กำลังใจตนเองในทุกๆ ด้าน ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับ จารุภา เลาหพจนารถ (2544: 93) พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง สูงมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้วิจัยได้ทำให้เกิดการรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองอย่างไร เกิดกำลังใจ ความมั่นใจในตนเองและเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541: 104-105) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าการจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยได้ดูแบบอย่างที่ดีจากผู้ป่วยที่ร่วมกลุ่ม ได้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจากตัวแบบโดยตรง ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าจะสามารถมีพฤติกรรมดังตัวแบบแล้ว จะเกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544: 123-124) พบว่าการใช้กลวิธีการสัมภาษณ์ตัวแบบด้านบวกที่มีประสบการณ์ตรงและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องผลดีที่ได้จากการปฏิบัติตัว รวมทั้งการได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติตัว เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดตัว แล้วส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง การมีน้ำหนักลดลง มีความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นต้น สามารถทำให้คะแนนการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในระยะติดตามผล พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.092$) เนื่องมาจากในระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยใช้เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ โดยผ่านการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เป็นระยะ บวกกับประสบการณ์เรียนรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรม จึงทำให้การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการป้องกันความดันโลหิตสูงยังคงอยู่ โดยเฉพาะ (1) การรับประทานอาหารจำพวกข้าว

แป้ง น้ำตาล กะทิ ให้น้อยลงจะสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนและช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้และ (2) การออกกำลังกายที่ไม่ใช้งานประจำแบบง่ายๆ เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหารทุกวัน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

สมมุติฐานข้อที่ 1.5 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2.5 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.5 และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.5

ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีและถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต ถ้าปฏิบัติตามแล้วได้ประโยชน์อย่างไร ทำได้อย่างไร การได้ดูตัวแบบด้านบวกที่มีลักษณะคล้ายคลึงตนเอง การรับประสบการณ์ตรงจากการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เมื่อประเมินดูทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่ง เบค และ ลันด์ (Beck & Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992: 34-35) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความคาดหวังในความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ในการให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน ชักจูง การให้กำลังใจ ร่วมกับการใช้เอกสารแผ่นพับและการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นระยะเป็นแรงจูงใจทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976: 300) ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ

กนกกรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541: 88-98) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถ ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 20.19 สอดคล้องกับแทนเนอร์ และเฟลด์แมน (Tanner & Feldman, 1997) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน โดยการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นเตือน ทางโทรศัพท์และจดหมายทำให้พฤติกรรมการติดตามการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานดีขึ้น และสอดคล้องกับคำแนะนำของ บราวน์สไตล และคณะ (Brownstein, et al., 2007: 447) ที่กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพ ในชุมชน (Community Health Workers) จะให้ผลทางบวกทั้งในด้านความสัมพันธ์ระหว่าง แรง สนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนน เฉลี่ยลดลงอาจเกิดจากกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ขาดการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความคาดหวังใน ความสามารถตนเอง และการรับรู้ในประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ร่วมกับไม่ได้รับการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุข จึงทำให้ใช้ประสิทธิภาพเดิมในการตอบสนองสัมภาษณ์ ตามการรับรู้และตามการปฏิบัติ จริง จึงไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่ (2542: 133) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี พบว่า การจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดย เน้นให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ได้รับประสบการณ์ตรง ร่วมกับการได้รับแรง สนับสนุนทางบุคคลอ้างอิงในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง เป็นผู้คอยกระตุ้นชักจูงให้เกิดการยอมรับ มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประทีน อิมสุขศรี (2542: 124-126) ศึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีอายุระหว่าง 36-55 ปี พบว่าการประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยกลวิธีสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย ความรู้ประกอบวีดิทัศน์ การอภิปราย การสาธิต การใช้ตัวแบบ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากสมาชิกกลุ่ม และอาสาสมัครสาธารณสุขและจากผู้วิจัยโดยการเยี่ยมบ้าน ใช้จดหมายกระตุ้น เตือน ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงถูกต้องเพิ่มมาก ขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา ไชยยะ (2540: 124-126) ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าการใช้กิจกรรมโดยใช้ตัวแบบ การกระตุ้นเตือนด้วยจดหมาย การให้กำลังใจ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุภา เลหาพจนารถ (2544: 95-96) ศึกษาเกี่ยวกับประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก พบว่าการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเน้นให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ตรงจากการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การประเมินศักยภาพตนเองว่าทำได้ รวมทั้งการได้รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้เกิดความคาดหวังดีของการปฏิบัติ ทำให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ผ่านพิณิจ (2551: 64-65) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการจัดกิจกรรมโดยการชมวีดิทัศน์ สไลด์ การอภิปราย การใช้ตัวแบบด้านลบและด้านบวก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย และการกระตุ้นเตือนด้วยไปรษณียบัตร พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลของการมีพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าวสอดคล้องกับสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003) แนะนำว่า ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life Style Modification) ทั้งในเรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดหรือเลิกสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นวิธีที่สามารถในการป้องกันเกิดโรคความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ผลการศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงดังกล่าวสามารถแยกอภิปรายรายด้านได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงรายด้าน

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.630) ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพิ่มมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข้าวไก่ แกงหมูเทโพ พะแนงเนื้อ หรือขนมใส่กะทิ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ข้าวต้ม เป็นต้น (2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบข้าวหน้าเป็ด หนั๋งไก่ทอดและ (3) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าประเภท ผักและผลไม้ ส่วนพฤติกรรมที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารเช้าเพิ่มเติมจากที่ปรุงมาแล้ว

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องมาจาก การจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทั้งในเรื่อง ข้อเสนอแนะในการเลือกซื้ออาหาร ข้อเสนอแนะในการปรุงอาหาร ข้อเสนอแนะในการจัดมื้ออาหาร และข้อเสนอแนะในการเลือกรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง (The Approaches Dietary Stop Hypertension : DASH Diet) โดยเน้นอาหารประเภทผักผลไม้ ที่ให้โพแทสเซียม นม และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ที่ให้แคลเซียม ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง ที่ให้ไฟเบอร์และแมกนีเซียม จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ให้เกิน 1 ครั้ง สำหรับผู้หญิง 2 ครั้ง สำหรับผู้ชาย และจำกัดโซเดียมไม่ให้เกิน 300 มิลลิกรัมต่อ (JNC 7, 2003: 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีแล้ว ประสบการณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนัก อย่างสม่ำเสมอ ปัญหาอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการควบคุมอาหารในหัวข้อ “ประโยชน์ในการควบคุมอาหารกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง” และอภิปรายการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างว่าแต่ละคนมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด การให้กลุ่มตัวอย่างฝึกจัดมื้ออาหารโดยผู้วิจัยและนักโภชนาการ เพื่อเลือกประเภทอาหารและปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนักและป้องกันความดันโลหิตสูง 3 มื้อใน 1 วัน และให้คำแนะนำรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร และสถิติการลงบันทึกรายการ ชนิด และปริมาณอาหารลงในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกต่อที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และคัดเลือกตัวแบบจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมอาหารได้ดีและถูกต้องมานำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกในสัปดาห์ถัดไป ซึ่งกลวิธีเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ เห็นประโยชน์ของการฝึกปฏิบัติ และมองเห็นแนวทางการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ในระยะติดตามผล พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.375$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากประสบการณ์เรียนรู้จาก

การจัดกิจกรรม ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามได้ และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยใช้เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับอาหารหยุดความดันโลหิตสูง และการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารยังคงอยู่

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.218$) ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายชื่อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น การทำงานบ้านติดต่อกันเป็นเวลานานจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก เช่น ถูบ้าน คายหญ้า ทำสวน อาจเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และทำงานบ้าน จึงทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่ เน้นไปที่การทำงานบ้าน และกิจการงานที่ทำอยู่ ดังนั้นจึงควรเพิ่มเติมและเน้นในประเด็น การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นๆเช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน และประเด็นความต่อเนื่องของการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง เนื่องจากพบว่ากลุ่มทดลองยังปฏิบัติไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มทดลองไม่เคยได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติมาก่อน ทำให้ขาดทักษะ ไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติ ที่สำคัญการจัดกิจกรรมในเรื่องของพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่จัดให้กลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์สุดท้าย และทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังทำกิจกรรมทันที จึงอาจทำให้ยังไม่เห็นผลของการปฏิบัติได้ชัดเจนมากนัก

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดกิจกรรมโดยผู้วิจัยเลือกตัวแบบจากกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมได้เล่าถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคของตนเองพร้อมทั้งวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นตัวอย่างและเป็นการกระตุ้นสมาชิกกลุ่มที่ยังไม่ปฏิบัติหรือยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้น เชื่อมโยงคำพูดให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม และได้กล่าวชมเชยตัวแบบและกลุ่มตัวอย่าง มีการให้ความรู้โดยนักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทั้งชนิดของการออกกำลังกาย ระยะเวลา และความถี่ รวมทั้งเสนอวิธีการออก

กำลังกาย เช่นการเดิน การวิ่งเหยาะ การเดินแอโรบิก การถีบจักรยาน มีการสาธิตและฝึกทักษะเกี่ยวกับการทดสอบความหนักเบาของการออกกำลังกาย การฝึกทักษะวิธีตรวจวัดชีพจรและการทดสอบด้วยการพูด เพราะการออกกำลังกายที่ได้ผลจะต้องให้ชีพจรเต้นได้เร็วตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามกลุ่มอายุ (สุกัญญา วงษ์เพ็ง, 2542 :19; JNC, 2003: 4) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการฝึกทักษะ การออกกำลังกายด้วยท่าเดินแอโรบิกแบบพื้นฐานสำหรับบุคคลอายุ 40-59 ปี ประมาณ 20 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับกิจกรรมการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผลการจัดกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และให้ความร่วมมืออย่างดี รู้สึกสนุกสนานกับกิจกรรมดังกล่าว เมื่อสอบถามการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รู้สึกได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกกระตือรือร้น หายปวดเมื่อย และการออกกำลังกายไม่ได้ยากอย่างที่คิด และคิดว่าตนเองสามารถออกกำลังกายด้วยวิธีนี้และจะสมัครเข้าร่วมชมรมแอโรบิกของหมู่บ้านด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดยังร่วมให้ข้อมูล ชี้นำ กระตุ้นเตือนให้ทุกคนนำไปปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ในระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองเกือบทุกประเด็น โดยประเด็นที่เพิ่มสูงขึ้นคือ (1) ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายเช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน หรือออกกำลังกายบริหารให้เหงื่อออกบ่อยเพียงใด (2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าใด ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องมาจากประสบการณ์เรียนรู้จากการจัดกิจกรรม ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว การเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการกระตุ้นเตือน การชักชวน การให้กำลังใจ การพาไปออกกำลังกาย การชมเชยเมื่อกิจกรรมปฏิบัติตามได้ และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยใช้เอกสารแผ่นพับเรื่อง “ออกกำลังกายอย่างไรให้หัวใจแข็งแรง” ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเกิดความพยายามและอดทนนำไปสู่พฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและถูกต้องมากขึ้น และจากการสอบถามหัวหน้าชมรมแอโรบิกในหมู่บ้าน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกในช่วงเวลา 17.00-18.00 จำนวนถึง 9 คนแต่มีขาดหายบ้างในบางวัน เนื่องจากมีภาระในการดูแลครอบครัว แต่คาดว่าจะมีการชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้เพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียด

ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.260$) ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียด

ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.001$) และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มมากขึ้นเกือบทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น (1) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด บ่อยเพียงใดและ (2) เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด เช่น ปรึกษาคนใกล้ชิด การนวดกดจุด การหย่อนเกร็งกล้ามเนื้อ กำหนดลมหายใจเข้า ได้บ่อยเพียงใด ส่วนในประเด็นที่ต้องปรับปรุงคือ ในแต่ละคืนโดยส่วนใหญ่ท่านนอนหลับสนิทนานเท่าใด เนื่องจากพบว่าเป็นประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ลักษณะงานอาชีพที่ไม่ได้ทำงานเป็นเวลาบางครั้งต้องทำงานต่อเนื่องเมื่องานยังไม่สำเร็จ ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ต้องตื่นนอนเร็วกว่าปกติ หรือเข้านอนช้ากว่าปกติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและลดลงในบางข้อแต่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในหัวข้อเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุการเกิดความเครียด ผลร้ายของการเกิดความเครียดต่อภาวะความดันโลหิตสูง เทคนิคและวิธีการผ่อนคลายความเครียดในแบบต่างๆ และให้สมาชิกร่วมอภิปรายกลุ่ม ระบุถึงผลร้ายของความเครียดต่อโรคความดันโลหิตสูง และบอกถึงผลดีของการผ่อนคลายความเครียด เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและนอกกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยและพยาบาลจิตเวชายังให้สมาชิกฝึกปฏิบัติเทคนิคและวิธีการผ่อนคลายความเครียดในแบบต่างๆ โดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังเทปบันทึกเสียงการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการเกร็งและหย่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การนวดกดจุด และให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติ ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมการผ่อนคลายความเครียด เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายคนรู้สึกชอบมาก บอกว่าสามารถนำกลับไปทำได้ไม่ยาก และสามารถปฏิบัติได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกถึงความผ่อนคลายและรู้สึกสบาย โดยเฉพาะเทคนิคการเกร็งและหย่อนคลายกล้ามเนื้อ และการนวดกดจุด ส่วนการเทคนิคการฝึกการหายใจยังจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์และการฝึกบ่อยๆ จึงจะสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น

ในระยะติดตามผล พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการนอนหลับ คือในแต่ละคืนท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจบ่อยเพียงใดและโดยส่วนใหญ่

ท่านนอนหลับสนิทนานเท่าใด ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมโดยเฉพาะการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดทั้งในเรื่องการฝึกหัดเกร็งกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจและการนวดกดจุด รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้คะแนนในส่วนนี้เพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

จากการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.009$) ($p\text{-value}_{\text{ระยะติดตามผล}} < 0.001$)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นทุกประเด็นคือ (1) ประเด็นความบ่อยครั้งในการดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (2) ประเด็นความสามารถในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการถูกชักชวนเพื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกประเด็นแต่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคร้ายแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากอยู่เป็นประจำเพื่อก่อให้เกิดความกลัว เน้นให้เห็นถึงผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยให้กลุ่มทดลองได้ ชม สไลด์ภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคตับแข็ง โรคมะเร็งที่ตับ และโรคพิษสุราเรื้อรัง ร่วมกับการกระตุ้นหรือปลุกเร้าด้วยการบรรยายประกอบเสียงจากผู้วิจัยในการให้ความรู้และการแนะนำเทคนิคต่างๆ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์โดยพยาบาลจิตเวช มีการอภิปรายกลุ่มระบุถึงผลร้ายของการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และบอกถึงผลดีของการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้แต่ละคนระบุถึงระดับของความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ได้ กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ไปในทางที่ดีขึ้น

ในระยะติดตามผล พบว่า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นทุกประเด็น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และนานๆครั้งก็ดื่มเมื่อมีงานเลี้ยงสรรสรรค์ หรือเมื่อถูกชักชวนจากเพื่อนฝูง ประกอบกับประสบการณ์การเรียนรู้จากการจัดกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นนอกจากนั้นการได้รับการกระตุ้นเตือน ตักเตือนและให้กำลังใจ จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จะยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจและความพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีมากมากขึ้น ซึ่งครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทในการที่จะช่วยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ให้เลิกดื่มได้ โดยเฉพาะถ้าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเป็นไปอย่างดี การให้ความสนใจให้เวลา และให้กำลังใจกับผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ การต่อสู้ โกรธเคือง และเมินเฉยมีแต่จะทำให้ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์แย่ลงไปอีก ครอบครัวควรมองเห็นความสำคัญในการจะร่วมแก้ปัญหาตั้งแต่แรก โดยไม่ละทิ้งปัญหาที่เกิดขึ้น (ปิยนุช รักสุขพานิชย์, 2542: 20-21)

