

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ  
เขตกรุงเทพมหานคร

พินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

เขตกรุงเทพมหานคร

ฉันทนิพนธ์ วุฒิสรรณ

นางสาวพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ  
ผู้วิจัย

Weena T.

รองศาสตราจารย์ฉวีณา เทียงธรรม,  
ศ.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

กมล นี

รองศาสตราจารย์สุพรรณ นันทมงคลชัย,  
ปช.ด. (ประชากรศาสตร์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Am-k

รองศาสตราจารย์อำภาพร เพ่าวัฒนา,  
Ph.D. (Nursing)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Am-dl

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

Weena T.

รองศาสตราจารย์ฉวีณา เทียงธรรม,  
ศ.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

เขตกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2556

Wanna T.

รองศาสตราจารย์วิณา เทียงธรรม,  
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์อำภาพร เผ่าวัฒนา,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นฤมล โฮมณีกุล

อาจารย์นฤมล โฮมณีกุล,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



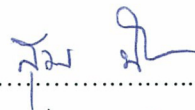
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ

นางสาวพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ  
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันิดา ดุรงค์ฤทธิชัย,  
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย,  
ปช.ด. (ประชากรศาสตร์)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,  
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)  
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี จากความกรุณาอย่างยิ่งของคณาจารย์ จึงใคร่ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรมอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ สละเวลา ตรวจสอบแก้ไข อำนวยความสะดวก จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้ออกมาสมบูรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา และ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมฉัตรกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไข ที่เป็นประโยชน์ จนทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณี วัฒนสมบูรณ์ นางบุญนิตา บวรนนทเดช และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณสมาคมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทยและสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 6 และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 30 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาจนประสบความสำเร็จในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่ของภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขที่ได้ให้ความช่วยเหลือด้วยดีเสมอมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติ พี่น้อง ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมชั้นปริญญาโททุกคนที่คอยเป็นกำลังใจให้ฟันฝ่าอุปสรรคทั้งปวงและให้การสนับสนุนด้วยดีมาตลอด สามารถทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี

Copyright by Mahidol University

พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร  
HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR COMPLICATIONS PREVENTION AMONG THE  
ELDERLY WITH HYPERTENSION IN BANGKOK METROPOLITAN

พินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ 5237521 PPHP/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิชาที่เกี่ยวข้อง, ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข), อภาพร เฝ้าวัฒนา,  
Ph.D.(NURSING), สุธรรม นันทมงคลชัย,ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 60-70 ปี กลุ่มตัวอย่าง 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กิจกรรมในโปรแกรมประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งสองกลุ่มได้รับบริการสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงตามปกติเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมตามโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (2) ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารแบบ DASH-Diet การรับประทานยาที่ถูกต้อง การตรวจวัดตามนัด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การผ่อนคลายความเครียด (3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test, Independent t-test และ Repeated Measure one-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.016$ )

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมหวังว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกันได้

คำสำคัญ : ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค/แรงสนับสนุนทางสังคม/ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

**HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR COMPLICATIONS PREVENTION AMONG THE ELDERLY WITH HYPERTENSION IN BANGKOK METROPOLITAN**

PANIDNUN WONGSUWAN 5237521 PPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WEENATHAINGTHAM, Dr.P.H, (PUBLIC HEALTH NURSING), ARPAPORN POWWATTANA, Ph.D.(NURSING), SUTHAM NANTHAMONGKOLCHAI, Ph.D.(DERMOGRAPHY)

**ABSTRACT**

The purpose of this quasi-experimental two groups pretest-posttest design with comparison group study was to evaluate the effectiveness of the health promotion program for complication prevention among the elderly within a hypertension group, 60-70 years old. 64 participants were equally divided into two groups, an experimental group and a comparison group. This research was conducted for a period of 6 weeks: 2 weeks allotted for the intervention and another 4 weeks provided for follow-up. Activities in this program were adopted from Protection Motivation theory and Social Support concept. Both groups received routine health care service on hypertension; however, the experimental group received additional activities provided by the researcher. This intervention program included: (1) group discussion and information regarding the health effect to enhance the perception of the severity and susceptibility to the complications of hypertension, (2) skill mastering on the DASH-Diet, accuracy on drug administration, continuing doctor visiting follow-ups, cigarettes avoidance and alcohol consumption cessation, adequate physical activities and stress releasing skill, (3) and social support from health volunteers and family. Data were collected by interview questionnaires covering general information, perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, response efficacy, hypertension complications prevention behaviours and social support from health volunteers and family. Statistical analysis was performed by using percentage, mean, standard deviation, independent t-test, paired t-test and repeated measure one-way ANOVA.

The results of this study indicated that, after the intervention and follow up periods, the experimental group had a significantly higher mean score of perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, response efficacy, hypertension complications prevention behaviours and social support from health volunteers and family than before the intervention, and those in the comparison group, both after the intervention and the follow up period ( $P < 0.016$ ).

This health promotion program for complications prevention among the elderly with hypertension in the Bangkok metropolitan area was shown to be beneficial in the prevention of complications from hypertension. The validity of this program can be applied to a similar program, addressing hypertension within a community.

**KEY WORDS: PROTECTION MOTIVATION THEORY / SOCIAL SUPPORT/ ELDERLY WITH HYPERTENSION**

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	8
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 ตัวแปรในการศึกษา	9
1.7 การนิยามตัวแปร	9
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>14</b>
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	14
ส่วนที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	16
ส่วนที่ 3 ทฤษฎีแนวคิด และกระบวนการที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย	29
ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	38
กรอบแนวคิดการวิจัย	46
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>47</b>
1 รูปแบบการวิจัย และแผนภูมิการทดลอง	47

## สารบัญ (ต่อ)

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
4. การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	<b>70</b>
<b>บทที่ 5 อภิปรายผล</b>	<b>105</b>
<b>บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>	<b>127</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย</b>	<b>132</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ</b>	<b>151</b>
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>169</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>181</b>
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย	182
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์และโปรแกรมการสอน	183
ภาคผนวก ค คำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	200
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>202</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=32)	72
4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	76
4.3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	78
4.4	จำนวนและร้อยละคะแนน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	80
4.5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	82
4.6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	83
4.7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	84
4.8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	85

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุข <u>ภายในกลุ่มทดลอง</u> ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล (n=32)	86
4.10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่ม เปรียบเทียบ</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	88
4.11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน โลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในเปรียบเทียบ</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	90
4.12	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ความสามารถ ตนเองในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในเปรียบเทียบ</u> ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	92
4.13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ใน พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	94
4.14	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	95
4.15	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล (n=32)	96

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.16	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ประกอบด้วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	97
4.17	เปรียบเทียบเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน <u>ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	98
4.18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	100
4.19	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง <u>ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	102
4.20	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน <u>ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ</u> ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)	104

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงคือโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ในปัจจุบันประมาณการณ์ว่าประชากรทั่วโลก มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคน (Joint Nation Committee, 2003: 2) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคน ในปี ค.ศ.2025 (Hearney et al., 2005 อ้างใน Molean et al., 2007: 6-10) จากการสำรวจของ The National Health Examination ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 50 ล้านคน หรือ 1 ใน 5 คนของประชากร และอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.2 ในปี 2005 เป็นร้อยละ 56.4 ในประชากรผู้สูงอายุของปี 2009 (Lloyd-Jones et al., 2009: 181) ส่วนในทวีปเอเชียพบว่า ประเทศที่มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ จีน รองลงมาคือ อินเดีย ซึ่งพบว่า มีประชากรที่ป่วยเป็นโรคนี้แล้วประมาณ 239 และ 196 ล้านคน ตามลำดับ (Wrongdiagnosis, 2006) สำหรับประเทศไทย จากสถิติสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวน 216.60 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ.2552 จำนวน 5,018.98 ต่อประชากรแสนคน เป็นจำนวนการป่วยของประชากรมากที่สุดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด และยังพบว่า ร้อยละ 56 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดจากการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทำให้เสียความยืดหยุ่น ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายจึงเพิ่มขึ้น (Grodzicki & Messerti, 2002: 543-553 ; Kaplan, 2002; supiano, 1997: 375-389) รวมทั้งจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภาวะเครียด อาหาร หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สะสมมาอย่างยาวนาน (มุกดาตันชัย, 2546: 167) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ถ้าไม่ได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะถ้ามีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ต้องได้รับการรักษาภายใน 2 เดือน เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551: 12) ซึ่งโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 69 ,โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77,ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 74, รวมทั้งเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานอีกด้วย (JNC7, 2003: 289)

สำหรับในประเทศไทยพบว่า ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมีอัตราการตาย คิดเป็นร้อยละ 28.96 และเป็นสาเหตุของ

การเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (คณะทำงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง, 2549: 3) นอกจากนี้ภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ควบคุมระดับความดันโลหิต จะส่งผลให้อวัยวะภายในร่างกายถูกทำลาย (Target organ damage) ได้แก่ สมอง ไต หัวใจ ตา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบว่า เกิดอัตราการป่วย ดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 40.03 โรคไตวาย ไตพิการ ร้อยละ 23.35 โรคหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 7.95 (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553: 42) ซึ่งรัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณผ่านเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ประมาณ 100,000-1,000,000 บาท ต่อคนต่อปี ขึ้นกับความรุนแรงของโรค โดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น การฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 41,804.78 บาท/ราย/เดือน (จันทิรา หอมวิจิตรกุล, 2541: 78) ค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษา อุปกรณ์และค่าจ้างผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 31,722,462 บาทต่อปี (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เยาวชนผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553: 12) จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

สำหรับในกรุงเทพมหานครนั้น เป็นเขตพื้นที่ที่มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และมีความผสมผสานของหลากหลายวัฒนธรรม เป็นสังคมเมืองมหานคร ส่วนใหญ่ประชากรอยู่ในภาคอุตสาหกรรม ทำให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่าง ทั้งในเรื่องของการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัว ทำให้เกิดความเร่งรีบและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดย ในปี พ.ศ. 2552 พบอัตราป่วยจำนวน 1,524.37 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราความชุกเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 50 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงเกินระดับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงปีพ.ศ.2551-2553 จำนวน 355,691 , 416,242 , 434,930 คนตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี และพบอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.66 ถือเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ (ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ สำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2553: 10) โดยเป้าหมายตามหลักการพัฒนาสุขภาพและสร้างสังคมแห่งสุขภาพของแผนปฏิบัติการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2555 มีเป้าหมายอันดับแรกคือ การป้องกัน รักษาฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจากโรคเรื้อรัง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2552: 13)

เนื่องจากผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อตัวของผู้สูงอายุ ที่อาจจะทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพา

ผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนงา เบื่อหน่าย จิตใจไม่สงบ มีภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 90 ; ปิยนุช รักพาณิชย์, 2549: 78 ; วารี กังใจ, 2541: 45 ; วันดี โภคะกุล, 2544: 12) ผลกระทบต่อครอบครัวคือ เกิดภาวะพึ่งพา มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและการที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ด้วยเช่นกัน ทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง จะต้องมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ มีการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสม เช่น ให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง ห้องน้ำต้องมีราวจับและไม่ลื่น มีการปรุงอาหารที่ต้องเหมาะสมกับโรค ครอบครัวต้องมีหน้าที่นำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด การอยู่เป็นเพื่อน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ครอบครัวต้องเตรียมบุคคลไว้ หรือบางครั้งอาจจะต้องมีการจ้างผู้ดูแลแทน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2542: 251-265)

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวนมากควรต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนควบคู่กับได้รับการดูแลรักษา เพื่อลดการเป็นภาระในการดูแล ดังนั้นต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ส่งผลต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต (Aronow et al., 2011: 2049-2053) ได้แก่ การลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ลดการบริโภคน้ำตาลหรืออาหารรสเค็ม บริโภคอาหารไขมันต่ำและมีกากใยสูง ออกกำลังกาย หลีกเลียงการดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลียงบุหรี่ ฝึกผ่อนคลายความเครียดและบริหารร่างกายอย่างน้อย 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ควบคู่กับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอและการรับประทานยาอย่างถูกต้อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และวาริณี เอี่ยมสวัสดิ์กุล, 2546; JNC 7, 2003: 7-8; สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2553: 689) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35-40, ลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 20-25 และภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 50 (JNC 7, 2003) ซึ่งหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม ควบคุมอาหารและรับประทาน DASH-diet (ได้แก่ ผลไม้ ผัก อาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลน้อย) จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 2.4 กรัมต่อวัน จะลดระดับความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท และหลีกเลียงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลงจะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC7, 2003: 26)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ พบว่า เกิดจากปัจจัยด้านการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ความวิตกกังวลและความไม่สบายใจที่มีอยู่เสมอ การรับประทานยาไม่ถูกต้องและ

การไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด เป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการควบคุมความดันโลหิต (เสาวนีย์ ศรีศิริกุลและคณะ, 2542: 49-57) ซึ่งเกิดจากอุปสรรคต่างๆ อาจมีมากน้อยต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองแล้วอุปสรรคทั่วไปไม่ได้ ดังนี้ การรับประทานยาในผู้สูงอายุอาจมีความบกพร่องทั้งในเรื่องของการมองเห็นและอาการหลงลืมได้ง่าย ผู้สูงอายุมักจะจำสีของยาเป็นหลัก จึงทำให้อาจรับประทานยาไม่ครบถ้วนเสี่ยงต่อการหยุดยาหรือเพิ่มยาเอง ดังนั้น การจัดยาเป็นม็อยๆ โดยครอบครัวจะช่วยลดปัญหาได้ (ชิตติมาศ ทอมเทศและคณะ, 2544: 269-179) การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพในช่องปากและฟัน ปัญหาที่พบคือ ฟันจะร่วงหลุดหรือฟันผุ มีความเจ็บปวดและรู้สึกไม่สบายในช่องปาก ต่อมน้ำลายทำงานลดลง สารเคลือบฟันบางลง ทำให้ฟันแตกหักง่าย การบดเคี้ยวภายในปากเป็นไปได้ไม่ดี ต้องใช้ฟันปลอม ความสามารถในการรับประทานผักผลไม้ลดลง มีข้อจำกัดในชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน เป็นสาเหตุเกิดปัญหาท้องผูก ทำให้ต้องมีการเบ่งถ่าย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกได้ การทำงานของต่อมรับรสลดลง ทำให้การรับรสชาติในการรับประทานอาหารลดลง มีปัญหาเรื่องการปรุงรส โดยเฉพาะรสชาติอาหารหวานเค็ม การปรุงอาหารโดยครอบครัวที่มีความรู้เรื่องโรคจะช่วยลดการรับประทานอาหารเค็มได้ (กุลยา นาคสวัสดิ์ และคณะ, 2546: 58-63 ; วินัส ลิพทกุล, 2541 : 34-47 ; นิตยา ไกรวงศ์, 2536 : 34) ด้านการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น มีแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของลำไส้ลดลง น้ำในไขข้อลดลง ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ปวดข้อทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซ้ำลง ขาดความต่อเนื่องและไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกาย ขาดความคล่องแคล่ว ต้องนั่งเป็นเวลานานๆ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายชัดเจนและสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสภาวะโรคได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: 51-82 ; Chun-Ying Chiang and Fan-Ko Sun, 2009: 240) การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลหลานเมื่อบุตรไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาไปตรวจตามนัดหรือต้องคอยให้บุตรว่างจากการทำงานจึงสามารถพาไปพบแพทย์ได้ (อรนุช ธรรมสอน, 2544:78) ตลอดจนการใส่ใจต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง การเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ จะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในการรักษามากกว่า (Bridel et al., 2006: 51-58) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนนั้นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากทางทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติในครอบครัวและชุมชน (เกษม วัฒนชัย, 2532: 70)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ แต่ละการศึกษาจะแบ่งแยกแต่ละพฤติกรรมโดยเชื่อว่า ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคและป้องกันความพิการเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การควบคุมและจัดการกับความเครียด

การรับประทานยาและการตรวจสุขภาพตรงตามนัด การรับรู้และจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น โดยการศึกษา มีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)(ศราวุธ อยู่เกษม, 2550: 112; ปรีศณี ศรีกัน, 2546:100; กิ่งดาว ขุขอาภัย, 2548:92 ; สุวิมล ตันติเวช, 2545:54; กวี เมฆประดับ, 2544: 88; หัสยาพร มะโน, 2552: 94; ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, 2538: 78) ซึ่งแนวคิดของมนุษย์ ทั้งในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ บุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ (สุปรียา ตันสกุล, 2549: 20) โดยเฉพาะทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protective Motivation Theory) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้พบว่า จะเน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการสื่อสารกระตุ้นให้เกิดความกลัวเพื่อให้เกิดผลต่อความคิดทัศนคติ แบบแผนพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ (Boer & Seydel, 1983: 95) ครอบคลุมประกอบของทฤษฎีเป็นกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความสามารถตนเองและการรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ที่พยายามจะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ เชื่อว่าจะนำไปให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

จากการศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่นำไปประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของทฤษฎี ซึ่งสรุปได้ว่า การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ไปในทางที่พึงประสงค์ได้ แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่เน้นในระดับบุคคลโดยสามารถทำให้บุคคลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตามการรับรู้อันตรายจากโรคและความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ในกลุ่มที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 15 รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เหงาหงอย ในระดับสูง และร้อยละ 70 อยู่ในระดับปานกลาง โดยภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดภาวะความผิดปกติทางจิต หรือเกิดการเจ็บป่วยทางกาย จึงมีการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาโครงการต่างๆ โดยนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ พบว่า ความสัมพันธ์ที่แนบแน่นระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์สูงที่สุดต่อความผาสุกความพึงพอใจในชีวิต และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักมีคุณค่า

ซึ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดคือ ครอบครัว รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อน (Antonucci et al. และ Bowling อ้างใน วิณา เทียงธรรม, 2554: 16) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความเสื่อมตามวัยโดยธรรมชาติทำให้ข้อจำกัดของความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองลดลง (จารุภา เลหาพจนารถ, 2544: 100; เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 40 ; พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539: 68 ; วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์, 2544: 42 ; วิณา เทียงธรรมและคณะ, 2552: 17-18) พบว่า การประยุกต์แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จะสามารถป้องกันผลกระทบและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น การพาไปพบแพทย์ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นต้น (เกศษา เพชรทอง, 2549: 12) ซึ่งสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย ที่มีระบบเครือญาติเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เกิดเป็นสัมพันธภาพในการดูแลสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ พบว่า ครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างเพื่อนบ้านในชุมชน ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแบบสนิทสนม ผูกพัน สนใจ ห่วงใย และมีการแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมร่วมกันที่เป็นประโยชน์ กลุ่มเพื่อนบ้านนี้ ได้อาสาสมัครเข้ามาเป็นผู้ดูแลสุขภาพคนในชุมชน ซึ่งจะได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพประชาชน จากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ จนกระทั่งสามารถส่งเสริมพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชนทั้งด้านการปรับตัว ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวได้ (ฐิติมา อินทร์เนตรและคณะ, 2551: 5-16; สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพนนทบุรี, 2550: 70) การประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในครั้งนี้ จึงนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อเข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อช่วยผู้สูงอายุและครอบครัวลดความเครียด วิตกกังวล แบ่งเบาภาระ ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในระดับครอบครัวและชุมชน (วิณา เทียงธรรมและคณะ, 2554: 19) เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นในการดูแลสุขภาพ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (อาทิยา วงศาพาน, 2549: 63; อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545: 112 ; มัลลิกา ปิ่นรารักษ์, 2547: 44 ; เกศญาเพชรทอง, 2549: 65; สุมาพร บรรณสาร, 2545: 92; สมคิด สีหสิทธิ์, 2546: 54 ; เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540: 40)

พยาบาลสาธารณสุขให้บริการทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (well-being) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญมาก (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2547: 265) การส่งเสริมให้มีความรู้และการรับรู้ในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยช่วยส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อภาวะการมีสุขภาพดี เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการลดภาวะพึ่งพิงและอัตราการตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี

แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน ประชากรผู้สูงอายุ ชาย-หญิงที่มีอายุ 60-70 ปี

### คำถามในการวิจัย

การนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ ในโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้หรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในประสิทธิผลของ ผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในประสิทธิผลของ

ผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2555

## ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

### ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

### ตัวแปรตาม

#### 1. การประเมินอันตราย ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

#### 2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง  
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

#### 3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

#### 4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

## นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

คือกระบวนการจัดกิจกรรม โอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้ อย่างเป็นระบบให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์ใน

พฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ มาตรการดูแลสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้กลวิธีการให้กิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ประกอบด้วย การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสัมภาษณ์ตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การตั้งเป้าหมาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติทักษะรายบุคคล การเลือกประเภทและปริมาณอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การมาตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง และการผ่อนคลายความเครียดด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore&Seydel, 1998: 105) คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อชีวิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต เป็นภาระของครอบครัว สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

## 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore&Seydel, 1998: 106) คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่จะเกิดจากภาวะคุณภาพ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อโอกาสของตนเองที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น โรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง โดยปัจจัยจากระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อาหารไขมันสูง การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีภาวะเครียด รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ไม่สามารถไปตรวจสุขภาพตามนัดได้อย่างสม่ำเสมอ

#### 4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันโรค ในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998 : 98) คือ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ที่จะสามารถบรรลุในความสำเร็จได้

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการมาตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยารักษาโรคอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

#### 5. การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันโรค ในความหมายของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983 อ้างถึงใน Bore & Seydel, 1998: 98) คือ การประเมินผลความคาดหวังที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ซึ่งในการวิจัยนี้ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจ ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการมาตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

#### 6. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

6.1 ด้านการรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง หมายถึง การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ได้ครบถ้วนถูกต้องทั้ง ถูกชนิด ถูกวิธี ถูกขนาด และถูกเวลา ไม่เพิ่มหรือลดขนาด และจำนวนยาเอง หรือไม่รับประทานยาอื่น นอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง รวมทั้งสมุนไพร ยาลูกกลอน

6.2 ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสถานะของโรค หมายถึง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับการช่วยลดความดันโลหิต (Dietary Approaches to stop Hypertension or DASH) คือ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ไขมันอิ่มตัวต่ำ ได้แก่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น งดเติมน้ำปลา เกลือ หรือเครื่องปรุงรส ในระหว่างรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน แป้ง และน้ำตาลสูง เนื้อสัตว์ติดมัน ของหมักดอง ขนมหวาน เป็นต้น และรับประทานอาหารปริมาณพอเหมาะ ให้ได้รับปริมาณแคลอรีที่เหมาะสมสำหรับกิจวัตรประจำวัน หรือควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

6.3 ด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) หรือกิจกรรมทางกายแบบเคลื่อนที่เรียกว่า กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิควันละ 30-40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยเริ่มจากเบาๆแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น ตามศักยภาพของร่างกาย หลีกเลี่ยงกิจกรรมทางกายที่ต้องยก ลาก ดึงวัตถุหนัก

6.4 ด้านการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การจัดการกับตนเอง เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การประกอบกิจกรรมทางศาสนา การนวด การพูดคุยกันในครอบครัว ฯลฯ (อินทิรา ปัทมินทร, 2542: 5-6)

6.5 การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ หมายถึง การปฏิบัติที่จะหลีกเลี่ยงบุหรี่ เช่น การไม่สูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้บุคคลที่สูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยง ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ (ปิยนุช รัชภัทนิช, 2542:32)

6.6 การไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หมายถึง การเข้ารับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิต และการตรวจสุขภาพประจำตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง (JNC7, 2003: 18)

## 7. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรัก ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เพื่อประเมินตนเอง (House, 1981 อ้างใน วิณา เทียงธรรม, 2554: 3)

ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การได้รับการปฏิบัติจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยกระทำต่อไปนี้ 1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การชื่นชมในการกระทำ การสอบถามอาการ การปลอบใจ 2. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ คือ การช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ

ความช่วยเหลือด้านแรงงาน ความช่วยเหลือด้านเวลา 3. ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารคือ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการให้คำปรึกษา 4. ด้านการประเมินคุณค่าคือ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการรับรองผลการกระทำเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง เช่น ระดับความดันโลหิต



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
  - 3.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)
  - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 งานวิจัยเชิงพรรณนา
  - 4.2 งานวิจัยกึ่งทดลอง

### ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

#### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ อย่างต่อเนื่องในช่วงสุดท้ายของอายุมนุษย์ และจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดของการมีชีวิตนั้นๆ

ในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 โดยองค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ใช้เกณฑ์อายุให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ และถือเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อมควรได้รับการพักผ่อนและเปลี่ยนการทำงานเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด (สุรกุล เจนอบรม, 2534; บรรลุ ศิริพานิช, 2538; สุเมธ ตันติเวชกุล, 2542)

นักพฤฒิวิทยา ได้แบ่งช่วงผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีวีวิทยา (Caring, 1999; Hoffman et al., 1988 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) ดังนี้

ช่วงไม่ค่อแก่ (The young old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต ที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของบิดามารดา คู่ครอง รายได้ลดลง โดยทั่วไป ช่วงนี้ บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง

ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุตั้งแต่ ประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วง ที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

ช่วงแก่จริง (The old-old) อายุประมาณ 80-89 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆตามวัย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

ช่วงแก่จริงๆ (The very old-old) ช่วงอายุประมาณ 90-99 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้ มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีวีวิทยา สังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ