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

จากการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.298$) ($p_{\text{ระยะติดตามผล}} = 0.185$) และภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.117$) ($p\text{-value}_{\text{ระยะติดตามผล}} = 0.060$)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยคือ (1) ท่านได้รับควันบุหรี่บ่อยครั้งเพียงใด(สูบเองหรือจากคนรอบข้าง) (2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ เช่น การสูบ การอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือสามารถปฏิเสธการถูกชักชวนสูบบุหรี่จากบุคคลอื่นได้บ่อยเพียงใด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนลดลงเพียงเล็กน้อย

ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าจากการจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสาร โน้มน้าวจิตใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคร้ายแรงจากการควันบุหรี่ เช่น การให้กลุ่มทดลองได้ ชมสไลด์ภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการสูบบุหรี่ เช่น ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง

ปอด และมะเร็งที่ริมฝีปาก ร่วมกับการกระตุ้นหรือปลุกเร้าด้วยการบรรยายประกอบเสียงจากผู้วิจัย ในการให้ความรู้และการแนะนำเทคนิคต่างๆ ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ จากบุคคลรอบข้างโดยพยาบาลจิตเวช มีการอภิปรายกลุ่มระบุถึงผลร้ายของการสูบบุหรี่หรือได้รับ ควันบุหรี่อยู่เป็นประจำต่อโรคความดันโลหิตสูง และบอกถึงผลดีของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ การได้รับควันบุหรี่ พร้อมทั้งให้แต่ละคนระบุถึงระดับของความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวยังไม่สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการ หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สาม ในสี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ทำให้ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีพฤติกรรมใน การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ก่อนการทดลองถูกต้อง เหมาะสมอยู่แล้ว และส่วนใหญ่ยังคิดว่า การได้รับควันบุหรี่จากบุคคลรอบข้างเป็นเรื่องเล็กน้อย เนื่องจากตนเองไม่ได้เป็นคนสูบบุหรี่น่าจะ ทำให้ไม่เกิดโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความใส่ใจและไม่มีความแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ว่า ถ้าการประเมินค่าภาวะคุกคามไม่ เกิดขึ้น เพราะมีการต่อต้านทางกลไกขึ้นภายในร่างกายหรือจิตใจ เช่น บอกกับตัวเองว่า ไม่มีทางเกิด ขึ้นกับฉัน ไม่มีทางเป็นไปได้กับฉันอย่างนี้ และ/หรือมีพฤติกรรมตามคำแนะนำจากการเลือกซึ่งไม่มี ความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคในระดับต่ำ (Egger and other, 1999: 34) ในทางกลับกัน ถ้าคนเรามีการรับรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง และเห็นผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่นกัน และถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง แต่เห็นว่าผลดีของการปฏิบัติตามมีน้อย ความตั้งใจ ในการปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย (Mackay, 1992: 34-35) นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณหนึ่งใน สี่ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน การให้กลุ่ม ตัวอย่างมีการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ในทันที จึงยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก จำเป็นต้องมีการติดตามการ เปลี่ยนแปลงต่อไปในระยะยาว

พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต

จากการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลัง การทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต สูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}_{\text{หลังการทดลอง}} < 0.001$)($p\text{-value}_{\text{ระยะติดตามผล}} = 0.025$) และ ภายหลังการจัดโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนน เฉลี่ย พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.009$) ($p\text{-value}_{\text{ระยะติดตามผล}} < 0.001$)

โดยประเด็นที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมประเมินผลการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองและเพื่อนสมาชิก ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวัดความดันโลหิต ทั้งค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์และเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผลร้ายของการไม่ตรวจวัดความดันโลหิต รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และร่วมกันเสนอหาแนวทางในการได้รับการบริการในการตรวจวัดความดันโลหิตได้อย่างไรบ้าง ประกอบกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการกระตุ้นเตือนและพาไปตรวจวัดความดันโลหิต การเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นระยะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต ดีวก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานข้อที่ 3 โปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในชุมชนมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวลดลงวก่อนการทดลอง

ผลการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอว พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.088$) แต่เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวลดลงวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3

ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงค่าเส้นรอบเอวที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการวัดเส้นรอบเอวของตนเอง และใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับในการประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง การได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ประสิทธิผลของการมีน้ำหนักตัวและมีค่าเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยด้วยเอกสารแผ่นพับ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงค่าเส้นรอบเอวนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาอันสั้น จำเป็นต้องต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจในการมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของประทีน อัมสุขศรี, 2542: 130-131; จารุภา เลหาพจนารถ, 2544: 95-96; บุญช่วย นาสุนเนิน, 2544: 124-125

สรุปผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จุดเน้นสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การเน้นที่การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว บนพื้นฐานของการรับรู้ความรุนแรงและความเป็นได้ของการเกิดเหตุการณ์นั้นและการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหามบนพื้นฐานของการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้กลวิธีที่เน้นให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม คือ การคู่มือวิดีโอทัศน์ สไลด์ประกอบคำบรรยาย การทำแบบประเมินความเสี่ยง การเสนอตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกทักษะส่งผลให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและเกิดการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง จึงนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่สรุปได้ว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดต่อเมื่อ (1) บุคคลเห็นว่าภาวะคุกคามต่อสุขภาพอยู่ในขั้นรุนแรง (2) บุคคลรู้สึกว่าคุณเองอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคุกคามนั้น (3) บุคคลเชื่อว่าการปรับตัวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามนั้น หรือทำให้ความเสี่ยงและอันตรายจากโรคนั้นหมดไป (4) บุคคลมีความเชื่อมั่นหรือคาดหวังในความสามารถตนเองว่าจะสามารถกระทำการตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย และ (5) อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981, อ้างใน Israel, 1985: 60-80) คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่นการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความพยายาม และมีความอดทนต่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามได้ การสนับสนุนด้านการประเมิน เช่น การเห็นพ้อง การให้การยอมรับในสิ่งที่กลุ่มทดลองแสดงออกมา สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง สนับสนุนด้านเวลา เช่นการพากลุ่มตัวอย่างไปออกกำลังกาย การไปตรวจ วัดความดันโลหิต การเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8 จากผลการศึกษาดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเชื่อมโยงที่นำไปสู่ปรับเปลี่ยน ความเชื่อ ทักษะ พฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมุ่งศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน จ.นครปฐม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองมีผู้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยจัดขึ้น จำนวน 4 ครั้ง ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 25 พฤษภาคม 2551- 30 กรกฎาคม 2551

ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลเกี่ยวกับเส้นรอบเอว หลังจากเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและควบคุม Type I Error โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016 ซึ่งสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะของการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะใกล้เคียงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 46-50 ปี และอายุ 41-45 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 58 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ มากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 51-55 ปี และอายุระหว่าง 46-50 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด เกือบครึ่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน สองในห้าของกลุ่มทดลองมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทและ มากกว่าครึ่งของกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูงในครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือมารดาเป็นความดันโลหิตสูง สูงที่สุด ร้อยละ 54.5 และ 41.7 ตามลำดับ

เกินกว่า ครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง แต่ไม่ค่อยเข้าใจ สำหรับกลุ่มที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ใกล้เคียงกัน โดยได้รับจากแพทย์ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 54.2 และ 68.8 กลุ่มทดลอง มีความต้องการลดน้ำหนักแต่ไม่เคยปฏิบัติ มากที่สุดร้อยละ 56.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ต้องการลดน้ำหนักมากที่สุดร้อยละ 56.3 กลุ่มทดลองไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิตเลย ร้อยละ 38.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิตเลย ร้อยละ 37.8 เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ยกเว้นความต้องการลดน้ำหนักและการตรวจวัดความดันโลหิตพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ผลที่ได้จากการจัดกิจกรรม

การการใช้โปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเส้นรอบเอว ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีเพียงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.117$) ($p\text{-value} = 0.060$) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) มีเพียงพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.117$) ($p\text{-value} = 0.060$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ด้านโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เคยชินและปฏิบัติมาเป็นเวลานาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงต้องมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม ที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมถึงตัวแปร ทั้ง 4 ตัวแปร คือการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีมากขึ้น

จุดเด่นของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน

1. ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างต่อทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง คือ มีอายุ 35- 59 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักเกินโดยผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง มีโอกาสสัมผัสกับโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจกระตือรือร้นต่อกลวิธีตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรรมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป

2. การนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการดำเนินงานในชุมชนร่วมกับกลุ่มคนจำนวนมากพบว่า การนำบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข มาเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงให้เห็นว่า

ครอบครัว และชุมชนควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวและในชุมชน รวมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทั้งภายในครอบครัวและระหว่างครอบครัวและชุมชนอีกด้วย

การประยุกต์ใช้หรือการนำโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในบริบทอื่น ๆ

การนำโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนสามารถ นำไปใช้หรือประยุกต์ใช้ได้บริบทที่ใกล้เคียง ทั้งในระดับชุมชน ในคลินิก และในประชากรกลุ่ม เสี่ยงอื่นๆ แต่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ เช่น กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อุปกรณ์ ทรัพยากรบุคคล และสิ่งแวดล้อม

1. ระดับปฐมภูมิในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ ป่วยเป็นโรคแล้ว แต่อาจมีข้อจำกัดในส่วนของการจัดกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในระดับปฐมภูมิ หรือในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนั้นผู้ที่นำโปรแกรมนี้ไปใช้ สามารถ ปรับเปลี่ยนโดยการฝึกฝนทักษะของตนเองให้มีความสามารถในการจัดกิจกรรมแต่ละด้านได้ด้วย ตนเองหรือเหมาะสมตามทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่

2. ระดับทุติยภูมิในคลินิก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันออกไปใน ลักษณะของกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคแล้ว นอกจากนี้ในคลินิกยังมีความเหมาะสมและความพร้อมทั้งใน ด้านสถานที่ ทรัพยากรบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้เชี่ยวชาญด้าน จิตเวช แต่การให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และ อาสาสมัครสาธารณสุข อาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่การใช้กลวิธีในการสร้างเครือข่าย ร่วมกับการประสานงานระหว่างระดับทุติยภูมิจึงระดับปฐมภูมิมาใช้ โดยการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคแล้วในคลินิก ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิในชุมชนควบคู่กันไป จะทำได้ผลดีมากยิ่งขึ้น

3. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง หรือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง หรือแม้แต่กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว

2. ด้านวิธีการ

2.1 การใช้ข้อมูลป้อนกลับในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค เป็นแรงเสริมที่ดี ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น สามารถดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความ ต้องการที่จะตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าหรือเนื้อหาความรู้ที่นำเสนอ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลได้พัฒนา ตนเอง

2.2 การอภิปรายกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สร้างโอกาสการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ร่วมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งอิทธิพลและบรรยากาศของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายที่หลายหลายมาก

2.3 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นเตือนด้วยเอกสารแผ่นพับที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8 การใช้เอกสารแผ่นพับนอกจากจะเป็นการกระตุ้นเตือนที่ดีแล้วยังทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย วิธีการและระดับการกระตุ้นเตือน เป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในระยะติดตามผล ทั้งความถี่และความสมบูรณ์ของเนื้อหา ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น การเพิ่มความถี่ให้มากขึ้น เช่น 2 สัปดาห์ครั้ง ในระหว่างการทดลอง และสัปดาห์ละครั้งในระยะติดตามผล หรือเพิ่มวิธีการกระตุ้นเตือนโดยการ ใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ได้ผลดีมากขึ้น

2.4 การจัดกิจกรรมโดยมีผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เช่น ตัวผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ทำงานด้านอาชีวกรรม นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และ อาสาสมัครสาธารณสุข มาร่วมในกิจกรรมต่างๆอย่างเป็นกันเองจะสร้างความสนใจและความเชื่อศรัทธาให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์

3. ด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการคัดเลือกบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อกลุ่มตัวอย่างมีความเต็มใจและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรม มีความห่วงใยในสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อาจยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีและต่อเนื่องมากขึ้น

3.2 การศึกษาครั้งนี้ได้มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดความดันโลหิตสูง แต่จากผลการวิจัย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและสามในสี่เป็นเพศหญิงและส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงในระยะต่อไป ดังนั้นถ้าต้องการศึกษาปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย ควรพิจารณาเพิ่มเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและจัดกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างและการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ควรมีการศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชนนั้นๆเป็นอย่างดีร่วมกับการประสานความร่วมมือไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนนั้นๆ เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบในแต่ละครั้งของการจัดกิจกรรม

2. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 10 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยอีกขึ้นตอนหนึ่งเพื่อติดตามและประเมินความคงทนของพฤติกรรม การป้องกันความดันโลหิตสูง คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมพักผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต และค่าเส้นรอบเอว

3. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลายปัจจัย ดังนั้นกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างจึงควรมีความหลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมป้องกันโรคมามากที่สุด แต่มีข้อพึงระวังคือ กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับกิจกรรมหลายกิจกรรมในครั้งเดียว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายได้ ดังนั้นกิจกรรมที่ให้จึงควรสร้างความสนุกสนาน และรู้สึกผ่อนคลาย ไม่สร้างความตึงเครียดจนเกินไป และควรจัดกิจกรรมที่มีความหนักเบาของเนื้อหาสลับกันไป หรือจัดสรรเวลาให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมนั้นๆ

4. จากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากผลของกิจกรรมและผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่ายิ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การเกิดโอกาสเสี่ยงมากเพียงใด จะยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและกระตือรือร้นในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาในประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ Pre-Hypertension และมีภาวะไขมันในเลือดสูง

- การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 1 ปัจจัย กับกลุ่มที่ปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วม เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเกิดความดันโลหิตสูงต่อไปในอนาคต

โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม
(PRIMARY HYPERTENSION PREVENTION PROGRAM IN A COMMUNITY,
NAKONPATHOM PROVINCE)

อรนุช พงษ์สมบุญ 4836044 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชา เทียงธรรม., Dr.P.H., อาภาพร เผ่าวัฒนา, Ph.D.,

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่ง และเป็นสถานการณ์ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงให้แก่ชุมชนในการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น สำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากหัวใจวาย ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต มักจะกลายเป็นภาระโรคที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เกิดภาวะพึ่งพิงและทนทุกข์ทรมานเป็นแรมปี และมีค่าใช้จ่ายสูง ในปัจจุบันพบว่ามิประชากรทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1000 ล้านคน (Joint Nation Committee, 2003: 2) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคนในปีค.ศ. 2025 (Hearney และคณะ, 2005 อ้างใน Molean และคณะ, 2007: 6-10) ในประเทศไทยพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.17 หรือคิดเป็นจำนวน 18.8 ล้านคนในปีพ.ศ.2547 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ส่วนในจังหวัดนครปฐม มีความชุกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในประชากร อายุ 15-74 ปี เป็นจำนวน 107,481 หรือคิดเป็นร้อยละ 17.6 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งจังหวัด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานในการสำรวจการคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูง เบาหวาน ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครปฐม ปีพ.ศ.2549-2550

ซึ่งมีความสามารถในการคัดกรองโรคได้ร้อยละ 40.93 พบว่ามีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงถึง 124,226 ราย โดยในเขตอำเภอเมืองพบสูงสุด 54,063 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บปี 2550 พบว่า ประชากรจังหวัดนครปฐมมีปัจจัยเสี่ยงร่วม 6 ปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การรับประทานอาหารไขมันสูง การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานผักและผลไม้ น้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งสถาบันสุขภาพร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003: 2) แนะนำว่า ความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถป้องกันได้หากมีการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคในระยะแรก (Primary prevention) นับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะยับยั้งสาเหตุหลักของการเกิดโรค และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ เป็นผลทำให้ประหยังบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งลดผลกระทบต่างๆ ที่ตามมา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการส่งเสริมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายการศึกษาที่สนับสนุนการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการสื่อสาร โน้มน้าวใจ เน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการสื่อสารกระตุ้นให้เกิดความกลัวเพื่อให้มีผลถึงความคิด ทักษะคิด แบบแผนพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่พึงประสงค์ในโรคเรื้อรังอื่นๆ (พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539; เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; อนุชา นิลอยู่, 2540; บุญผา อาศรัยราช, 2541; ขนิษฐา ทองหยอด, 2543; อรทัย ทองรีน, 2546)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการที่มีลักษณะผสมผสานบริการทั้งด้านการสาธารณสุขและการพยาบาล เน้นกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล มุ่งบริการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในผู้ที่มีสุขภาพดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือพิการในผู้ที่เจ็บป่วยแล้ว จึงได้สนใจนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง(The Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) และมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและในระยะติดตามผลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรศึกษา (Reference population) กลุ่มตัวอย่าง (Sample) และจำนวนขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากรชาย-หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 40-59 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน จ.นครปฐม โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยมีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยที่ผ่านมา 2 เรื่อง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คำนวณจากสูตร Glass (1976, อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547: 210-212)

กำหนดค่า Effect Size ที่ .80, Alpha = .05, Power = .08 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 28 คน และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 20 ในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า มีผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอีก 22 คนในกลุ่มทดลอง และ 16 คน ในกลุ่มเปรียบเทียบ สรุปกลุ่มทดลองคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 56 คนในศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 50 คน ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ่อพลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด ข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร และข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์จากแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert Scale) ในการประเมินค่าการรับรู้และความคาดหวังมี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ = 0.803

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิต มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคสูง ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ = 0.798

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ในความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ = 0.749

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 13-52 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคสูง ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ = 0.899

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการตรวจวัดความดันโลหิต ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสูง ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.704

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ที่ใช้จัดกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์

2.2 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “หลอดเลือดคิวิวิสไต” และ “ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน” เรื่อง “การออกกำลังกายในผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี” เรื่อง “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการกำหนดลมหายใจ” และ “การนวดกดจุดร่างกาย”

2.3 สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “ความดันโลหิตสูง” “อาหารต้านความดันโลหิตสูง” “ออกกำลังกายต้านภัยความดันโลหิตสูง” และ “พิษภัยเหล้า บุหรี่” และ “ความเครียด”

2.4 เอกสารประกอบด้วย คู่มือ “การดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง” คู่มือ “อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง” คู่มือ “ออกกำลังกายอย่างไรให้หลอดเลือดแข็งแรง” และ “คู่มือการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง”

ข้อคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล (MU2008 - 040)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองสัปดาห์แรกโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วน หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังทดลองและในระยะติดตามผล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1- กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเสี่ยงและลงบันทึกเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับ คู่มือวีดิทัศน์และสไลด์ภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การใช้ตัวแบบด้านลบนำเสนอประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น และการจัดการอภิปรายกลุ่มถึงปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเรื่องราวสมมุติของนางสาวสมศรีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

- กิจกรรมแผนการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมสร้างความเข้าใจในบทบาทของวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้าน 4 ด้านคือสนับสนุนด้านจิตใจ สนับสนุนด้านอารมณ์ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนด้านเวลา ตลอดการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารหยุดความดันโลหิตสูง การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การจัดมื้ออาหาร การใช้ตัวแบบด้านบวก และการอภิปรายกลุ่มเรื่อง “ประโยชน์ในการควบคุมอาหารกับการป้องกันความดันโลหิตสูง”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด เช่นการนวดกดจุด การฝึกการหายใจ และการหย่อนคลายกล้ามเนื้อ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การใช้ตัวแบบด้านบวก และการอภิปรายกลุ่ม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอสม.

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายป้องกันความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการออกกำลังกายอย่างไรให้ได้ผลต่อการป้องกันความดันโลหิตสูง การใช้ตัวแบบด้านบวก และการอภิปรายกลุ่ม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอสม.

ระยะติดตามผล ทั้งหมด 6 สัปดาห์ เป็นช่วงไม่มีกิจกรรมใดๆ เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรม ในระหว่างนี้มีการกระตุ้นเตือนด้วยเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ตลอดจนการวิจัยและการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลด้วยสถิติ Paired simple t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test ความคุม type I error โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.0166

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 79.5 และ 70.8 ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 47.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.08 อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 49.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.80 อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 58 ปี มากกว่าครึ่งของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพคู่ สามในสี่มีการศึกษาอยู่ใน ระดับ

ประถมศึกษา และเกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 5,529 บาท/เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 5,247 บาท/เดือน ทั้งสองกลุ่มมีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงที่ใกล้เคียงกัน คือมีประวัติมารดาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.5 และ 41.7 ตามลำดับ รองลงมาคือมีปู่ ย่า ตา ยายมีประวัติความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.6 และ 39.6 ตามลำดับ

หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมาแล้ว แต่ยังเข้าใจไม่ค่อยชัดเจนคือร้อยละ 38.6 และ 37.5 มากกว่าครึ่งร้อยละ 52.3 และ ร้อยละ 58.3 ยังไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงเลย สำหรับแหล่งข้อมูลที่ได้รับของทั้งสองกลุ่ม มากกว่าครึ่งร้อยละ 50.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับจากแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มากกว่าครึ่งร้อยละ 56.8 ของกลุ่มทดลองมีความต้องการลดน้ำหนักแต่ไม่เคยปฏิบัติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ต้องการลดน้ำหนัก ร้อยละ 56.2 สำหรับพฤติกรรม การตรวจวัดความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 34.1 และกลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิตร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ยกเว้น ความต้องการลดน้ำหนักและการตรวจวัดความดันโลหิตพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหาพฤติกรรม การป้องกันความดันโลหิตสูงและค่าเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

2.1 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยสามารถแยกเป็นรายด้านดังนี้

2.5.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5.5 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน ($p_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.298$) ($p_{\text{ระยะติดตามผล}} = 0.185$) และภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}_{\text{หลังการทดลอง}} = 0.117$) ($p\text{-value}_{\text{ระยะติดตามผล}} = 0.060$)

2.5.6 พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.6 เส้นรอบเอว พบว่า ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.088$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและระยะติดตามผลพบว่าระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value (one-tailed)
	(n=44)		(n=48)			
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	37.3	3.4	36.3	4.6	1.18	0.239*
หลังการทดลอง	46.4	4.1	36.3	4.3	15.12	< 0.001
ระยะติดตามผล	43.6	4.6	36.3	4.2	6.00	< 0.001
$t_A= 10.02^{***}$; $t_B= 6.09^{***}$; $t_C= -3.48^{***}$			$t_A= 0.06^*$; $t_B= 0.12^*$; $t_C= 0.05^*$			
การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	38.4	4.4	37.1	3.8	1.46	0.145*
หลังการทดลอง	46.6	7.8	36.7	3.0	8.08	< 0.001
ระยะติดตามผล	45.1	4.5	37.3	3.6	8.91	< 0.001
$t_A= 5.57^{***}$; $t_B= 6.71^{***}$; $t_C= -1.78^*$			$t_A= -0.94^*$; $t_B= 0.67^*$; $t_C= 1.26^*$			
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
ก่อนการทดลอง	35.7	4.9	36.2	4.7	-0.53	0.593*
หลังการทดลอง	43.6	4.7	36.6	4.8	9.57	< 0.001
ระยะติดตามผล	44.0	4.1	36.7	4.7	7.81	< 0.001
$t_A= 7.36^{***}$; $t_B= 7.95^{***}$; $t_C= 1.03^*$			$t_A= --0.99^*$; $t_B= 1.64^*$; $t_C= 0.20^*$			
การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ						
ก่อนการทดลอง	38.8	5.7	39.3	3.7	-4.38	0.663*
หลังการทดลอง	45.9	4.5	39.7	3.7	4.28	< 0.001
ระยะติดตามผล	45.7	4.7	39.4	3.7	6.95	< 0.001
$t_A= -6.16^{***}$; $t_B= 5.66^{***}$; $t_C= -1.34^*$			$t_A= 1.20^*$; $t_B= 0.31^*$; $t_C= -0.93^*$			
พฤติกรรมການป้องกันความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	52.9	4.6	53.5	4.2	11.97	0.545*
หลังการทดลอง	64.4	4.0	52.6	4.4	13.23	< 0.001
ระยะติดตามผล	64.0	4.4	53.2	4.1	-0.608	0.272
$t_A= 15.87^{***}$; $t_B= 15.77^{***}$; $t_C= -1.05^*$			$t_A= -0.98^*$; $t_B= -0.73^*$; $t_C= 0.74^*$			

*(2-tailed test)

t_A = การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง * p-value = .05

t_B = การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล ** p-value = .01

t_C = การเปรียบเทียบหลังการทดลอง-ระยะติดตามผล *** p-value = .001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value (one-tailed)
	(n=44)		(n=48)			
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร						
ก่อนการทดลอง	16.1	2.1	16.3	2.5	-0.48	0.630*
หลังการทดลอง	19.9	1.4	16.6	1.9	7.12	< 0.001
ระยะติดตามผล	19.6	1.3	16.6	2.4	7.40	< 0.001
$t_A = 9.24^{***}$; $t_B = 9.17^{***}$; $t_C = -3.55^*$			$t_A = -0.61^*$; $t_B = 1.50^*$; $t_C = -0.09^*$			
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	7.2	1.3	7.5	1.6	-0.78	0.437*
หลังการทดลอง	8.6	1.3	7.2	1.5	6.00	< 0.001
ระยะติดตามผล	8.7	1.0	7.1	1.6	6.12	< 0.001
$t_A = 7.70^{***}$; $t_B = 11.00^{***}$; $t_C = 0.80^*$			$t_A = -1.04^*$; $t_B = -2.00^*$; $t_C = -0.36^*$			
พฤติกรรมกรผ่อนคลายความเครียด						
ก่อนการทดลอง	13.0	2.0	13.2	1.9	-0.64	0.520*
หลังการทดลอง	15.9	1.6	12.7	1.6	9.28	< 0.001
ระยะติดตามผล	16.1	1.5	13.1	1.8	8.49	< 0.001
$t_A = 9.00^{***}$; $t_B = 5.48^{***}$; $t_C = -5.95^*$			$t_A = -1.64^*$; $t_B = -0.56^*$; $t_C = 1.49^*$			
พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์						
ก่อนการทดลอง	6.1	1.3	6.2	1.5	0.36	0.715*
หลังการทดลอง	6.8	1.0	6.1	1.4	1.94	0.006
ระยะติดตามผล	7.3	1.2	6.3	1.4	3.52	< 0.001
$t_A = 4.87^{***}$; $t_B = 6.03^{***}$; $t_C = 2.00^*$			$t_A = -2.19^*$; $t_B = 1.00^*$; $t_C = 2.48^*$			

*(2-tailed test)

t_A = การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง * p-value = .05
 t_B = การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล ** p-value = .01
 t_C = การเปรียบเทียบหลังการทดลอง-ระยะติดตามผล *** p-value = .001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value (one-tailed)
	(n=44)		(n=48)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	6.4	1.3	6.2	1.3	0.41	0.209*
หลังการทดลอง	6.6	1.1	6.3	1.2	1.19	0.117
ระยะติดตามผล	6.7	1.1	6.3	1.1	1.56	0.060
$t_A = 0.53^*$; $t_B = 0.90^*$; $t_C = 2.07^*$			$t_A = 0.44^*$; $t_B = 0.70^*$; $t_C = 0.19^*$			
พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต						
ก่อนการทดลอง	3.8	1.2	3.7	1.2	0.27	0.787*
หลังการทดลอง	6.5	1.2	3.6	1.1	11.49	< 0.001
ระยะติดตาม	6.5	1.2	3.7	1.1	11.55	< 0.001
$t_A = 10.04^{***}$; $t_B = 9.50^{***}$; $t_C = 0.28^*$			$t_A = -1.15^*$; $t_B = -0.68^*$; $t_C = 1.43^*$			
*(2-tailed test)						
*(2-tailed test)						
t_A = การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง		*	p-value = .05			
t_B =การเปรียบเทียบก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล		**	p-value = .01			
t_C =การเปรียบเทียบหลังการทดลอง-ระยะติดตามผล		***	p-value = .001			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอว ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=44)

เส้นรอบเอว	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value (one-tailed)
ค่าเส้นรอบเอว				
ก่อนการทดลอง	93.9	10.2		
หลังการทดลอง	93.5	9.9	1.37	0.088
ก่อนการทดลอง	93.9	10.2		
ระยะติดตามผล	92.7	9.6	2.91	0.003
หลังการทดลอง	93.5	9.9		
ระยะติดตามผล	92.7	9.6	3.65	< 0.001

อภิปรายผล

การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระบะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อก่อให้เกิดความกลัวโดยให้กลุ่มทดลองได้ ชมวีดิทัศน์เรื่อง “ หลอดเลือดดีชีวิตรส ” และ “ ความดันโลหิตสูง ” สไลด์ภาพผู้ป่วยที่เสียชีวิตและพิการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง การกระตุ้นหรือปลุกเร้าด้วยการบรรยายจากผู้วิจัย การใช้ตัวแบบด้านลบนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น ในระบะติดตามพบว่า มีคะแนนน้อยลง อาจเกิดจากความสามารถในการลงจุดเน้น การให้น้ำหนักในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ซึ่งในระบะติดตามผลอาจจำเป็นต้องเพิ่มการลงจุดเน้นในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากความสนใจในเนื้อหาของกลุ่มทดลอง อาจแตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วนของผลกระทบ ที่กลุ่มทดลองอาจยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว จึงทำให้การรับรู้ในส่วนนี้ลดลง ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้โดยการค้นพบของ บรูเนอร์ (Bruner อ้างใน สร้อย มโนรา, 2550: 126) ได้กล่าว มนุษย์จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้ขึ้นกับความใส่ใจของผู้เรียน และความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา อาศรัยราช, 2541: 127; จิตชนก หัสดี, 2541: 131; McClendon & Steven Prentice-Dunn, 2001 ที่พบว่าการใช้สื่อในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความกลัว และเห็นภาพที่รุนแรง การใช้ตัวแบบด้านลบที่เสียชีวิตหรือพิการจากโรคนั้นและ การอภิปรายกลุ่ม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคดีขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระบะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิด ความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ทำแบบประเมินความเสี่ยงความดันโลหิตสูงด้วยตนเองและใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ การ

ได้รับความรู้จากการบรรยายประกอบสไลด์จากผู้วิจัย การร่วมอภิปรายกลุ่มเรื่องราวสมมุติของนางสาวสมศรี ที่เน้นให้เห็นถึงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น มีอายุ 49 ปี รูปร่างอ้วน ชอบรับประทานอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ชอบออกกำลังกาย และมีมารดาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและอัมพาต ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง มีโอกาสสัมผัสกับโรค (Bore & Seydel, 1998:106) นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยการแจกเอกสารแผ่นพับที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งการกระตุ้นเตือนด้วยข้อความเชิงบวกจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมและปรากฏพฤติกรรมตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น (Hillhouse, and Gilbert: 1998 อ้างใน Mcclendon & Steven Prentice-Dunn, 2001: 326) สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนใจ หมวกแก้ว, 2540 :158-159; วิจารณ์ จรรย์สุกรินทร์, 2544: 22-123; อนุชา นิลอยู่, 2542: 125-126, อภิญา ผ่านพิณิจ, 2550: 61:7 พบว่า การให้ความรู้ การดูแลประกอบเสี่ยง การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยกับตัวแบบจริง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้น