## 1.2 พัฒนาการในผู้สูงอายุ

พัฒนาการในวัยสูงอายุมิแนวนุ่มเสื่อมลง ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540) ได้อธิบายพัฒนาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ คือ พัฒนาการในวัยสูงอายุละเสื่อมถอยที่เห็นชัดเจน คือ สภาพร่างกายภายนอกจะมีผิวหนังเหี่ยวย่น สีผิวเปลี่ยน มักเกิดจุดด่างขาว หรือตกรัศคันตามผิวหนัง เนื่องจากผิวแห้ง เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำตามตัวได้ง่าย กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็กๆน้อยๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมาก จะเห็นมีกระดูกสันหลังโค้งรวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะดังกล่าวได้น้อยลงด้วย ทำให้สมองสั่งการช้า จำเรื่องใหม่ได้น้อยลง คิดช้าลง การรับรู้ทางตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสต่างๆ ทางผิวหนังน้อยลง สำหรับระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เมื่ออาหารท้องอืดและท้องผูกเลือดขึ้นมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือโรคของหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตับและไต ขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า โรคขาดธาตุเหล็ก สมอง เป็นต้น รวมทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไป

เพราะความสูงอายุ ชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออก ที่ผิดปกติและพบได้บ่อยคือ อารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อยๆ ซึม แยกตัว ฯลฯ อาจมีอาการวิตกกังวลได้บ้าง มักแสดงออกโดย ห่วงใยลูกหลานมากขึ้น บางครั้งอาจมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวง พบได้บ้างบางครั้ง จะมีอาการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินวุ่นวาย หรือมีอาการขับถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก็ได้ ในด้านสังคม บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุ ในสังคม มักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไป ทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุมักต้องอยู่ในบ้าน และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ หมกมุ่นค่าเป็นภาระ ให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับการช่วยเหลือ และถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในผู้สูงอายุช่วงต้น มีลักษณะทั่วไป ทางด้านร่างกายยังพอช่วยเหลือตนเองได้ แม้จะเริ่มเข้าสู่ความเสื่อมตามธรรมชาติ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิตที่ลดลง ร่วมกับมีหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เกิดมีระดับความดันโลหิตสูง ทางด้านจิตใจ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เข้าสู่ระยะวิกฤต ต้องเกษียณอายุ ปรับเปลี่ยนบทบาท รายได้ลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง ไม่มั่นใจ เศร้า หมกมุ่น โดดเดี่ยว เหงา ขาดที่พึ่ง วิตกกังวล ทำให้ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่รุนแรงได้ หากสามารถช่วยเหลือและทำให้ผู้สูงอายุในช่วงวัยตอนต้นนี้ เกิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างไม่ทุกข์ทรมาน แต่หากไม่ได้ดูแลสุขภาพ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับมาสู่สภาพเดิมได้ เกิดเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องจัดการอย่างต่อเนื่องจนตลอดชีวิต (วีณา เทียงธรรมและคณะ, 2554: 18)

## ส่วนที่ 2. โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

### 2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันโลหิตที่เกิดจากหัวใจมีการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ค่าที่วัดได้มี 2 ค่า คือ ค่าที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เป็นค่าความดันโลหิตตัวบน เรียกว่าซิสโตลิก ( Systolic ) และค่าความดันโลหิตที่หัวใจคลายตัวเป็นค่าความดันโลหิตตัวล่าง เรียกว่าไดแอสโตลิก ( Diastolic ) ( Applgate, 1990 อ้างใน Kart et al, 1992: 206 )

**ความดันโลหิตสูง** หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ถ้าพบว่า ความดันโลหิตผิดปกติมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป โดยที่ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ( สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี ,2542: 78 ; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 163 ; Joint National Committee 7<sup>th</sup> , 2003 ; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551: 1)

### การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003)

#### ตาราง 2.1 เกณฑ์การวินิจฉัย ระดับความดันโลหิตสูง ( มม. ปรอท ) จำแนกตามความรุนแรง

ระดับ	Systolic blood pressure ( SBP ) ( มม.ปรอท )	Diastolic blood pressure ( DBP ) ( มม.ปรอท )
Normal	< 120	และ < 80
Prehypertension	120-139	หรือ 80-89
Stage 1 hypertension	140-159	หรือ 90-99
Stage 2 hypertension	≥ 160	หรือ ≥ 100
Isolated systolic hypertension	≥ 140	และ < 90

ที่มา: Joint National Committee 7: (Chobanian, et al., 2003; Joint National Committee, 2003)

หมายเหตุ เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์การจำแนกความรุนแรง

### ระดับความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษา

กลุ่มความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 จัดเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก็จะมี ความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาจเริ่มต้นด้วยยาขับปัสสาวะ หรืออาจได้รับยากลับอื่นๆร่วมด้วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 พยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆควรกระตุ้นให้มีการตรวจวัดระดับความดันโลหิตภายใน 2 เดือน ( Joint National Committee, 2003; สิริรัตน์ ลิลาจรัส, 2550)

## อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแต่อย่างใด และมักจะตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปให้แพทย์ตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น ส่วนน้อยอาจมีอาการปวดศีรษะท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เวียนศีรษะ มักจะเป็นเวลาตื่นนอนใหม่ๆ พอตอนสายจะทุเลาไปเอง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไมเกรนได้ในรายที่เป็นนานๆ หรือความดันโลหิตสูงมากๆ อาจมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหล เมื่อปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการแทรกซ้อนได้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2551)

## 2.2 สาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักจะไม่ทราบสาเหตุ ลักษณะของความดันโลหิตในผู้สูงอายุเกิดจากแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากกลไกหลายอย่าง (Grodzicki & Messerli, 2002; Kaplan, 2002; Supiano, 1997) ดังนี้

1. มีการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Increase arterial stiffness) โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหลอดเลือดหลายอย่าง ที่ทำให้การหดขยายของหลอดเลือดลดลง เช่น การเพิ่มขยายจำนวนและขนาดของกล้ามเนื้อเรียบ การเพิ่มจำนวนเนื้อเยื่อคอลลาเจน จำนวนสารที่ช่วยในการหดขยายของเส้นเลือดแดง (elastin) ลดลงทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้น้อยลง เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การตีบแข็งของหลอดเลือดมีสาเหตุมาจากการเพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ผนังหลอดเลือด จะทำให้ปฏิกิริยาในการกระตุ้นให้หลอดเลือดตีบมากเกินจริง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างผนังหลอดเลือดจะทำให้เกิดการเพิ่มแรงเสียดทานในหลอดเลือดส่วนปลายในวัยสูงอายุ

2. กลไกในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติลดลง โดยส่วนที่สำคัญที่สุดในการควบคุมความดันโลหิตคือ baroreceptor reflex ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะ จากการที่ baroreceptor มีอยู่ที่ aortic arch และ carotid sinus ของร่างกาย ไม่สามารถปรับความดันโลหิตให้กลับคืนปกติได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ความไวของ baroreceptor receptors cell ในหลอดเลือดทำงานลดลง (decreased baroreceptor sensitivity) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ซึ่งควบคุมการทำงานของประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ดังนี้

- 2.1 การที่ไม่มี บาโรรีเฟล็กซ์ (baroreflex) ซึ่ง บาโรรีเฟล็กซ์ เป็นปฏิกิริยา ที่มีหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิตโดยเฉพาะ โดยอาศัยตัวรับ (receptors) ที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตเมื่อมีระดับความดันโลหิตในร่างกายเปลี่ยนแปลง ทำให้ความถี่ของสัญญาณ คลื่นประสาท จาก baroreceptor receptors ส่งไปยังศูนย์ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดและหัวใจในสมอง (vasomotor center) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของหลอดเลือด และการทำงาน

ของหัวใจ การที่ไม่มี baroreflex ที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ทำให้เกิดความดันโลหิตที่แปรปรวนอย่างมากในวัยสูงอายุ

2.2 การที่มีความไวของ baroreflex ที่ลดลง ทำให้เพิ่มของปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก ในระดับของความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง โดยระบบประสาทซิมพาเทติกและอิพิเนฟริน จะกระตุ้นตัวรับเบต้าวันแอดรีเนอร์จิก (beta1-adrenergic receptors) ในหัวใจโดยเพิ่มอัตราการเต้นและแรงบีบตัวของหัวใจ และระบบประสาทซิมพาเทติก,อิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจะทำให้หลอดเลือดหดตัวโดยกระตุ้นตัวรับ อัลฟาวัน (alpha1-receptors) ที่หลอดเลือดแดงฝอยของอวัยวะต่างๆทำให้แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงของเยื่อภายในหลอดเลือด ทำให้สารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ( EDRF [ endothelial-derived relaxing factor ]) ได้แก่ ไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ลดลงทำให้หลอดเลือดมีความตึงตัว จึงเป็นเหตุให้หลอดเลือดมีแรงต้านมากขึ้น