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมต่างๆซึ่งสอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของแบนดูรา (Bandura) เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ (1) การจัดประสบการณ์ตรงโดยการฝึกทักษะและทดลองปฏิบัติทั้งในเรื่องการฝึกการจัดมื้ออาหาร เทคนิคการเลือกซื้ออาหารตามหลัก DASH Diet การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่าเดินแอโรบิกแบบพื้นฐาน การฝึกทักษะวิธีตรวจวัดชีพจรและการทดสอบด้วยการพูดขณะออกกำลังกาย การฝึกทักษะการนวดกดจุดและ การฝึกทักษะการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด (2) การใช้ตัวแบบด้านบวกโดยผู้สูงอายุสุขภาพดี ตัวแบบจากผู้ป่วยและตัวแบบจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องซึ่งตามแนวคิดของ Bandura ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตและตัวแบบที่หลากหลายของบุคคลมีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้ตัวแบบบุคคลเดียวซ้ำๆ ความสามารถแห่งตนจะเพิ่มขึ้นถ้าพฤติกรรมต้นแบบชัดเจน และเป้าหมายเป็นสิ่งที่สังเกตได้ (Gilber & Sawyer, 2000: 55) (3) การได้รับการพุดชกจากตัวแบบและผู้วิจัยถึงระดับความสามารถที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติ

ตามได้ ซึ่ง กิลเบอร์ และซอเยอร์ (Gilber & Sawyer, 2000: 55) กล่าวว่า การชักชวนด้วยวาจา มีประสิทธิภาพเมื่อมีการเชื่อมโยงการกระทำที่ประสบผลสำเร็จกับตัวแบบ แต่น้อยนักที่จะมีการเพิ่มความสามารถแห่งตน ถ้าใช้แบบแยกส่วนเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยคำพูดชมเชย ให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและการให้รางวัลจากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุภา เลาหพจนารถ, 2544: 92-93; ประณีต สิงห์ทอง, 2541: 90-91; ประทิน อิมสุศรี, 2542: 124-126 ที่พบว่าการจัดประสบการณ์ตรง การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ว่าสามารถทำได้และทำได้ถูกต้อง จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองได้มากขึ้น เมื่อได้ลองกระทำแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง การให้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง การซักถามความรู้สึกที่สัมผัสได้จากการฝึกทักษะในด้านต่างๆ การให้กลุ่มตัวอย่างเขียนถึงความคาดหวังและสิ่งภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติได้และสิ่งที่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับ บอร์ และซีเดล (Boer & Seydel, 1998: 107) ที่พบว่า การให้ข้อมูลที่แสดงให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูง จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ต่ำ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนแสดงความห่วงใย ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่จัดให้ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถตนเองที่ดีและถูกต้อง นำไปสู่การยังรู้เห็นในปัญหาและการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลลัพธ์ต่อตนเองอย่างไร เกิดความมั่นใจในตนเองและเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2541: 107; จารุภา เลาหพจนารถ, 2544: 93; สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 104-105; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544: 123-124

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีและถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต ถ้าปฏิบัติตามแล้วได้ประโยชน์อย่างไร ทำได้อย่างไร การได้ตัวแบบจริงที่มีลักษณะคล้ายคลึงตนเอง การรับประสบการณ์ตรงจากการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เมื่อประเมินดูทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้จริง ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ในการให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน ชักจูง การให้กำลังใจ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนด้วยเอกสารแผ่นพับและการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นระยะเป็นแรงจูงใจทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976: 300) ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ผลของการจัดกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้น พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สามในสี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ทำให้ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ก่อนการทดลองถูกต้องเหมาะสมอยู่แล้ว เนื่องจากตนเองไม่ได้เป็นคนสูบบุหรี่น่าจะทำให้ไม่เกิดโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความใส่ใจและไม่มีแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมและหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน การให้กลุ่มตัวอย่างมีการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ในทันที จึงยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก จำเป็นต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงต่อไปในระยะยาว ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2541: 88-98) อนุชานิลาอยู่, 2542: 133; ประทีน อิมสุขศรี, 2542: 124-126; จารุภา เลหาพจนารถ, 2544: 95-96; อภิญาผ่านพิณิจ, 2551: 64-65; Tanner & Feldman (1997)

เส้นรอบเอว

เส้นรอบเอวพบว่า ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.0088$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและระยะ

ติดตามผลพบว่าระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการวัดเส้นรอบเอวของตนเอง และใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับในการประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง การได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ประสิทธิผลของการมีน้ำหนักตัวและมีค่าเส้นรอบเอวที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยด้วยเอกสารแผ่นพับ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงค่าเส้นรอบเอวนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาอันสั้น จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและการตั้งใจในการมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่, 2540; ประทีป อิมสุขศรี, 2542: 130-131; จารุภา เลหาพจนารถ, 2544: 95-96; บุญช่วย นาสูงเนิน, 2544: 124-125

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ด้านวิธีการ

1. การใช้ข้อมูลป้อนกลับในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค เป็นแรงเสริมที่ดีที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น สามารถดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความต้องการที่จะตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าหรือเนื้อหาความรู้ที่นำเสนอ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง
2. การอภิปรายกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สร้างโอกาสการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ร่วมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งอิทธิพลและบรรยากาศของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายที่หลายหลายมาก
3. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นเตือนด้วยเอกสารแผ่นพับที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมป้องกันโรค จำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8 การใช้เอกสารแผ่นพับนอกจากจะเป็นการกระตุ้นเตือนที่ดีแล้วยังทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย วิธีการและระดับการกระตุ้นเตือน เป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในระยะติดตามผล ทั้งความถี่และความสมบูรณ์ของเนื้อหา ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น การเพิ่มความถี่ให้มากขึ้น เช่น 2 สัปดาห์ครั้ง ในระหว่างการทดลอง และสัปดาห์ละครั้งในระยะติดตามผล หรือเพิ่มวิธีการกระตุ้นเตือนโดยการให้จดหมายหรือโทรศัพท์ร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ได้ผลดีมาก

ในระหว่างการทดลอง และสัปดาห์ละครั้งในระยะติดตามผล หรือเพิ่มวิธีการกระตุ้นเตือนโดยการ ใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ได้ผลดีมากขึ้น

4. การจัดกิจกรรมโดยมีผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เช่น ตัวผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ทำงาน ด้านอายุรกรรม นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และอาสาสมัคร สาธารณสุข มาร่วมในกิจกรรมต่างๆอย่าง เป็นกันเองจะสร้างความสนใจและความเชื่อศรัทธาให้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการ เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์

ด้านกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการคัดเลือกบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อกลุ่มตัวอย่าง มีความเต็มใจและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรม มีความห่วงใยในสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อาจยังทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีและต่อเนื่องมากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ได้มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่ม แอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดความดัน โลหิตสูง แต่จากผลการวิจัย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและสามในสี่เป็นเพศหญิงและส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการ เกิดพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความดัน โลหิตสูงในระยะต่อไป ดังนั้นถ้า ต้องการศึกษปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย ควรพิจารณาเพิ่มเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและจัดกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมดังกล่าว ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างและการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ควรมีการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของชุมชนนั้นๆเป็นอย่างดีร่วมกับการประสานความร่วมมือไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน นั้นๆ เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบในแต่ละครั้งของการจัดกิจกรรม

2. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 10 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงใน ระยะแรกเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยอีกขั้นตอนหนึ่งเพื่อติดตามและประเมิน ความคงทนของพฤติกรรมการป้องกันความดัน โลหิตสูง คือ พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมพักผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต และค่าเส้นรอบเอว

3. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลายปัจจัย ดังนั้นกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างจึงควรมีความหลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากที่สุด แต่มีข้อพึงระวังคือ กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับกิจกรรมหลายกิจกรรมในครั้งเดียว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายได้ ดังนั้นกิจกรรมที่ให้จึงควรสร้างความสนุกสนาน และรู้สึกผ่อนคลาย ไม่สร้างความตึงเครียดจนเกินไป และควรจัดกิจกรรมที่มีความหนักเบาของเนื้อหาสลับกันไป หรือจัดสรรเวลาให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมนั้นๆ

4. จากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากผลของกิจกรรมและผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่ายิ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การเกิดโอกาสเสี่ยงมากเพียงใด จะยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและกระตือรือร้นในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาในประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ Pre-Hypertension และมีภาวะไขมันในเลือดสูง
- การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 1 ปัจจัย กับกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วม เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเกิดความดันโลหิตสูงต่อไปในอนาคต

PRIMARY HYPERTENSION PREVENTION PROGRAM IN A COMMUNITY,
NAKHONPATHOM PROVINCE

ORANUCH PONGSOMBOON 4836044 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WEENA THIANGTHAM, Dr.P.H.,
ARPAPORN POWATTANA, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Significance and Background of the Study

During the past two decades, there have been a large number of Thai people whose deaths have been due to chronic diseases, especially hypertension, one of the important public health problems of the country leading to other dangerous diseases, such as cardiovascular disease, cerebrovascular disease, kidney failure, retinopathy, etc. Those surviving initial heart failure and paresis/paralysis frequently end up with a burdensome disease requiring long-time continuous care. These patients will be dependent, suffering for many years, as well as coping with a high cost of living. At present, worldwide there are approximately 1,000 million people who have hypertension (Joint Nation Committee, 2003: 2) and it has been estimated that this number will increase to 1,500 million in 2025 (Hearney, et al., 2005, cited in Molean, et al., 2007: 6-10). In Thailand, the number of hypertensive patients was found to have increased 38.17 percent, or about 18.8 million in the year 2004 (Health System Research Institute, Bureau of Policy and Strategy, 2006). For Nakhonpathom Province, the morbidity rate of blood circulation diseases in the year 2006 was found to be in the second rank, 36,427.79 per 100,000 population and the morbidity rate of hypertensive patients needing hospitalization was found to have increased from 5,471

(the rate of 660.49 per 100,000 population) in the year 2004 to 9,236 (the rate of 1,138.27 per 100,000 population) in the year 2006 (Provincial Public Health Office, Nakhonpathom Province, 2006). It is evident that within 3 years the number of the hypertensive patients needing hospitalization had almost doubled. In addition, when the results of the screening programs were evaluated for the risks of hypertension and diabetes mellitus among people 40 years and older in Nakhonpathom province during the years 2006-2007, whereby 40.93 percent had been screened, it was found that the numbers of at-risk people for hypertension were 127,226 cases. Among these cases, the highest number of 54,063 (43.5%) was found in Muang district.

From the aforementioned data, the number presently at risk of hypertension is shown to be increasing every year, and a decreasing trend is not indicated. This conclusion shows that the conventional model of disease prevention programs, focusing on disease screening, public relations, and distribution of printed materials, are not effective in decreasing the numbers of hypertensive patients and at-risk people. The Joint Nation Committee (JNC 7, 2003: 2) suggested that, even though hypertension is a chronic disease that can not be completely cured, it can be preventable through good self-care practices such as healthy eating, losing body weight, physical exercise, stress management, being smoke-free, avoiding consumption of alcoholic beverages, and checking blood pressure regularly. These primary prevention methods are the best methods prohibiting the principal causes of hypertension, and they are the first steps preventing various complications, conserving our budget, decreasing treatment expense as well as negative consequences. Therefore, it is necessary to develop the effective health promotion model aiming to prevent hypertension helping these risky groups receive adequate health promotion services. According to the previous studies, there has been general agreement that the application of the Protection Motivation Theory, along with the Concept of Social Support, has been beneficial in changing health behaviors of patients with other chronic diseases. (Promchit Jongsuewiiwatwong, 1996; Khanistha Thongyord, 2000; Orathai Tongruen, 2003).

The researcher, as a public health nurse, providing the comprehensive public health and nursing services emphasizing individuals, family and community as the

foundation of nursing services with the aim to prevent illness among healthy people and to prevent complications or disabilities among the ill people, has been interested in applying the Protection Motivation Theory and the Concept of Social Support with the risk group in order to help them adopt correct behavior for preventing the onset of hypertension.

General Objective

To study the effectiveness of the primary prevention program for hypertension among the at-risk population in Nakhonpathom province.

Research Methodology

This study was a quasi-experimental research, pre-test/post-test design. The sample was divided into 2 groups: an experimental group and the comparison group. The data were collected 3 times, during the pre-experimentation period, the post-experimentation period, and the follow-up period, in both 2 groups.

Reference Population, Sample, and Sample Size

The reference population was composed of both males and females, aged 40-59 years, had a family history of hypertension (for example, father, mother, grandparents, etc.), were over-weighted (the waist line was > 90 centimeters/ > 36 inches for male and > 80 centimeters/ > 32 inches for female), and resided in the areas served by the Community Health Center, Nakhonprathom province. The sample size was computed by employing the principle of power analysis, with the Alpha value of .05, the effect size was .80 and the power was .80 (glass, 1976 cited Boonjai Srisatidnaragool, 2005: 210-212). Through this computation process, the sample size was 28, and Increasing Fifty-six cases were selected in the experimental group and 50 cases in the comparison group. For lose in during intervention period. During experimentation some subjects were lost, the experimental group was reduced to 44 and the comparison group was now composed of 48 subjects.

Research Instruments

The instruments used in this research consisted of the instrument used for collecting data, the instrument used for measuring physical changes, and the instruments used for the experimentation. The details of the research instruments were as follows:

1. The Instrument Used for Collecting Data

1.1 Interviewing Schedule. The interviewing schedule used was constructed in accordance with the conceptual framework derived from academic knowledge, related theories and research with the aim of covering all behaviors to be measured. The questions of the interviewing schedule were composed of the general information in regard to demographic characteristics and the questions regarding feelings and opinions. The interviewing schedule was developed in accordance with the principles of rating scale construction by applying the principles of Likert's attitude scale construction. In evaluating perception and expectation, 4 categories of opinion were assigned, "strongly agree", "agree", "disagree", and "strongly disagree" whereby both positive and negative statements were included in the schedule. Seven parts of the interviewing schedule were as follows:

Part 1 : General Information About Demographic Characteristics

Part 2 : Perceived Severity of the Disease. This part was composed of 13 statements with the score range of 13-52. The high score means the high level of perceived severity of hypertension. The value of reliability (Cronbach's Alpha) was found to be 0.803.

Part 3 : Perceived Vulnerability of Getting Hypertension. This part was composed of 13 statements with the score range of 13-52. The high score means the high level of perceived vulnerability of getting hypertension. The value of reliability (Cronbach's Alpha) was found to be 0.798.

Part 4 : Perceived Self-Efficacy to Perform Behaviors for Preventing Hypertension. This part was composed of 13 statements with the score range of 13-52. The high score means the high level of perceived self-efficacy. The value of reliability (Cronbach's Alpha) was found to be 0.749.

Part 5 : Perceived Response Efficacy of Performing Behavior for Preventing Hypertension. This part was composed of 13 statements with the score range of 13-52. The high score means the high level of perceived response efficacy. The value of reliability (Cronbach's Alpha) was found to be 0.899.

Part 6 : Hypertension Preventive Behavior. This part was composed of the questions regarding the behaviors involving healthy eating, physical exercise, stress management, avoidance of alcoholic beverages, avoidance of cigarette smoking, and the regular monitoring blood pressure. It was composed of 20 statements with the score range of 20-80. The high score means the high level of behavior performance for preventing hypertension. The reliability value (Cronbach's Alpha) was found to be 0.704.

2. The Instruments Used for the Experimentation. The instruments were composed of :

2.1 Hypertension Prevention Program. The activities were organized for the whole 4 weeks.

2.2 Video tapes entitled "Good Blood Vessels for Vitality"; "Hypertension and Its complications"; "Physical Exercise for People Aged 40-59 Years"; and "Acupressure Massage".

2.3 Slide shows entitled "Hypertension"; "Foods Stop Hypertension"; "How to Perform Physical Exercise for Healthy Blood Vessels"; and "Minimizing the Consumption of Alcohol and Cigarette and Stress Will Minimize Blood Pressure".

2.4 The printed materials regarding the self-care guidelines for people being at risk for hypertension entitled "Guidelines for Those Who Were Risky for Hypertension"; "Foods for Preventing Hypertension"; "How to Perform Physical Exercise for Healthy Blood Vessels"; and "Guidelines for Self Management".

Right Protection of The Sample

This study was approved by Mahidol Research Ethics Committee for Human Subjects (MU 2008-040).

Data Collection

Before the first week of experimentation, the data were collected from the experimental group and the comparison group by having the subjects answer all 6 parts of the interview format. The same interviewing schedules were used for collecting data from the sampled subjects after the program and at the follow-up period.

Research Procedures

The total experimental time spanned 4 weeks, consisting of one session a week and 2 hours a session. The activities were as follows:

Week 1 : - The activities of this week were targeted at discovering perceived severity and vulnerability of hypertension by having the sampled subjects complete the risk assessment form and view video tapes and slides about the hypertension patients suffering complications from hypertension. The negative modeling intended to assess direct experience in regard to the negative consequences. The small group discussion was also organized around risk factors and consequences based on a representative sample, the story of Miss Somsri, displaying characteristics similar to the sample group.

- The activities involving the training program for the family members of the sampled subjects and public health volunteers aimed at supporting the sampled subjects and helping them to understand their roles. The social support methods consisted of 4 aspects: psychological support, emotional support, information support and time support, throughout the experimentation.

Week 2 : The Activities Promoting Perceived Self-Efficacy and Response Efficacy of Performing Healthy Eating. The activities were organized around providing knowledge about the foods that can stop hypertension, having the sample exercise skills in selecting healthy foods and meal setting, using positive modeling, and small group discussion on “Benefits of Healthy Dieting for Preventing Hypertension”.

Week 3 : The Activities Promoting Self-Efficacy and Response Efficacy of Performing Behaviors Regarding Stress Management, Avoiding Alcohol and Cigarette Consumption. The activities were organized around providing knowledge as well as having the sampled subjects exercise stress management techniques, including acupressure massage, deep breathing exercise, and muscle relaxation, avoidance of alcohol and cigarette consumption, presentation of positive model, and small group discussion on “Providing social support by family members and public health volunteers.

Week 4 : The Activities Promoting Self-Efficacy and Response-Efficacy of Performing Behaviors Regarding Physical Exercise to Prevent Hypertension. The activities were organized around providing knowledge and having the sampled subjects perform physical exercise for preventing hypertension, presentation of positive model, and small group discussion on “providing social support by family members and public health volunteers”.

Follow-up Period : This period spanned 6 weeks with no organized activities. This period was designated for the study of the sustainability of the subjects’ behaviors. Helpful reminders were sent as printed materials about hypertension and hypertension preventive behaviors. Social support was provided by members of? throughout the period. Home visits were also made by public health volunteers in the 6th and the 8th weeks.

Results

1. General Characteristics of the Sample

A high percentage of females was found in the experimental and the comparison groups, 79.5 and 70.8 percent respectively. The average age of the experimental group was 49.6 with the standard deviation of 5.80, the minimum age was 37 years and the maximum age was 59 years. In the comparison group the average age was 49.16 with the standard deviation of 5.80, the minimum age was 37 years and the maximum age was 58 years. More than half of the two groups were married and three fourth of the sample had finished primary school. Almost half of

the sample were laborers, and the next groups were made up of agriculturists and housewives. Among the experimental group the average income was found to be 5,529 Bahts a month compared to 5,247 Bahts a month in the comparison group. Within the category of having a family history of hypertension, both groups displayed a similar history: 54.5 percent and 41.7 percent in the experimental and the comparison groups indicated that their mothers had hypertension while the next groups identified grandmothers and grandfathers who had hypertension (38.6% and 39.6% respectively).

One third of the two groups had received information about hypertension but did not fully understand the information, 38.6 percent and 37.5 percent respectively. But more than half of the sample, 52.3 percent and 58.3 percent had never received any information about hypertension. Regarding sources of information, more than half the two groups, 50.5 percent of the experimental group and 53.1 percent of the comparison group, mentioned receiving information from physicians and public health personnel. More than half of the sample, 56.8 percent of the experimental group wanted to lose weight but failed to take any action while 56.2 percent of the comparison group did not want to lose weight. Regarding the monitoring of blood pressure level, it was found that 34.1 percent of the experimental group and 25.0 percent of the comparison group had never done any monitoring. After the personal characteristics of the experimental and the comparison groups were compared, no statistically significant difference was found ($p\text{-value} > 0.05$) except for the need to lose weight and the monitoring of blood pressure level whereby a statistically significant difference was found ($p\text{-value} < 0.001$).

2. Comparison of the Average Score Regarding Threat Appraisal, Coping Appraisal, Hypertension Preventive Behaviors, and Waist-Line Value Within the Experimental and the Comparison Groups, Before-After the Experimentation and During the Follow-up Period

2.1 Perceived Severity of Hypertension and complications. Results of the experimentation and at the follow-up period revealed a significant higher level of mean scores regarding perceived severity of hypertension and its complications

compared to before the experimentation and to the comparison group (p-value < 0.001).

2.2 Perceived Vulnerability. After the experimentation and during the follow-up period, among the experimental group, the perceived vulnerability mean score was found to be significantly higher than the score measured before the experimentation and within the comparison group (p-value < 0.001).

2.3 Perceived Self-Efficacy. After the experimentation and during the follow-up period, among the experimental group, the perceived self-efficacy mean score was found to be significantly higher than the mean score measured before the experimentation and within the comparison group (p-value < 0.001).

2.4 Perceived Response Efficacy. It was found that after the experimentation and during the follow-up period the perceived response efficacy mean score of the experimental group was significantly higher than the mean scores measured before the experimentation and within the comparison group (p-value < 0.001).

2.5 Hypertension Preventive Behaviors. The hypertension preventive behavior mean score of the experimental group measured after the experimentation was significantly higher than the mean scores measured before the experimentation and within the comparison group (p-value < 0.001). The data of each aspect of preventive behaviors were presented as follows:

2.5.1 Food Consumption Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period, consumption behavior mean score of the experimental group was significantly higher than before the experimentation and of the comparison group (p-value < 0.001).

2.5.2 Physical Exercise Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period, physical exercise behavior mean score of the experimental group was significantly higher than before the experimentation and of the comparison group (p-value < 0.001).

2.5.3 Stress Management Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period, stress management behavior mean score of the experimental group was significantly higher than before the

experimentation and within the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$).

2.5.4 Alcohol Drinking Avoidance Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period, the alcohol drinking avoidance behavior mean score of the experimental group was significantly better than before the experimentation and within the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$).

2.5.5 Exposure to Tobacco Smoke Avoidance Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period no significant difference of the mean scores of exposure to tobacco smoke avoidance behavior of the experimental group was found ($p_{\text{after the experimentation}} = 0.298$ and $p_{\text{during the follow-up period}} = 0.185$). And after the experimentation and during the follow-up period, no significant difference of the mean scores of exposure to tobacco smoke avoidance behavior of the experimental group and the comparison group was found ($p\text{-value}_{\text{after the experimentation}} = 0.117$ and $p\text{-value}_{\text{during the follow-up period}} = 0.060$).

2.5.6 Checking Blood Pressure Behavior. It was found that after the experimentation and during the follow-up period, the mean score for monitoring blood pressure behavior among the experimental group was found to be significantly higher than before the experimentation and within the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$).

2.6 Waist circumference. Waist line measurements before and after the experimentation of the experimental group did not vary significantly ($p\text{-value} 0.088$). When the comparison was made between the waist- circumference of the experimental group measured before and during the follow-up period, a higher significant difference was found ($p\text{-value} = 0.003$).

Table 1 Comparison of the mean scores regarding threat appraisal, coping appraisal, and hypertension preventive behavior between the experimental group and the comparison group, before the experimentation, after the experimentation, and during the follow-up period

Threat Appraisal	Experiment		Comparison		t-test	p-value (one-tailed)
	Group		Group			
	(n = 44)		(n = 48)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Perceived Severity of Hypertension's Complications						
Before the Experimentation	37.3	3.4	36.3	4.6	1.18	0.239*
After the Experimentation	46.4	4.1	36.3	4.3	15.12	<0.001
Follow-up Period	43.6	4.6	36.3	4.2	6.00	<0.001
t _A = 10.02***; t _B = 6.09***; t _C = -3.48*** t _A = 0.06*; t _B = 0.12*; t _C = 0.05*						
Perceived Vulnerability of the Onset of Hypertension						
Before the Experimentation	38.4	4.4	37.1	3.8	1.46	0.145*
After the Experimentation	46.6	7.8	36.7	3.0	8.08	<0.001
Follow-up Period	45.1	4.5	37.3	3.6	8.91	<0.001
t _A = 5.57***; t _B = 6.71***; t _C = -1.78* t _A = -0.94*; t _B = 6.09*; t _C = 1.26*						
Perceived Self-Efficacy						
Before the Experimentation	35.7	4.9	36.2	4.7	-0.53	0.593*
After the Experimentation	43.6	4.7	36.6	4.8	9.57	<0.001
Follow-up Period	44.0	4.1	36.7	4.7	7.51	<0.001
t _A = 7.36***; t _B = 7.95***; t _C = -1.03* t _A = -0.99*; t _B = 1.64*; t _C = 0.20*						
Perceived Response-Efficacy						
Before the Experimentation	38.8	5.7	39.3	3.7	-4.38	0.663*
After the Experimentation	45.9	4.5	39.7	3.7	4.28	<0.001
Follow-up Period	45.7	4.7	39.4	3.7	6.95	<0.001
t _A = 6.16***; t _B = 5.66***; t _C = -1.34* t _A = 1.20*; t _B = 0.31*; t _C = -0.93*						

Table 1 Comparison of the mean scores regarding threat appraisal, coping appraisal, and hypertension preventive behavior between the experimental group and the comparison group, before the experimentation, after the experimentation, and during the follow-up period (Continued)

Threat Appraisal	Experiment		Comparison		t-test	p-value (one-tailed)
	Group		Group			
	(n = 44)		(n = 48)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Hypertension Preventive Behavior						
Before the Experimentation	52.9	4.6	53.5	4.2	11.97	0.545*
After the Experimentation	64.4	4.0	52.6	4.4	13.23	<0.001
Follow-up Period	64.0	4.4	53.2	4.1	-0.608	0.272
$t_A = 15.87^{***}; t_B = 15.77^{***}; t_C = -1.05^*$ $t_A = -0.98^*; t_B = -0.73^*; t_C = 0.74^*$						
Food Consumption Behavior						
Before the Experimentation	16.1	2.1	16.3	2.5	-0.48	0.630*
After the Experimentation	19.9	1.4	16.6	1.9	7.12	<0.001
Follow-up Period	19.6	1.3	16.6	2.4	7.40	<0.001
$t_A = 9.24^{***}; t_B = 9.17^{***}; t_C = -3.55^*$ $t_A = -0.61^*; t_B = 1.50^*; t_C = -0.09^*$						
Physical Exercise Behavior						
Before the Experimentation	7.2	1.3	7.5	1.6	-0.78	0.437*
After the Experimentation	8.6	1.3	7.2	1.5	6.00	<0.001
Follow-up Period	8.7	1.0	7.1	1.6	6.12	<0.001
$t_A = 7.70^{***}; t_B = 11.00^{***}; t_C = 0.80^*$ $t_A = -1.04^*; t_B = -2.00^*; t_C = -0.36^*$						
Stress Management Behavior						
Before the Experimentation	13.0	2.0	13.2	1.9	-0.64	0.520*
After the Experimentation	15.9	1.6	12.7	1.6	9.28	<0.001
Follow-up Period	16.1	1.5	13.1	1.8	8.49	<0.001
$t_A = 9.00^{***}; t_B = 5.48^{***}; t_C = -5.95^*$ $t_A = -1.64^*; t_B = -0.56^*; t_C = 1.49^*$						

Table 1 Comparison of the mean scores regarding threat appraisal, coping appraisal, and hypertension preventive behavior between the experimental group and the comparison group, before the experimentation, after the experimentation, and during the follow-up period (Continued)

Threat Appraisal	Experiment		Comparison		t-test	p-value (one-tailed)
	Group		Group			
	(n = 44)		(n = 48)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Alcohol Drinking Avoidance Behavior						
Before the Experimentation	6.1	1.3	6.2	1.5	0.36	0.715*
After the Experimentation	6.8	1.0	6.1	1.4	1.94	0.006
Follow-up Period	7.3	1.2	6.3	1.4	3.52	<0.001
$t_A = 4.87^{***}; t_B = 6.03^{***}; t_C = 2.00^*$			$t_A = -2.19^*; t_B = 1.00^*; t_C = 2.48^*$			
Exposure to Tobacco Smoke Avoidance Behavior						
Before the Experimentation	6.4	1.3	6.2	1.3	0.41	0.209*
After the Experimentation	6.6	1.1	6.3	1.2	1.19	0.117
Follow-up Period	6.7	1.1	6.3	1.1	1.56	0.060
$t_A = 0.53^*; t_B = 0.90^*; t_C = 2.07^*$			$t_A = 0.44^*; t_B = 0.70^*; t_C = 0.19^*$			
Checking Blood Pressure Behavior						
Before the Experimentation	3.8	1.2	3.7	1.2	0.27	0.787*
After the Experimentation	6.5	1.2	3.6	1.1	11.49	<0.001
Follow-up Period	6.5	1.2	3.7	1.1	11.55	<0.001
$t_A = 10.04^{***}; t_B = 9.50^{***}; t_C = 0.28^*$			$t_A = -1.15^*; t_B = -0.68^*; t_C = 1.43^*$			

* (2-tailed test)

t_A = Comparison between before and after the experimentation *p-value = .05

t_B = Comparison between before the experimentation and during the follow-up period **p-value = .01

t_C = Comparison between after the experimentation and during the follow-up period ***p-value = 0.001.