4. หน้าที่ของไตเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น เช่น การลดลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรอง ทำให้ไม่สามารถขับโซเดียมออกได้ตามปกติ จึงเกิดการกั่งของโซเดียม ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการคูดน้ำเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

5. ประสิทธิภาพของฮอร์โมนเรนินลดลง (low plasma rennin activity) การลดประสิทธิภาพ ของฮอร์โมนเรนินในพลาสมาและอัลโดสเตอโรน (aldosterone) อาจเกี่ยวข้องกับถึงการลดจำนวนของเกอเมอรูล (glomeruli) ซึ่งทำให้เพิ่มการส่งกลับของโซเดียม ไปยังแมคคูลา (macula densa) ทำให้มีการกั่งของน้ำในหลอดเลือด ส่งผลทำให้หลอดเลือดของผู้สูงอายุเกิดแรงต้านมากขึ้น

### 2.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความผิดปกติในอวัยวะหลายระบบ จักรพันธ์ ซัยพรหมประสิทธิ์ (2546: 162) ได้อธิบายว่า ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับความดันโลหิตที่สูงผิดปกติมักจะมีระดับสูงขึ้นไปอีก ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตที่สั้นลงกว่าบุคคลปกติ 10-20 ปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกิด atherosclerotic ที่เร็วขึ้น กรณีที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมในระยะเวลา 7-10 ปีก็จะพบความเสี่ยงสูงขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน กล่าวคือประมาณร้อยละ 30 จะเกิด atherosclerotic complication และมากกว่า ร้อยละ 50 จะเกิด end organ damage เช่น cardiomegaly ,congestive heart failure, stroke, renal failure,retinopathy, ( Kaplan, 2002: 63, 137; Jacqui O' Conell, 2003; Kasper et.al. 2005 และจักรพันธ์ ซัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 165-167) มีดังนี้

1) ผลต่อหัวใจ ผลของการมีภาวะเส้นเลือดแดงขนาดใหญ่ที่มีความแข็งและหนาขึ้น จากการไม่ได้รับการรักษา เส้นเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆให้เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวทำให้การบีบตัวของหัวใจเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายมากขึ้น และเพิ่มขึ้นตลอดเวลาเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาทำงานหนักขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายซึ่งภาวะนี้เกิดได้มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า ความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ เนื่องจากเกิดภาวะตีบของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีอุบัติการณ์ของ Myocardial infarction ประมาณ 2 เท่า ของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (เกษม วัฒนชัย, 2532: 34)

2) ผลต่อสมอง ผลของการมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลานาน อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง หรือเส้นเลือดสมองโป่งพอง ซึ่งอาจพบได้ในคนสูงอายุที่มีแรงดันเส้นเลือดสูง หรือพบว่า มีผลทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน ก่อให้เกิดความผิดปกติระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (ร้อยละ 10) หรือมีเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 20) เนื่องจากหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น (เกษม วัฒนชัย, 2532: 34)

3) ผลต่อไต ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคไต เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังหลอดเลือดที่หนา แข็ง ขนาดรูหลอดเลือดตีบแคบลง ขรุขระ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของไต โดยมีการทำลายของโกลเมอรูลัส (Glomerulus) ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบและมีการตายของหน่วยไตเกิดขึ้น ทำให้ไตมีขนาดเล็กลง สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสีย ได้แก่ สารยูเรียและครีเอตินิน ถ้าหากมีการคั่งค้างมากอาจทำให้เกิดไตวายและเสียชีวิตในที่สุด ผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ เกิดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดและตายจากโรคไต ร้อยละ 25 (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000)

4) จอภาพนัยน์ตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆที่ตาเกิดการหนาตัว และตีบแคบ ทำให้แรงดันในหลอดเลือดนัยน์ตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม (Papilledema) เกิดอาการตามัวหรือตาบอดได้ (Levine, 2000)

## 2.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางว่า เมื่อระดับความดันโลหิต 140-149/90-94 มิลลิเมตรปรอท จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตสูง (Guidelines

Subcommittee, 1993 อ้างใน Kaplan, 1994) ถึงแม้ว่าจะไม่พบความเสี่ยงเกี่ยวกับการทำลาอวัยวะต่างๆของร่างกาย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 171)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี (2542: 9-17); สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2548: 433) และ Kasper et al, 2005 แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

### 1) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา

จากการวิจัยทดลองการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงพบว่ายาที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยและใช้ง่าย สามารถลดความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันในหลอดเลือดแดงได้ นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ (2546: 177) อธิบายถึงจุดมุ่งหมายของการให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ เพื่อที่จะใช้ชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิดในการควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม โดยพบอาการข้างเคียงน้อยที่สุด และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ โดยมีกลุ่มยาหลัก 5 กลุ่ม ที่ใช้สำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (2552: 9) และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 2007 (พีระ บูรณกิจเจริญ, 2550: 15) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการลดปริมาณเลือดและเกลือในร่างกายทำให้ความดันโลหิตลดลงโดยการลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไตส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง (Torosoff & Philbin, 2003) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Furosemide , spironolactone , metolazone

กลุ่มที่ 2 ยาต้านเบต้า (beta-adrenergic receptor blocker) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยร่วมกับ Beta-adrenergic receptors ที่อยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อยับยั้งการตอบสนองต่อประสาทซิมพาเทติกทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ propranolol ออกฤทธิ์ลดการกระตุ้นหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและความดันโลหิตลดลง สามารถดูดซึมได้หมดในทางเดินอาหารเริ่มออกฤทธิ์ใน 30 นาที และมีฤทธิ์นาน 6 ชั่วโมง ยากระจายตัวได้ดีในเนื้อเยื่อของร่างกาย ถูกเมตาบอลิซึมที่ตับ ส่วนใหญ่ขับออกทางไต อาการข้างเคียงของยา อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก ผายลมบ่อย ท้องเป็นตะคริว ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ เจ็บอก หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปวดศีรษะ เห็นภาพหลอน ซึมเศร้า ผื่นแดง นอนไม่หลับ เป็นต้น (Angeja & Grossman, 2003)

ยากลุ่มที่ 3 กลุ่มยาออกฤทธิ์ต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers: CCB) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการขัดขวาง Calcium ไม่ให้เข้าเซลล์ เป็นยาลดความดันโลหิต ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Verapamil Diltiazem Amlodipine Nifedipine เป็นต้น ใช้ในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นเป็นตัวเลือกใช้ที่ดีใน Coronary heart

disease และ Supraventricular arrhythmias ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่พบ ได้แก่ อาการบวม ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง อ่อนเพลีย และอาการท้องผูก ซึ่งพบได้มากในผู้ที่ใช้ยา Verapamil

กลุ่มที่ 4 ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin converting enzyme inhibitors: ACE) ยาในกลุ่มนี้ ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง ACE ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันเป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว นอกจากนี้การลดลงของแองจิโอเทนซินทู ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ enalapril ใช้สำหรับรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกระดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุเนื่องจากหลอดเลือดไตผิดปกติ คุณซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ขับออกทางปัสสาวะ อาการข้างเคียงของยาพบมี ผื่น คัน ไข้ เบื่ออาหาร อาการรุนแรงอาจพบใจขาวในปัสสาวะ เป็นต้น

ยาในกลุ่มที่ 5 กลุ่ม Peripheral adrenergic receptor blocker โดยยาในกลุ่มนี้จะ block ทั้ง Alpha และ Beta receptor ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Alpha adrenergic receptor blockers และกลุ่ม Beta adrenergic receptor blockers ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่ Alpha adrenergic receptor blockers ได้แก่ Prazocin Phentolamine Phenoxybenzamine เป็นต้น อาจใช้เป็นยาตัวแรกที่รักษาได้ ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ วิงเวียน ง่วงซึม ปวดศีรษะและในผู้สูงอายุสามารถพบ Orthostatic hypotension กลุ่มที่ออกฤทธิ์ Beta adrenergic receptor blockers ได้แก่ Propranolol Metoprolol เป็นต้น เป็นกลุ่มที่มีผลต่อผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพใน Clinical trials ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย Heart failure, COPD, DM, Peripheral vascular แต่เป็นตัวเลือกใช้ที่ดีในผู้ที่มี Coronary heart disease และ Cardiac arrhythmias ควรเฝ้าดูผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นตะคริว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อขณะเดินออกกำลังกาย

## 2) การรักษาโดยการปฏิบัติตัว

ควรเริ่มต้นที่หลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการลดน้ำหนัก การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ และการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

1.1 การลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (Chobanian et al., 2003) ซึ่งวิธีการลดน้ำหนัก จะใช้ได้ดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับแบบปานกลาง และรุนแรง ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงควรควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ หรือควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางมิลลิเมตร

1.2 การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม (dietary sodium reduction) โดยการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมหรือเกลือแกงน้อยกว่า 0.6 กรัมต่อวัน (เกลือแกงไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา) สามารถลดความดัน

ซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอทโดยพบว่า การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ สามารถลดการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Whelton et al., 1998) และพบว่า การลดอาหารที่มีโซเดียมมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิกได้ 3.8 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุ (Vollmer et al., 2001)

1.3 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (moderation of alcohol consumption) ในคนปกติควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ซีซีต่อวัน และในผู้ชายควรดื่มไม่เกิน 30 ซีซีต่อวัน ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC7, 2003)

1.4 การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมทางด้านร่างกายจะมีผลทำให้กลไกการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายนี้จะช่วยทำให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจสามารถบีบตัวได้แรงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่เพิ่มขึ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายยังช่วยในการควบคุมน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ รวมทั้งทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆดีขึ้น (Black, Bakris & Elliott, 2001) นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้ระดับของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง ระดับไขมัน HDL ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับไขมัน LDL ในเลือดลดลง (Nieman, 1997) ทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน คลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เนื่องจากผลของการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอ็นโดฟิน ทำให้ลดการทำงานของซิมพาเทติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (ดำรง กิจกุล, 2540) โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (regular aerobic physical activity) เช่น การเดินเร็วอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละหลายๆครั้ง หรือออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) มีความเหมาะสมในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC7, 2003) ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า การร่วมนวดและการเดินเร็วสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ร้อยละ 4.6 ลดความดันไดแอสโตลิกได้ ร้อยละ 3.6 (Schaller, 1996; Chun-Ying Chiang and Fan-Ko Sun, 2009) แต่ในผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) ได้แก่ การยกของหนัก การดึงหรือการทำงานที่ออกกำลังมากๆเพราะทำให้หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีภาวะความดันโลหิตสูง (เกษม วัฒนชัย, 2532)

1.5 การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ และอาหารไขมันต่ำ (adopt DASH eating plan) จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท ดังเช่นในการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Svetkey et al., 1999)

1.6 การผ่อนคลายความเครียด ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย วิธีผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ ดนตรี การนวด ซึ่งจากการศึกษาของ สุนันทา กระจ่างแดนและคณะ (2540) เรื่องผลของการทำสมาธิอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2.5 ผลกระทบโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการที่มีความดันโลหิต ทั้งขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งในชายและหญิง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของระบบหลอดเลือดส่วนปลาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของระบบ หลอดเลือดส่วนปลาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง เหล่านี้ได้แก่ หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) การสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบลดลง ความสามารถในการหดตัวและขยายของหลอดเลือดลดลง ในผู้สูงอายุพบ ร้อยละ 15 ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (จันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543)

โรคความดันโลหิตสูงเป็น โรคเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ต่อครอบครัว ต่อ เศรษฐกิจ ต่อสังคม (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ในระยะแรกของการเกิดโรคอาจไม่มีอาการแสดงใดๆ หรือมีอาการมีน ติ้อ บริเวณศีรษะในช่วงเช้า ปวดท้ายทอย หากไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ จะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ตีบแคบหรือโป่งพอง ผลของการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง จากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแคบลงและแข็งตัว หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น มีการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการตีบหรืออุดตัน จนเกิดภาวะเนื้อ สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อสมองถูกทำลาย ทำให้เกิดสมองเสื่อมและอัมพาต (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546 ) ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 70 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ที่มีความดัน โลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ผลต่อหัวใจ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่า (Cardiovascular disease: CVD) (The JNC7 report, 2003) ผลต่อไตจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง ทำให้ เลือดไปเลี้ยงไตลดลง เกิด glomerulosclerosis ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา ผลต่อการมองเห็นเกิดจากหลอด เลือดที่ไปเลี้ยงเรตินาตีบแคบ ทำให้จอภาพเลือนและตามองได้ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546)

ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมไปตลอดชีวิตและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) และจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของสมองเกี่ยวกับการรับรู้และความจำลดลง จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น หงุดหงิด คิดมาก โมโหง่าย ซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด มักคิดว่าตนเองมีภาวะที่รุนแรงมากกว่าบุคคลอื่นและการรับประทานยา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาได้ง่าย (นาขวัญ กระจ่างพันธ์และคณะ, 2545 ) ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีภาวะทุพพลภาพ ก็จะทำให้เกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารี กังใจ (2541: 13-19) เรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าครอบครัวเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีความเป็นอิสระแล้วคุณภาพชีวิตที่ดีจะตามมา

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ความเชื่อและความศรัทธาที่ผู้สูงอายุมีอยู่ สามารถเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้ โดยครอบครัวเป็นผู้สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ วันดี โภคะกุล (2544: 323-331) เรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปีของผู้สูงอายุไทย พบว่าศาสนาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้มีจิตใจสงบ รู้จักปรับตัว การมีเพื่อที่ไปวัดด้วยกันทำให้สุขภาพจิตดีไม่เหงา เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จนกระทั่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อหรือความศรัทธา จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความเครียดได้ง่าย เหงาและจิตใจไม่สงบ

ผลกระทบต่อครอบครัว ในผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวเกื้อหนุนเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยต้องการเท่านั้น เช่น เป็นเพื่อนเมื่อไปพบแพทย์ แต่เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัว ทำให้บทบาทของบุคคลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง จะต้องมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในทุกๆเรื่อง บางครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสม เช่น ให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง ห้องน้ำต้องมีราวจับ และไม่ลื่น มีการปรุงอาหารที่ต้องเหมาะสมกับโรค ครอบครัวต้องมีหน้าที่นำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด

เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ (2542: 251-265) เรื่องความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล พบว่าความพร้อมในการดูแลของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยทำให้มีในการดูแลจากผู้ดูแล และกิจกรรมที่ค่อนข้างใช้เวลามากและก่อให้เกิดความเครียด เช่น การให้กำลังใจปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ครอบครัวต้องเตรียมบุคคลไว้ หรือบางครั้งอาจจะต้องมีการจ้างความต้องการผู้ดูแลแทน

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รายได้ลดลงจากการหยุดงานที่ต้องนำผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ด้วยตนเอง ในส่วนของรัฐบาลต้องนำเงินงบประมาณมาใช้ในการรักษาโรคที่เป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น จากการศึกษาของ อำนวย กาจินะ (2541: 95-107) เรื่องสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย: ทางเลือกเชิงนโยบายของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มที่สังคมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณผ่านสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มอื่น และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น เกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก ซึ่งร้อยละ 71 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541: 8)

ผลกระทบต่อสังคมจะมีผลกระทบเมื่อผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เกิดเป็นสังคมพิการที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการช่วยเหลือจากสังคมในเรื่องของการสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ อำนวย กาจินะ (2541: 95-107) เรื่องสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย: ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับผู้สูงอายุพบว่า รัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณผ่านสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ให้กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ ได้

## 2.6 อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ของ เสาวนีย์ ศรีศิริกุลและคณะ (2542: 49-57) พบว่า การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ความวิตกกังวลและความไม่สบายใจที่มีอยู่เสมอ การไม่รับประทานยาและการไม่ไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งอุปสรรคต่างๆ อาจมีมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่สำหรับผู้สูงอายุตอนกลางที่มีจิตใจจำกัดในการช่วยเหลือตนเองแล้ว อุปสรรคบางอย่างอาจมากกว่าปกติทั่วไปได้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

### การรับประทานยา

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกายตามธรรมชาติ อาจมีความบกพร่องทั้งในเรื่องของการได้ยิน การมองเห็นและอาการหลงลืมได้ง่าย อาจส่งผลทำให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การลืมรับประทานยา หยิบยาผิดจากการเห็นซองยาไม่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยจำสียารับประทานอาจรับประทานยาไม่ครบถ้วน เนื่องจากการลืมหรือมองไม่ชัดเจน จากการศึกษาของจิตติมาศ ทอมเทศและนางนุช เพ็ชรรวง (2544: 269-279) เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยสนใจในการหาความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต จะไม่กล้าถามถึงการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา ภาวะพร่องในการมองเห็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จำสียาในการรับประทานหรือการอ่านวิธีการรับประทานยาที่หน้าซองยาไม่เห็น ซึ่งเสี่ยงต่อการหยุดยาหรือเพิ่มยาเอง การจัดยาเป็นม็่อๆ โดยครอบครัวจะช่วยลดปัญหาได้ดังกล่าวได้และจากการศึกษาของปิยนุช รักพานิชย์ (2549:88) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องจะมีโอกาสในการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

### การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพปากและฟัน ปัญหาที่พบคือ ฟันจะร่วงหลุดหรือฟันผุ มีความเจ็บปวดและรู้สึกไม่สบายในช่องปาก ต่อมาน้ำลายทำงานลดลงทำให้เกิดภาวะขาดน้ำลาย สารเคลือบฟันบางลง ทำให้ฟันแตกหักง่าย ทำให้การบดเคี้ยวภายในปากเป็นไปได้ไม่ดี ต้องใช้ฟันปลอม ความสามารถในการรับประทานผัก ผลไม้ลดลงมีข้อจำกัด ในชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน (กุลยานาคสวัสดิ์และอังสนา บุญธรรม, 2546: 58-63) เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาท้องผูก การรับรสชาติในการรับประทานอาหารลดลง จากการทำงานของต่อมรับรสลดลง มีปัญหาเรื่องการปรุงรส โดยเฉพาะรสชาติอาหารหวานเค็ม (วินัสดี สิทธิกุล, 2541: 34-47) การติดอยู่กับรสชาติเดิมๆที่เคยรับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ไกรวงศ์ (2536: 55) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารที่รสชาติ วิธีการปรุงส่วนใหญ่มีการปรุงตามปกติเหมือนผู้อื่นในครอบครัว นิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารเพราะชอบอาหารรสเค็ม การปรุงอาหารโดยครอบครัวที่มีความรู้เรื่องโรค จะช่วยลดการรับประทานอาหารเค็มได้

### การมีกิจกรรมทางกาย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น มีแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของลำไส้ลดลง น้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ปวดข้อ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆช้าลง ขาดความต่อเนื่องและไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกาย ขาดความคล่องแคล่ว มีปัญหาในเรื่องของข้อกระดูกที่เสื่อม มีอาการปวดข้อ ไม่สามารถเดินออกกำลังกาย

ได้ ต้องนั่งเป็นเวลานานๆ จากการศึกษาของปรักนี ศรีกัน (2546:85) เรื่องผลการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุจะสามารถมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายมากขึ้น และต่อเนื่องเมื่อมีการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองในการออกกำลังกายมากกว่าการได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว ดังนั้น พยาบาลควรมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมเพื่อให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

### ความเครียด

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีความเครียด ความวิตกกังวลภายในที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการนอนหลับยากและตื่นบ่อยๆ และมีความกังวลใจเกี่ยวกับลูกหลานหรือความขัดแย้งในครอบครัว จากการศึกษาที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ต้องรับประทานอาหารลดเค็ม การต้องไปพบแพทย์ตามนัด ความคับข้องใจจากความเสื่อมถอยของวัยและการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องอาศัยบุตรหลานเป็นผู้นำพาไปพบแพทย์ตามนัด ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ขณะมาโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล จะเพิ่มความเครียดให้มากยิ่งขึ้น

### การพบแพทย์ตามนัด

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดต่อเนื่อง เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต จากความเสื่อมของร่างกายที่ลดลง เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็น ความจำ ตลอดจนรายได้ที่ลดลง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการไปพบแพทย์ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว จากการศึกษาของ อรณุช ธรรมสอน (2544:77) เรื่องแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 75 ปี ขึ้นไป) พบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ของผู้สูงอายุวัยปลาย มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยการมีโรคประจำตัวและรายได้น้อยกว่า 1000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม เศรษฐกิจซึ่งต้องให้ครอบครัวนำไปหรือช่วยเหลือด้านการเงิน การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลหลานที่บุตรไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาไปตามนัดหรือต้องคอยให้บุตรว่างจากการทำงานจึงสามารถพาไปพบแพทย์ได้ ตลอดจนการใส่ใจต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเองจากการศึกษาของบรินเดลและคณะ (Bridel et al., 2006) พบว่า ผู้หญิงมีความถี่ในการใส่ใจด้านการรักษาและควบคุมโรคมมากกว่าผู้ชาย และจากคนที่มีประวัติในครอบครัวที่เป็นโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีน้ำหนักมาก เป็นเบาหวาน และความถี่ของการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ จะใส่ใจในการรักษามากกว่า

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามธรรมชาติจากหลายสาเหตุ เช่น หลอดเลือดแข็งตัว ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ ความตึงตัวของหลอดเลือดมากขึ้น ไตเสื่อม ฮอร์โมนลดลง เป็นต้น อาจส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะหลายระบบ เช่น หัวใจ ไต หลอดเลือดสมอง เส้นประสาทชั้นตา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ระดับ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหาร DASH diet การมีกิจกรรม

ทางกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การมาตรวจตามแพทย์นัด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบลง ได้แก่ ภาวะความพิการ หรือเจ็บป่วยรุนแรง ลดความเครียด วิตกกังวล ไม่เป็นภาระพึ่งพิง ลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวและงบประมาณด้านการรักษาของประเทศลงได้ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหลายด้าน ทั้งในเรื่องความบกพร่องทางประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็นลดลง ทำให้อ่านฉลากชองยาไม่ชัดเจน ต้องจำสีเม็ดยาในการรับประทาน ทำให้มีโอกาสรับประทานยาผิด ความเสื่อมของระบบทางเดินอาหาร คือ ฟันร่วงหลุด สารเคลือบฟันบาง เกิดฟันผุ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำรสทำงานลดลง โดยเฉพาะรสชาติหวานและเค็ม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการปรุงรส ความเสื่อมของโครงสร้างและกระดูก ทำให้มีปวดข้อ ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง มีภาวะความเครียดเรื่องการเจ็บป่วยเกิดความคับข้องใจ ไม่อยากปฏิบัติตามแผนการรักษา ความจำลดลงทำให้ลืมไปตรวจตามแพทย์นัด ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงจึงต้องอาศัยความร่วมมือทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

### ส่วนที่ 3. ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

#### 3.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975: 93) ซึ่งเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ผ่านการเสนอข้อมูลข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลการรับรู้ข้อมูลอย่างจริงจังดังกล่าวของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมและเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โรเจอร์ (Rogers, 1975 : 1983 อ้างใน Mackay, Bruce C, 1992: 25) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

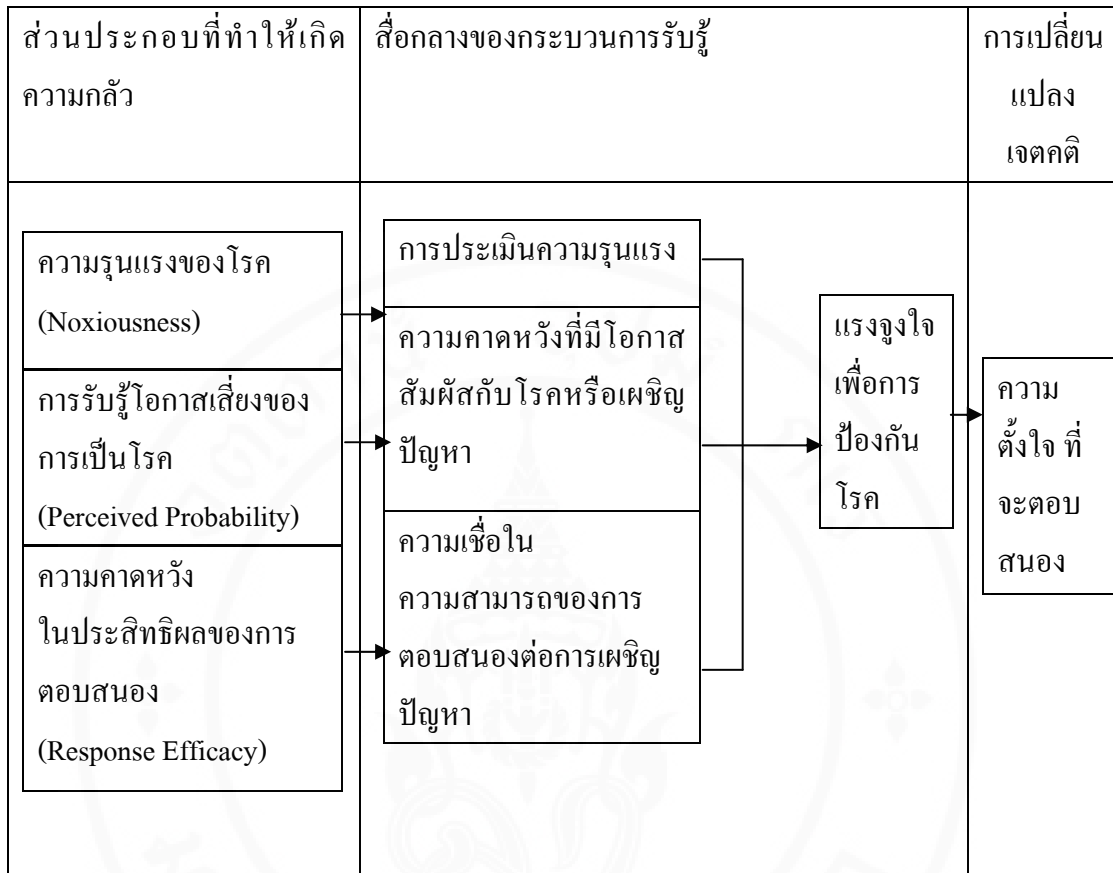
**ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)** โดยใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มการรับรู้ภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้ได้รับผลร้ายแรง เช่น มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต โดยข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่ต้องมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นชัดเจนขึ้น ซึ่งในการตรวจสอบ