Table 2 Comparison of the mean scores of the waist- circumference within the experimental group, before-after the experimentation, and during the follow-up period

Waist- circumference	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value (one-tailed)
Before the Experimentation	93.9	10.2	1.37	0.088
After the Experimentation	93.5	9.9		
Before the Experimentation	93.9	10.2	2.91	0.003
Follow-up Period	92.7	9.6		
After the Experimentation	93.5	9.9	3.65	<0.001
Follow-up Period	92.7	9.6		

Discussion

Perceived Severity and Complications of Hypertension

Perceived severity of hypertension and its complications mean scores of the experimental group measured after the experimentation and the follow-up period were found to be significantly higher than before the experimentation and within the comparison group (p-value < 0.001). This finding should be due to the activities emphasizing persuasive communications to encourage the sample to perceive the dangers and severity of hypertension and its complications that, arousing fear of hypertension. Therapeutic activities included the following: the showing video tapes entitled “Healthy Blood Vessels for Vitality” and “Hypertension”; slide-showing about the patients who had passed away and contracted disabilities from hypertension complications; encouragement or arousal through the researcher’s lectures; presentation of negative models exhibiting the negative impacts to the individuals themselves and their families; and organizing small group discussion to elicit the exchange of different opinions. The lower mean score found during the follow-up period may be due to the ability to emphasize the perceived severity of hypertension and its complications of the public health personnel and family members. Thus,

during the follow-up period more emphasis should be put upon perceived severity of hypertension. Besides, this finding may be due to the different interests on the contents among the experimental group, especially about the negative impacts of this illness whereas the experimental group may not realize these problems since the condition develops slowly. Therefore, perceived severity mean score was lowered. According to the learning theory developed by Bruner, humans will select the things to perceive depending on the learner's attention and curiosity which will lead to learning behavior. The results of this study concurred with the studies by Boobpa Ar-sraiyrach, 1998: 127; Jitchanog Husadee, 1998: 131; Brain T. McClendon & Steven Prentice-Dunn, 2001, that fear arousal through the use of persuasive communication media, showing severe and fearful pictures, presentation of negative models who died or had some disabilities due to hypertension complications, small group discussion, and receiving social support, were effective in helping the sample to achieve a higher level of perceived severity of hypertension and its complications.

Perceived Vulnerability of the Onset of Hypertension

It was found that after the experimentation and during the follow-up period the mean score of perceived vulnerability of the onset of hypertension among the experimental group was significantly higher than the mean score measured before the experimentation and within the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). This finding may be due to the fact that the experimental group had completed the form about the risk of having hypertension as well as getting feedback. Other activities that presented to the experimental group included: information about hypertension through the researcher's lecture along with slide-showing; having the respondents discussed in the small group about the story of Miss Somsri who had similar factors and risk behaviors as of the sample, for example, aged 49 years, had overweight, liked to eat high salt- and high-fat foods, did not like to practice physical exercise, had a mother with hypertension, heart disease, and paralysis. The information presented will help the respondents realize that they are in the risk category and are susceptible to getting the disease (Bore & Seydel, 1998: 106). Besides the respondents had been encouraged and reminded by their families' members and by home-visits from the public health volunteers including the distribution of printed materials about hypertension by the

researcher during the 6th and the 8th weeks. The arousal and encouragement by using the positive message will increase the recipients response toward the behavior and performance of compliant behavior (Hillhouse & Gilbert: 1998 cited in McClendon & Steven Prentice-Dunn, 2001: 326). This research finding was congruent with the studies of Toenchai Muag-kaew, 1997: 158-159; Wipawan Junsuparin, 2001: 22-123; anucha Nilyoo, 1999: 125-126, Apinya Phanpanich, 2007: 61-70, who found that dissemination of information, viewing synchronized slide-sound show, participation in small group discussion, and having dialogue with the real model, have made the respondents change perceived severity and vulnerability of getting hypertension and its complications.

Perceived Self-Efficacy to Perform Hypertension Preventive Behavior

After the experimentation and during the follow-up period a significant higher level of perceived self-efficacy mean scores was found among the experimental group comparing to before the experimentation and the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). This finding should be due to the various organized activities, similar to the suggestions made by Bandura in regard to 4 methods for developing perceived self-efficacy which included: 1) organizing direct experience by skill training and practicing directly about meal arrangement, food selecting techniques according to DASH Diet principles, practicing physical exercise by using basic aerobic dance, monitoring blood pressure and measuring blood pressure after talking while taking physical exercise, practicing acupressure massage and deep breathing for stress management; 2) presenting positive models, for example, healthy elderly, the hypertensive patients or the sampled respondents who to performed correct preventive behaviors. According to the concept developed by Bandura, the good role model should display similar characteristics of the audience, and the presentation of a variety of life models will be more effective than using a single life model. In addition, self-efficacy will be increased if the model behavior is precise, and the goal is apparent (Gilber & Sawyer, 2000: 55); 3) verbal persuasion by the models and the researcher regarding the ability level that the sample can achieve in following the compliant behaviors. According to Gilber and Sawyer (2000: 55), the effectiveness of verbal persuasion depends largely on the linkage between performance accomplishment and

the role models; however, whenever the separation of these two factors occurs, the self-efficacy cannot be increased; and 4) emotional arousal by verbal encouragement, providing psychological support by the family members, public health volunteers and providing rewards by the researcher whenever she participated in the activities. This finding concurred with the studies carried out by Jarupa Louhapojanart, 2001: 92-93; Praneet Singhatong, 1998: 90-91; and Pratin Imsooksri, 1999: 124-126, demonstrating that the organizing of direct experience (vicarious experience), using the models and small group discussion were effective in developing respondents' perceived self-efficacy, encouraging them to follow the recommendations correctly, leading them to solve their own problems including being able to assess their own self-efficacy after performing the compliant behaviors and receiving health benefits.

Perceived Response Efficacy

After experimentation and during the follow-up period it was found that the mean score of perceived response efficacy among the experimental group was significantly higher than before the experimentation as well as higher than among the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). The researcher inferred this elevation to be due to the emphasis on the benefits and positive consequences of performing hypertension preventive behavior as well as the following activities: the presentation of positive models reciting to the audience their experiences and correct health behaviors, organizing small group discussion with the aim of having the group members exchange their experiences and opinions about the benefits of practicing hypertension preventive behaviors; questioning the respondents' feelings toward their skills training; and having the respondents write about their expectations and pride regarding their performances as well as future performance. This finding was consistent with Boer & Seydel (1998: 107) who found that greater positive reinforcement and desirable outcomes were achieved through information encouraging high expectations among participants than by information discouraging such expectations. Another therapeutic activity provided the respondents social and psychological support from family members and public health volunteers. The results of the research project demonstrates the effectiveness of the therapeutic agenda in helping the respondents clearly perceive their self-efficacy in leading to an insight of the problems, their

perceived roles and responsibilities, perceived benefits of their performances, higher level of self-confidence and perceived outcome expectations. This finding concurred with the studies carried out by Thida Kitjacharnchaikul, 1998: 107; Jarupa Louhapojanart, 2001: 93; Surasakdi Thamphenjit, 1998: 104-105; and Wipawan Junsuparin, 2001: 123-124.

Hypertension Preventive Behavior

At the end of the experimentation and the follow-up period, a significant higher mean score of hypertension preventive behavior among the experimental group was achieved compared to mean scores measured before the experimentation as well as among the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). The researcher infers this consequence to be due to the benefits of the experimental group's participation in the primary hypertension prevention program in the community. The participants could now appreciate the health benefits derived from food consumption control, physical exercise, stress management, cigarette smoking avoidance, alcohol avoidance and blood pressure monitoring. The respondents have perceived the benefits of performing healthy behaviors as well as the proper performance of those behaviors. The exposure of respondents to life models similar to themselves led them to a perception of their self-efficacy and to a higher level of self-confidence in being able to perform the suggested behaviors. This consequence as well as the social support received from family members providing recommendations, encouragement, persuasion, psychological support in addition to the dissemination of printed materials and periodic home-visits by the public health volunteers had a compound benefit. These activities have motivated the respondents to continue hypertension preventive behaviors. This finding was consistent with the concepts developed by Cobb (1976: 300) defining social support to be the process of providing information enabling people to believe that there are some persons who love, are interested in, and admire them. In addition, the social support had the effect of promoting the feelings of self-realization, social-belonging, and group cohesiveness among the respondents. The researcher concludes that the therapeutic program produced the higher level of hypertension preventive behaviors among the experimental group as compared with the level measured before the experimentation and among the comparison group with

the exception of improving the avoidance of cigarette smoking. The researcher has surmised that since seventy five per cent of the experimental and the comparison group were females who did not smoke, the majority of these respondents initially assumed that they were not susceptible to smoking-related diseases. This profile contributed to a low level of attention and motivation on the part of the respondents to perform preventive smoking behavior. Since one-fourth of the respondents were habitual smokers, this contingent was not inclined nor able to cease the addictive behavior of smoking within the short time-span of the experimental and follow-up periods. Most of the results of this research project were consistent with the studies of Kanokkorn Uamprahm (1998: 88-98); Anucha Nilyou, 1999: 133; Pratin Imsooksri, 1999: 124-126; Jarupa Louhapojnart, 2001: 95-96; Apinya Phanpanich, 2008: 64-65; and Tanner EK and Feldman (1997).

Waist-circumference

Although no significant diminution of waist-lines was achieved among the experimental group during the relatively brief period of the experimentation (p-value = 0.088), a significant decrease in waist-circumference was shown before and during the follow-up period (p-value = 0.003). The conclusion of the researcher is that the participation of the sampled respondents in the primary hypertension preventive program contributed to this therapeutic results. During this program, the respondents had the opportunity to measure their waist-lines and used the data as feedback for assessing their risk. Under this program, the sampled respondents' self-efficacy had been developed regarding food consumption and physical exercise and the perceived benefits of maintaining normal body weight and waist-line. The respondents were encouraged by the researcher who disseminated printed materials as well as the support from family members and public health volunteers. These activities were effective in helping the respondents monitor food consumption and to practice regular physical exercise. The conclusion of the researcher is that the waist-line can not be decreased within a short period of time, but beneficial change requires a longer period of time and of dedication to the performance of therapeutic behavior. This finding was consistent with the studies carried out by Pratin Imsooksri, 1999: 130-131; Jarupa Louhapojanart, 2001: 124-125.

Recommendations

Methodology

1. The use of feedback regarding perceived vulnerability provided positive reinforcement to encourage the sampled respondents to engage in therapeutic development.

2. Organized group discussion was the catalyst to encourage the full participation of the respondents who exchanged opinions and experiences, listened to and accepted other persons' opinions, discussed and solved the problems together. The group atmosphere contributed to the respondents' appreciation of different perspectives.

3. In this study, the researcher had reinforced the behavior of the sample of respondents by disseminating printed materials about hypertension and preventive behaviors. This dissemination was done 2 times within the 6th and 8th weeks. Besides serving as a good reminder, this practice also enhanced the respondents' knowledge. The frequent and consistent use of this technique during the follow-up period with a full content of material was shown to contribute to sustained progress and behavioral change among the respondents. For example, the frequency was increased once within 2 weeks during the program and once a week during the follow-up period. Furthermore, the researcher determined that the use of additional reminders, such as mailings or telephone calls, can help to produce better outcomes.

4. The organization of the activities by the experts in various fields, such, the researcher who has working experience in internal medicine, as well as a rehabilitation therapist, nutritionist, psychiatric nurse, and public health volunteers, can be effective in stimulating interest and the confidence of the sampled respondents in the efficacy of the therapeutic program.

Sample

1. The family plays a very important role in identifying and encouraging the family members most susceptible to disease as appropriate respondents for the study. The assumption of the researcher is that these factors contribute to the good performance of the sample in continuous hypertension preventive behaviors.

2. This research targeted the change of avoidance behaviors for study, including alcohol drinking and cigarette smoking, because these avoidance behaviors address risk factors for hypertension. Since only one-fourth of the population sample smoked or drank alcoholic beverages on a regular basis while three-fourths of the participants were females who did not drink nor smoke, the program was effective in helping the respondents of this particular study avoid those unhealthy behaviors and to lower the risk factors contributing to future hypertension. Therefore, if a research objective is to study alcohol and cigarette consumption as relevant factors for hypertension, then the initial screening of participants should include those behaviors among the selection criterion.

Recommendations for Further Research

1. In preparing the sample group and organizing the activities each week, a thorough study of the community should be conducted and the collaboration of concerned community people should be solicited in order to achieve cooperation and full participation in the program.

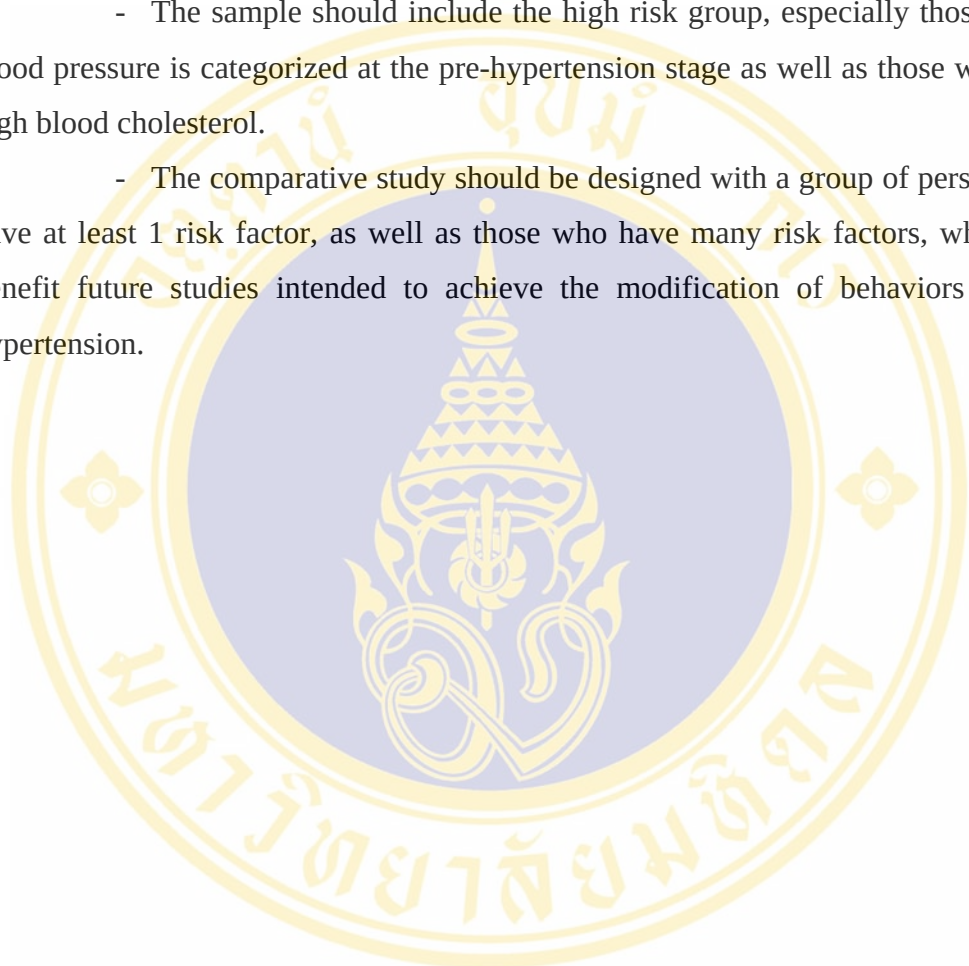
2. This particular research study lasted 10 weeks therefore only the change occurring in the early stage has been measured. For further research, the study of the other research stage should be done in order to follow-up and evaluate the sustained practice of hypertension preventive behaviors, including the control of food consumption, regular physical exercise, stress management, avoidance of alcohol and cigarettes, and the regular monitoring of blood pressure levels, and waist-line reduction.

3. Since hypertension is a disease caused by various factors, therefore, the variety of activities should be organized in order to promote all types of preventive behaviors. However, since there is the possibility of over-exposing the sample population to too many activities within each session, leading to fatigue and boredom, the program should be organized should to create a pleasant, relaxed atmosphere, and a low level of stress. The contents of the activities should be balanced to allot appropriate time for each session.

4. According to the Protection Motivation Theory and Social Support, the researcher concluded the sample selection criteria are important for relevant results

since the degree of risk among the respondents was shown to determine their level of interest and enthusiasm for a program designed to promote hypertension preventive behaviors. Therefore, in carrying out further research, this researcher recommends the following:

- The sample should include the high risk group, especially those whose blood pressure is categorized at the pre-hypertension stage as well as those who have high blood cholesterol.
- The comparative study should be designed with a group of persons who have at least 1 risk factor, as well as those who have many risk factors, which will benefit future studies intended to achieve the modification of behaviors causing hypertension.



บรรณานุกรม

- กนกกรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษร ปะทิ. (2547). ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยมหิดล
- กชกร สมมิ่ง. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. สาขาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ. (2545). การพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดปทุมธานี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราพร แจ่มประเสริฐ. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีวัยแรงงาน ในโรงงานผลิตอาหารทะเลแช่แข็ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยณรงค์ ดีโรจนวงศ์. (2006). *metabolic Syndrom(โรคอ้วนลงพุง)*. บทความวิชาการ. หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสมกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี. ราชวิทยาลัยอายุรแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
- ดวงกมล จันทน์มิตร. (2538). อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ

นายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลขามทะเล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์),สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). อินเทอร์เน็ต
พริ้นต์

บุญช่วย นาสูงเนิน. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุปผา อาศรัยราช.(2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์),สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประทีน อัมสุขศรี.(2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีอายุระหว่าง 36-55 ปี อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยานุช รักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา.พิมพ์ครั้งแรก. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรคในพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวรรณ แสงสุวรรณ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิทร สารุเสน. (2545). ประสิทธิภาพของเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 213-235
- ลดา เนียมสุวรรณ. (2544). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ จากการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1. กองโภชนาการ กรมอนามัย
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. available: [http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report_download1?download_download1=13&lesson1=6&lesson_id=640&zone=3&manu=1&page=\[วันที่สืบค้น 20 ก.ย. 2549\]](http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report_download1?download_download1=13&lesson1=6&lesson_id=640&zone=3&manu=1&page=[วันที่สืบค้น 20 ก.ย. 2549])
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2545). “การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 15). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2546). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ฟ็องฟัวพรีนติ้งจำกัด.
- สุนันทา กระจ่างแดน.(2540). *ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย ในการลด ความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรชัย กองวัฒนากุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. ภาควิชาเภสัชเคมี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอก สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล สันติเวช. (2545). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์)สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาล สกลนคร จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข ศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ จันทร โมลี.(2543). *กลวิธีทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดวงกมล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2549). *รายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูงและหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2549*. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *รายงานผลการสำรวจ พฤติกรรมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานผลการสำรวจ พฤติกรรมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการดูแลเบื้องต้น เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). บริษัท เอ เทรคดิง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.

- สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547-2550. กรุงเทพฯ.
- อินทรา ปัทมินทร. (2542). *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุชา นิลอยู่. (2543). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันครคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดุลย์ รัตนมณีเกษม. (2533). *ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์* : 145
- American Heart Association. (2002). AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke. *Circulation*, 106:388
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The extensive of control*. NEW York: W.H. Freeman and Company.
- Boer, H. & Sedel, E.R. (1998). Protection Motivation Theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour Research and Practice with Social Cognition Models*. 95-118. Hong Kong: Open University Press.
- Mcclendon, T. Brain. & Steven Prentice-Dunn. (2001). Reducing Skin Cancer Risk: An Intervention Based on Protection Motivation Theory. *Journal of health Psychology*, 6(3)326.
- Carroll, D., et al. (2001). Blood pressure reaction to acute psychological stress and future blood pressure status : a 10 - year follow-up of men in the Whitehall II study. *Psychosomatic medicine*, 63: 737-743.
- Willis, C.E., Gaffney, B., & Yarnell, Jwg. (2000). Hypertension: what do people think? A survey in Northern Ireland of public knowledge and attitudes concerning high blood pressure public knowledge and attitudes concerning high blood pressure. *Health Education Journal*, 59, 308
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. (3) 300-314.

- Collins, R., et al. (1990). Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure : overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet*. 1990. Apr. 7; 335(8693):827-38
- Garth, N.Graham. (2006). Perceived Versus Actual Risk for Hypertension and Diabetes in the African American Community. *Health Promot Pract*, 7, 34-46.
- Brownstein, J.Nell., et.al. (2007). Effectiveness of Community Health Workers in the Care of People with Hypertension. *Am J Prev Med*, 32(5), 435–447.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the joint nation committee On prevention, detection, Evaluation and treatment of high blood pressure. : The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2560-2572.
- Sandhu, J.S., Berri, A., Gupta, D., Arya, M., Singh, R & Sandhu, P. (2004). Essential Hypertension Primary Prevention. *Journal, Indian Academy of Clinical Medicine Vol. 5, No. 4. October-December, 5(4): 306-9*
- Kawada, T. (2002). Body mass index is a good predictor of hypertension and hyperlipidemia in a rural Japanness population. *Int J obes relat. Mctab Disord*: 725-729.
- Liu, Kiang., Karen, J. Ruth., John, M. & Flack. (1996). Blood pressure in Young Blacks and Whites: Relevance of Obesity and Lifestyle Factors in Determining Differences. *Circulation*. 1996, 93, 60-66.
- Kotchen, T.A. & Kotchen, J.A. (1999). Lifestyle modification. In Izzo JL, Black HR, editors. Hypertension primer : The essential of high blood pressure. 2nd ed. Dallas : *American Heart Association*, 339-341
- Lowes, C.M., Bennett, D.A. & Feiqin, V.L. (2004). Blood pressure and stroke : overview of published reviews. *Stroke Apr*, 35(4), 1024
- Mackay, B.C. (1992). *Aids and Protective Motivation Theory (PMT) : Effect of Imagined Scenarios on Intention to Use Condom*. UMI Dissertation Service Printers.
- Molean, D., et al. (2007). 2007 Hypertension Education Program (CHEP) recommendation : management of hypertension by nurse. *Can J cardiovasc Nurs*, 17(2), 6-10

- National Heart, Lung, and Blood institute. (2004). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. Retrieved March 10, 2007. [on line] from http://www.nhlbi.nih.gov/health/hbp/dash/new_dash.pdf.
- O' Brien, E. & O' Malley, K. (1983). *High Blood Pressure: What it mean for you, and control it*. Singapore: PG. Publish Ltd.
- Patricia, J. Elmer., et al. (2006). Effects of comprehensive lifestyle Modification on diet, Weight, Physical fitness, and blood pressure Control: 18-month Results of a Randomized Trial. *Annals of internal medicine*. 144, 485-495
- Plotnikoffi, R. C. & Higginbotham, N. (2002). Protection Motivation Theory and exercise behavior change for the prevention of coronary heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. *Psychology Health & Medicine*, Vol. 7, NO. 1,
- Padwal, Raj. (2001). Evidence based management of Hypertention of Hypertension. *BMJ*, 322:977 (21 April)
- Reader's Digest. (2550). *Taking Charge of High Blood Pressure*. CT Printing Limited.
- Ronald, C.P. & Nick, H. (1995). Predication Low-Fat Diet. Intention and Behaviors for the evention of Coronary Heart Disease : An Application of Protection Motivation Theory Among an Australian Population. *Psychology & Health*, 10(5), 397-408.
- Sacks, F.M., et al. (2001). Effects on blood pressure of reducted dieatary sodium and the Dieatry Approaches to stop Hypertention (DASH) diet. DASH - sodium Collaborative Research Group. *N Eng J Med*, 344:3-10.
- Tan, C.E., Ma, S., Wai, D., Chew, S.K. & Tai, E.S.(2004). Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care*, 27: 1728-34
- Tanner, E.K. & Feldman, R.H.(1997). A social support intervention alone and with reminders improved appointment keeping among patients with chronic illnesses. *Nurs Res* 1997 Nov/Dec, 46, 342-4.
- Vitool, Lohsoonthon. (2006). Risk Factor of Hypertension and Correlates of Blood Pressure and Mean Arial Pressure among patients Receiving Health Exam at the Prevention Medication Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai* , 89 (8), 1213-21.

- Vasan, R. S, et al. (2002). Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1003-1010.
- Vollmer, W.M., et al. (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressure Subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med.* 135, 1019-28
- Whelton, D.K., et al. (2002). Primary prevention of Hypertention. Clinical and public health advisory from the nation high blood pressure education programe. *JAMA*, 288: 1882-1888.
- WHO-ISH Glildine. (1999). World Health Oranization-International Society of hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 17(2),151-178
- Wrongdiagnosis. *About Prevalence and Incidence Statistics*. Retrieved September 20, 2008, from. <http://www.wrongdiagnosis.com/admin/preval.html#rates>



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ชีรวีวัฒน์
ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาขารณสูทศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์สิริรัตน์ ถีลาจรัส
คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์สุเมธ บรรเลงจิต
นายแพทย์ระดับ 7
4. นางสาวเดือนใจ เทียนทอง
วิชาการ (พยาบาลวิชาชีพ) ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพพระดับ 7
5. นางนพรัตน์ เจริญกิจ
วิชาการ (พยาบาลวิชาชีพ) ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพพระดับ 7

ภาคผนวก ข เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชน จ.นครปฐม

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 8 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2. ข้อมูลการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3. ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4. ข้อมูลการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันความดัน

โลหิตสูง

ส่วนที่ 5. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง

2. คำตอบที่เป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงงานพยาบาลสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ เพื่อจะนำไปพิจารณา จัดบริการได้ตรงกับความต้องการของประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐมมากที่สุด

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลต่อท่านทางตรงและทางอ้อม

.....

(นางสาวอรนุช พงษ์สมบุญ)

นักศึกษาปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชา เอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ครั้งที่.....

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่ทำการเก็บข้อมูล...../...../.....

แบบสัมภาษณ์

ระดับความดันโลหิต.....มม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. เส้นรอบเอว.....

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1 () ชาย

2 () หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี

3. ท่านมีสถานภาพสมรสอย่างไร

1 () โสด

2 () คู่

3 () หม้าย

4 () หย่าร้าง

5 ()

แยกกันอยู่

4. ท่านจบการศึกษาระดับใด

1 () ไม่ได้เรียน

2 () ประถมศึกษา

3 () มัธยมศึกษาตอนต้น

4 () มัธยมศึกษาตอนปลาย

5 () อาชีวศึกษา

6 () ปริญญาตรีขึ้นไป

7 () อื่นๆ ระบุ

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตหรือไม่

1 () ไม่เคย

2 () 1 ครั้ง/ปี

3 () มากกว่า 1 ครั้ง/ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของ

ท่านในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิด หรือถูก

คำจำกัดความ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อความ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.ความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้				
2.ความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้				
3.คนที่มีความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งได้มากกว่าคนปกติ				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12.				
13. การเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจะเป็นภาระของคนในครอบครัว ที่ต้องคอยดูแล				

ส่วนที่ 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของ

ท่านในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิด หรือถูก

คำจำกัดความ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความ

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อความ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. คนที่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อยๆ				
2. คนที่มี พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น ๆ				
3. คนอ้วนมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนน้ำหนักตัวปกติ				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13. คนที่ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงน้อยกว่าคนที่ไม่เคยตรวจวัดความดัน-โลหิตเลย				

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิด หรือถูก

คำจำกัดความ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อคำถาม
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยมากกับข้อคำถาม
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อคำถาม
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน	ทำได้เป็น ส่วนมาก	ทำได้ น้อย	ทำไม่ได้ แน่นอน
1. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดได้ (เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม เป็นต้น)				
2. ท่านสามารถลดการดื่ม น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส หรือเกลือป่น ลงในอาหารเวลารับประทานอาหารได้ทุกครั้งที่แม้ท่านจะรู้สึกว่าอาหารนั้นไม่อร่อย				
3. ท่านสามารถลดปริมาณรับประทานอาหารจำพวก ข้าว แป้ง ขนมหวาน เช่น ข้าวเหนียว น้ำหวาน น้ำอัดลมให้น้อยลงได้				
4.....				
5.				
6.				
7.				
8.....				
9.				
10.....				
11.				
12.				
13. ท่านสามารถไปตรวจวัดความดันโลหิตได้อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง				

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิด หรือถูก

คำจำกัดความ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อความ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานอาหารเสริมจัดให้น้อยลงช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงได้				
2. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิ อาหารทอดให้น้อยลง จะทำให้ลดโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง				
3. การเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยวหรือเกลือปลงในอาหารให้น้อยลง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงได้				
4.....				
5.				
6.				
7.....				
8.				
9.....				
10.....				
11.				
12.				
13. การไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ทำให้ท่านทราบความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง และสามารถป้องกันได้				

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย
ความเครียด การลด/เลิกการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน [] ตามความเป็นจริงเพียงข้อละ 1 คำตอบ

การปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร

1. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ ข้าวหน้าเป็ด หนังไก่ทอด บ่อยเพียงใด

1 [] รับประทาน 5 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป

2 [] รับประทาน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

3 [] รับประทาน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

4 [] ไม่รับประทานเลย

2.

3.

4.

5.

6.

การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย

7. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายเช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน หรือออกกำลังกายบริหาร ให้เหงื่อออกบ่อยเพียงใด

1 [] ไม่เคยเลย

2 [] 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

3 [] 3 -4 ครั้ง/ สัปดาห์

4 [] 5 ครั้ง/ สัปดาห์ขึ้นไป

8.

9.

การปฏิบัติด้านการผ่อนคลายความเครียด

10. ใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด บ่อยเพียงใด

1 [] 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นไป

2 [] 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

3 [] 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

4 [] ไม่ทำเลย

11.....

12.....

13.....

14.....

การปฏิบัติตัวด้านการดื่มแอลกอฮอล์

15. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากน้อยเพียงใด

1 [] ดื่ม มากกว่า 30 มิลลิตร ขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์

2 [] ดื่ม 15-30 มิลลิตรต่อสัปดาห์

3 [] ดื่ม 15 -30 มิลลิตรต่อวัน

4 [] ไม่เคยดื่มเลย

16.....

การปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่

17. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับควันบุหรี่บ่อยครั้งเพียงใด(สูบเองหรือจากคนรอบข้าง)

1 [] 5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

2 [] 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

3 [] 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

4 [] ไม่เคยได้รับเลย

18.

การปฏิบัติตัวด้านการตรวจวัดความดันโลหิต

19. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านไปตรวจวัดความดันโลหิต บ่อยเพียงใด

1 [] 1 ครั้ง/เดือน

2 [] มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน

3 [] ไม่เคย

20.....

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงการจำแนกรายข้อ

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน						
1. ความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	2.84	2.62	3.56	2.62	2.81	2.75
2. ความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้	2.93	2.87	3.77	2.87	3.63	2.87
3. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งได้มากกว่าคนปกติ	2.86	2.97	3.68	2.97	3.29	2.79
4. คนที่เป็นความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอัมพาตหรือความพิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ	2.93	3.22	3.70	3.22	3.45	2.97
5. เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจะทำให้เสียชีวิตกะทันหัน	2.95	3.00	3.70	2.45	3.52	2.93
6. คนที่มีความดันโลหิตสูงมากจะทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ในตาแตกทำให้ตาฝ้าฟางจนถึงตาบอดได้	2.59	2.77	3.63	2.77	3.40	2.81
7. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจรักษาไปตลอดชีวิตทำให้รู้สึกเครียดได้ง่าย	2.84	2.72	3.68	2.72	3.40	2.85
8. เมื่อเป็นความดันโลหิตสูงทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาและควบคุมอาหารรสเค็มไปตลอดชีวิต	2.77	2.87	3.65	2.97	3.22	3.00
9. โรคอัมพาต หัวใจ โรคไต หรือตาบอดที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว	2.70	2.87	3.70	2.87	3.36	2.70
10. คนที่เป็นอัมพาตจากความดันโลหิตสูงจะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่อยากเข้าสังคม	2.90	3.14	3.65	3.14	3.18	3.10

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน						
11. คนที่เป็นอัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องหยุดงาน หรือออกจากงาน และสูญเสียรายได้	3.13	3.16	3.79	3.16	3.40	3.08
12. ความดันโลหิตสูงทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก	3.02	2.75	3.61	2.75	3.18	2.77
13. การเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจะเป็นภาระของคนในครอบครัว ที่ต้องคอยดูแล	2.88	2.75	3.63	3.16	3.34	2.75
การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
1. คนที่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีโอกาเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อยๆ	3.13	2.62	3.4	2.87	3.4	2.66
2. คนที่มี พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น ๆ	3.02	2.83	3.3	3.08	3.5	2.87
3. คนอ้วนมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนน้ำหนักตัวปกติ	2.88	2.97	3.6	3.08	3.4	2.97
4. การดื่ม น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว หรือเกลือ ในอาหารเวลารับประทานเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.93	3.22	3.72	3.10	3.43	3.22
5. การรับประทานผัก ผลไม้ ที่มีเส้นใยสูงและรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ สับปะรด เป็นประจำช่วยลดโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง	2.70	2.93	3.56	3.06	3.45	3.00
6. คนที่ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ของทอดต่างๆ เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง	2.90	2.72	3.59	3.06	3.54	2.77

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน						
7. คนที่รับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก น้ำหวานหรือน้ำอัดลมเป็นประจำทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง	2.93	2.64	3.72	3.10	3.54	2.64
8. คนที่มีความเครียด หรือความวิตกกังวลสูงอยู่เสมอจะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น	3.11	2.89	3.63	3.33	3.40	2.81
9. คนที่ออกกำลังกายติดต่อกัน 20 -30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้	3.00	3.14	3.61	3.14	3.50	3.08
10. การทำงานบ้านที่ต้องใช้แรงมากและทำติดต่อกันนาน 20-30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้	3.04	3.16	3.56	3.22	3.25	2.91
11. การดื่มสุราเป็นประจำมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้	2.97	2.41	3.75	3.18	3.68	2.77
12. การสูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้	2.88	2.41	3.56	3.22	3.56	2.43
13. คนที่ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงน้อยกว่าคนที่ไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิตเลย	2.90	3.16	3.75	3.12	3.61	3.16

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง						
1. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดได้ (เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม เป็นต้น)	2.40	2.97	3.41	2.91	3.56	2.91
2. ท่านสามารถลดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส หรือเกลือป่น ลงในอาหารเวลารับประทานอาหารได้ทุกครั้งถึงแม้ท่านจะรู้สึกว่าการนั้นไม่อร่อย	2.70	2.77	3.61	2.77	3.18	2.89
3. ท่านสามารถลดปริมาณรับประทานอาหารจำพวกข้าว แป้ง ขนมหวาน เช่น ข้าวเหนียว น้ำหวาน น้ำอัดลมให้น้อยลงได้	2.59	2.87	3.47	2.87	3.15	2.87
4. ท่านสามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ของทอดต่างๆ ให้น้อยลงได้	2.54	3.00	3.29	3.00	3.29	3.02
5. ท่านสามารถรับประทานผักได้ทุกวัน	2.54	3.04	3.65	3.08	3.69	3.08
6. ท่านสามารถรับประทานผลไม้ที่มีกากใยสูงและรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ สับปะรด ได้ทุกวัน	2.90	2.87	3.47	2.85	3.47	2.85
7. ท่านสามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลมให้น้อยลงได้ในแต่ละวัน	2.90	2.87	3.15	2.87	3.36	2.87
8. ท่านสามารถหาเวลาออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แม้จะรู้สึกว่ามีการะงานมาก	2.40	2.50	3.00	2.56	2.97	2.66
9. ท่านสามารถหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองได้เช่น การวิ่งเหยาะ การเดิน ออกกายบริหาร	2.40	2.72	3.15	2.77	3.09	2.79
10. ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ทุกครั้งที่คุณรู้สึกเครียด เช่น การทำสมาธิ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	2.72	2.95	3.15	2.93	3.15	2.95

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง						
11. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้	3.34	3.16	3.65	3.18	3.65	3.20
12. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ได้	3.11	3.27	3.68	3.20	3.68	3.20
13. ท่านสามารถไปตรวจวัดความดันโลหิตได้อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง	3.11	3.02	3.70	3.02	3.70	3.06
การรับรู้ความผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันความดันโลหิตสูง						
1. การรับประทานอาหารรสเค็มจัดให้น้อยลงช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	2.7	2.6	3.6	3.1	3.5	3.10
2. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิอาหารทอดให้น้อยลง จะทำให้ลดโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง	2.7	2.9	3.5	3.3	3.5	3.33
3. การเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสเต้าเจี้ยวหรือเกลือปลงในอาหารให้น้อยลง จะช่วย ป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	3.1	3.0	3.5	3.1	3.5	3.14
4. การลดหรืองดการรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม จะช่วยในการลดน้ำหนักและลดโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้	2.7	3.2	3.5	3.2	3.5	3.1
5. การรับประทานอาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล กะทิ ให้น้อยลงจะสามารถควบคุม น้ำหนักไม่ให้อ้วนและช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้	3.0	3.0	3.6	3.1	3.7	3.2
6. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำ ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้นช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง	3.3	3.0	3.6	3.0	3.6	3.1

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การรับรู้ความผลัทธิของการปฏิบัติในการป้องกันความดันโลหิตสูง						
7. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกันนาน 20 -30 นาที ทำให้ระบบไหลเวียนในร่างกายดีขึ้น ช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง	2.9	2.7	3.6	2.7	3.4	3.0
8. การออกกำลังกายที่ไม่ใช้งานประจำของท่านแบบง่ายๆ เช่นการเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหารทุกวัน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที ป้องกันความดันโลหิตสูงได้	3.3	2.9	3.5	3.0	3.6	2.7
9. การผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นต้น ช่วยทำให้จิตใจสงบและป้องกันความดันโลหิตสูงได้	3.4	3.1	3.6	3.1	3.5	3.0
10. การนอนหลับเป็นวิธีที่ท่านทำได้ง่าย เพื่อผ่อนคลายความเครียดและช่วยในการป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูง	3.0	3.1	3.6	3.1	3.4	3.1
การรับรู้ความผลัทธิของการปฏิบัติในการป้องกันความดันโลหิตสูง						
11. การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่เป็นประจำสามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้	2.9	3.2	3.6	3.1	3.2	3.0
12. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราเป็นประจำสามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้	2.9	2.8	3.7	2.9	3.5	3.0
13. การไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งทำให้ท่านทราบความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงและสามารถป้องกันได้	2.9	2.8	3.6	2.9	3.6	2.8

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร						
1. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ ข้าวหน้าเป็ด หนังไก่ทอด บ่อยเพียงใด	2.84	2.87	3.5	2.54	3.4	2.87
2. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น คั่วข้าวไก่ แกงหมูเทโพ พะแนงเนื้อ หรือขนมใส่กะทิ เช่น ก๋วยเตี๋ยวชวชี่ เต้าส่วน เป็นต้น บ่อยเพียงใด	2.77	2.70	3.5	2.64	3.2	2.77
3. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ไข่ทอด ปาท่องโก๋ เป็นต้นบ่อยเพียงใด	2.50	2.50	3.5	2.58	3.1	2.54
4. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารประเภทตากแห้ง อาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ผักกาดดอง ปูเค็ม เป็นต้น บ่อยเพียงใด	2.65	2.64	3.1	3.12	2.9	2.75
5. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ขณะรับประทานอาหาร ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารเพิ่มเติมจากที่ปรุงมาแล้ว บ่อยเพียงใด	2.88	2.85	3.0	2.79	3.2	2.89
6. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารประเภท ผักและผลไม้บ่อยเพียงใด	2.81	2.79	3.5	2.95	3.5	2.77

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย						
7. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ฝึกจักรยาน หรือ ออกกายบริหารให้เหงื่อออกบ่อยเพียงใด	1.81	1.93	2.45	1.95	2.63	1.83
8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าใด	2.29	2.35	2.47	2.33	2.61	2.31
9. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านทำงานบ้าน ติดต่อกันเป็นเวลานานจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก เช่น ถูบ้าน คายหญ้า ทำสวน บ่อยครั้งเพียงใด	3.22	3.25	3.70	2.91	3.54	2.95
การปฏิบัติด้านการผ่อนคลายความเครียด						
10. ใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านเกิด อารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือ เครียด บ่อยเพียงใด	2.8	3.1	3.5	2.9	3.5	3.0
11. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านมีเรื่อง ไม่สบายใจ หรือมีปัญหา ท่านใช้เหตุผล ในการแก้ปัญหาได้บ่อยเพียงใด	2.8	2.8	3.2	2.7	3.1	2.9
12. ใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาเมื่อท่านรู้สึก หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่าน สามารถผ่อนคลายความเครียด เช่น ปรึกษาคนใกล้ชิด การนวดกดจุด การ หย่อนเกร็งกล้ามเนื้อ กำหนดลมหายใจ เข้า ได้บ่อยเพียงใด	3.0	2.9	3.5	2.8	3.4	2.8
13. ในแต่ละคืนท่านนอนไม่หลับเพราะคิด มากหรือกังวลใจบ่อยเพียงใด	2.7	2.6	3.0	2.6	3.0	2.9
14. ในรอบ 1 สัปดาห์ท่านกินยานอนหลับ บ่อยเพียงใด	2.5	2.9	3.1	2.8	2.9	2.7

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ	ทดลอง	เปรียบเทียบ
การปฏิบัติตัวด้านการดื่มแอลกอฮอล์						
15. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากน้อยเพียงใด	3.07	3.14	3.42	3.08	3.62	3.29
16. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการถูกชักชวนเพื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้บ่อยเพียงใด	3.02	3.14	3.58	3.42	3.68	3.25
การปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่						
17. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับควันบุหรี่บ่อยครั้งเพียงใด(สูบเองหรือจากคนรอบข้าง)	2.93	3.06	3.36	3.12	3.27	3.08
18. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ เช่น การสูบ การอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือสามารถปฏิเสธการถูกชักชวนสูบบุหรี่จากบุคคลอื่น ได้บ่อยเพียงใด	3.15	3.16	3.17	3.18	3.19	3.00
การตรวจวัดความดันโลหิตสูง						
19. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านไปตรวจวัดความดันโลหิต บ่อยเพียงใด	1.61	1.60	2.31	1.54	2.38	1.64
20. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเองทุกครั้งที่วัดความดันโลหิต	1.63	1.93	2.22	1.72	2.43	2.02

แผนการจัดกิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 1 “แผนการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจในบทบาทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้าน 4 ด้านตลอดการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง 56 ท่าน
2. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 7-8 ท่าน

ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง

สถานที่ : ศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง ต.นาสร้าง อ.เมือง จ.นครปฐม

อุปกรณ์/สื่อ

1. เครื่องฉายสไลด์และแผ่นจอภาพ
2. สไลด์เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ใบความรู้ที่ 1 ใบความรู้ที่ 2 และใบงานที่ 1

การประเมินผล

1. จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สนใจติดตามปัญหาและซักถาม
3. จากแบบบันทึกการให้คำแนะนำและการกระตุ้นเตือน

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูง”

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อสร้างการรับรู้อันตราย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และ
รับรู้ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

1. วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
2. ระบุภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน
จนถึงระดับประเทศชาติของความดันโลหิตสูงได้
3. ระบุถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงได้
4. สรุปแนวทาง ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชาชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ จำนวน 50 ท่าน
 1. ประชากรชาย - หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 40 - 59 ปี
 2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 3. มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป
ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนนาสร้าง

เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์/สื่อ

1. สไลด์เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจ
เกิดขึ้น โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
2. ตัวแบบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ท่าน
3. คู่มือในการดูแลตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง(กระทรวงสาธารณสุข)
4. แผ่นพับเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง
5. ใบงานที่ 2 -5 และใบความรู้ ที่2)

ผู้ดำเนินกิจกรรม

1. นางสาวอรนุช พงษ์สมบุญ

การประเมินผล

การประเมินผล

1. จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม ความสนใจติดตามปัญหาและซักถาม
2. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 “รับประทานอาหารอย่างมั่นใจ เหวี่ยงไป ร่างกายแข็งแรง”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงต่อภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเช่นอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง

2. เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในผล ดีของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ป้องกันความดันโลหิตสูง และการควบคุม น้ำหนัก

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกลงต่อไปนี้ จำนวน 50 ท่าน

1. ประชากรชาย - หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 40 - 59 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง
3. มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป

เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง

ผู้ดำเนินกิจกรรม

1. นักโภชนาการ
2. นางสาวอรนุช พงษ์สมบูรณ์

อุปกรณ์/สื่อ

1. แบบบันทึกรายการอาหาร
2. ป้ายชื่อรายการอาหารแต่ละประเภท
3. กระดาษ ปากกา
4. ตัวอย่างรายการอาหาร
5. ใบความรู้ที่ 3 และใบงานที่ 6-7

กิจกรรมที่ 4 “ใส่ใจอารมณ์ ก้าวพ้น ภัยเหล้าบุหรี่”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับผลร้ายของภาวะเครียดและโทษภัยบุหรี่และแอลกอฮอล์ต่อภาวะความดันโลหิตสูง

2. สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติในพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การลด/เลิกบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกลงไปนี้ จำนวน 50 ท่าน

1. ประชากรชาย - หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 40 - 59 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป

ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป

เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง

ผู้ดำเนินกิจกรรม

1. นักจิตวิทยา
2. นางสาวอรนุช พงษ์สมบุญ

อุปกรณ์/สื่อ

1. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “พิษภัย เหล้า บุหรี่” และ “ความเครียด”
2. แผ่น CD เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เรื่อง “การฝึกการหายใจ” “การหย่อนคลายกล้ามเนื้อ”
3. อุปกรณ์สาธิตการลด/เลิกเหล้าและบุหรี่ เช่น ตัวอย่าง เหล้าและบุหรี่ ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์
4. ใบความรู้ที่ 4 และใบงานที่ 10 - 11

กิจกรรมที่ 5 “วัดความดัน ออกกำลังกาย ป่วยครั้ง ด้านภัยความดันโลหิตสูง”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในผล ดีของ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ป้องกันความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการออกกำลังกายใน การป้องกันความดันโลหิตสูง
3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันความดันโลหิตสูง
4. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง
5. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงผลดีของการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ จำนวน 50 ท่าน

1. ประชากรชาย - หญิง ทั้งไป ที่มีอายุ 40 - 59 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นความดันโลหิตสูง
3. มีภาวะน้ำหนักเกินโดย ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 เซนติเมตรหรือ 36 นิ้วขึ้นไป ผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วขึ้นไป

เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง

ผู้ดำเนินกิจกรรม

1. นักกายภาพ
2. นางสาวอรนุช พงษ์สมบูรณ์

อุปกรณ์/สื่อ

1. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “การออกกำลังกายด้านภัยความดันโลหิตสูง” “การ ตรวจวัดความดันโลหิต”
2. ตัวแบบด้านบวก
3. แผ่น CD เรื่อง “การออกกำลังกายในผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี”
4. ใบความรู้ที่ 5 และใบงานที่ 12-13



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

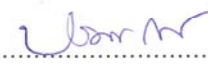
เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2008-040

ชื่อโครงการ โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน
จังหวัดนครปฐม

รหัสโครงการ 8/2551

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวอรนุช พงษ์สมบัติ
 ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลสาธารณสุข
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
 เอลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประมุข โอศิริ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2551

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2552

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	อรนุช พงษ์สมบุญ
วัน เดือน ปีเกิด	16 ตุลาคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2538-2542 มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสูขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาขารณสูข คณะสาขารณสูขศาสตร์, พ.ศ.2548-2552
ที่อยู่	7 หมู่ 7 ต. ท้าหลวง อ. เมือง จ. นครปฐม 73000