องค์ประกอบที่เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่า มีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ไม่เกิดอันตราย

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability)** เป็นการสื่อสารให้ทราบถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์กได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่า การตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อโรคเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ไม่ใช่แนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคล ที่จะกระทำตามพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือไม่ บางครั้งก็ไม่ได้ทำให้บุคคลยอมรับคำแนะนำเสมอไป ดังนั้นถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองต่อคำขู่คุกคาม เขาก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้

**การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response-Efficacy)** โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตาม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมไม่ถูกต้อง โดยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ เช่น การศึกษาของ Maddux และ Rogers พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่งดจากการสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง โดยการสอนที่มีรายละเอียดกระตุ้นเตือนความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีผลให้บุคคลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปร จะเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติ เพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1983 Maddux และ Rogers (Mackay, 1992: 25) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy Expectancy) ดังจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของ Bandura (Bandura, 1997: 151-152) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2.1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค Rogers, 1975 : 99

ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 โรเจอร์ ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาทบทวนและปรับปรุงใหม่ ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self efficacy) อธิบายว่าการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหากับผลของการได้รับภาวะคุกคาม แบ่งเป็น 2 แบบ คือ การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพและการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ทั้งสองแบบนี้มีผลต่อการปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ ซึ่งการปรับตัวไม่ได้อาจขึ้นอยู่กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแต่ละบุคคล นำไปสู่พฤติกรรมด้านลบ เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น (Roger, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1988: 96-98) โดยกระบวนการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหากับผลของการได้รับภาวะคุกคามเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น ข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพ การเรียนรู้จากการสังเกต และอิทธิพลของปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเห็นข้อดีของการมี

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การประหยัดเวลา ถ้าไม่ไปตรวจมะเร็งเต้านม การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นเพียงทางอ้อมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น (Rogers, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1988: 98 ) ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Reward) และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven & Rogers, 1986 : 154)

การประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นการปรับพฤติกรรม โดยให้เกิดความเชื่อในการมีพฤติกรรมเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการคุกคามของโรค (Response Efficacy) และให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Self-efficacy) โดยความคุ้มค่าของการตอบสนองเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นตัวจำกัดพฤติกรรม (Rogers, 1975 อ้างถึงใน Boer & Seydel, 1988: 98) โดยมีรายละเอียดของตัวแปรดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อปลุกเร้าให้เกิดความกลัว ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือมีผลต่อสุขภาพเล็กน้อย โดยข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่ต้องมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นชัดเจนขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคริดีกว่ากระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบที่เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การงดดื่มสุรา การไม่สำส่อนทางเพศ ทำให้ไม่เกิดอันตรายหรือได้รับความคุกคามทางสุขภาพ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceive probability) เป็นการสื่อสาร โดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์ก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยนำผลการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อโรคเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ถึงอย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ชัดเจนแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือไม่ บางครั้งก็ไม่ได้ทำให้บุคคลยอมรับคำแนะนำเสมอไป ดังนั้น ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธ การรับรู้ของตนเองต่อคำขู่คุกคามเขาก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตาม

คำแนะนำได้ ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพก็ตาม ตัวอย่างเช่น ภายหลังจากผู้สูบบุหรี่ได้รับการกระตุ้นในระดับสูงเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ แต่ยังคงพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่แม้จะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งโดยผู้สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงความกลัวด้วยการไม่ยอมรับการเอ็กซ์เรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุน ร่วมกับภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้น โดยให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นมะเร็งปอดน้อยลง เป็นต้น การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครสามารถทำได้โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่จะต้องทำการศึกษาต่อไปว่าสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

3. การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Response efficacy) เป็นความคาดหวังเฉพาะบุคคลว่า เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะสามารถลดภาวะคุกคามได้ การให้ข้อมูลที่แสดงให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูง จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ระดับต่ำ ดังนั้น การให้ข้อมูลมีความเฉพาะเจาะจง และเห็นความชัดเจนในผลที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำช่วยให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำให้ประสบความสำเร็จ พัฒนามาจากทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997: 22) กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับทางเลือกของบุคคลที่จะคาดหวังในความสามารถหรือความเชี่ยวชาญของตนเอง การพัฒนาในความเชื่อมั่นของบุคคล ทำได้ 4 วิธี (Bandura, 1997: 22-45) ได้แก่

1. ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดเนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นเมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จก็จะเพิ่มความพยายามเพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆต่อไป ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองมีดังนี้

1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก

1.2 การวิเคราะห์และแก้ปัญหาพร้อมกันในกลุ่ม

1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

1.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับ

2. ใช้ตัวแบบ (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลได้เห็นตัวอย่าง รูปแบบหรือตัวแบบที่สามารถมองเห็น หรือมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีลักษณะและมีสภาพปัญหาคล้ายตนเอง อาจจะแสดงพฤติกรรมทางด้านลบทำให้มองเห็นผลเสีย หรืออาจจะแสดงพฤติกรรมทางด้านบวกได้รับผลที่พึงพอใจ ที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่สังเกตเกิดการตัดสินใจ ตั้งใจ และใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. การพูดย้ำใจ (Verbal Persuasion) เพื่อกระตุ้นจูงใจให้บุคคลเกิดการยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจและพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูล การร่วมอภิปราย การฝึกปฏิบัติทักษะ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การร่วมวิเคราะห์ เป็นต้น แบบคู่ว่า ได้กล่าวว่า การพูดย้ำใจจากผู้อื่นเป็นการรับเอาคำแนะนำจูงใจของผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล ดังนั้นจึงต้องจัดการกระตุ้นทางอารมณ์ให้แก่บุคคลอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่น การให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และความเล็งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงโดยกระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับที่พอเหมาะ ซึ่งถ้าเป็นการกระตุ้นที่รุนแรงจะทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และความพยายามที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ตลอดจนคงความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ตลอดไป

ในการศึกษาครั้งนี้ นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมารู้ โดยเน้นด้านการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวผ่านสื่อเพื่อเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของบุคคลดังนี้ 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้สื่อปลุกเร้าว่า ภาวะสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงอย่างไร บุคคลจะเกิดกระบวนการประเมินการรับรู้ถึงอันตราย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 2. การรับรู้โอกาสเล็งต่อการเป็นโรค คือ การสื่อสาร โดยให้บุคคลคิดคำนึงว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะคุกคามทางสุขภาพอย่างไร เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เล็งต่อการเกิดโรค 3. การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยให้บุคคลคาดหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรม จะสามารถลดภาวะคุกคามลงได้ 4. การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อของบุคคล ว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำจะเกิดภาวะสุขภาพดี โดยการพัฒนาความเชื่อมั่นได้ 4 วิธี คือ 4.1 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้บุคคลฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง มีการช่วยเหลือให้กำลังใจ วิเคราะห์

แก้ปัญหาและให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการปฏิบัติตัว 4.2 ใช้ตัวแบบโดยเห็นตัวอย่าง สังเกตการมีพฤติกรรมทั้งด้านบวกหรือด้านลบ 4.3 การพุดช้กุงใจด้วยความกระตือรือร้น ให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ 4.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ ทั้งความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงให้บุคคลรับรู้ตามความเหมาะสมเพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ดังแผนภูมิที่ 2.2





### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept)

แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากผลการศึกษาสังคมจิตวิทยาที่เชื่อว่าความสัมพันธ์กับความผูกพันของบุคคลในสังคมมีผลต่อความผาสุกทางด้านจิตสังคมและมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีตัวกันชน (the buffer theory) ที่เชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันและรักษาภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ และ ทฤษฎีความผูกพัน (the attachment theory) ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันที่มั่นคง ปลอดภัย จึงได้มีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในงานวิจัยทางสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากมาย (วิชาเพียงธรรมและคณะ, 2554: 1-2) ได้มีการจัดความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 กลุ่ม คือ

1. ชนิดที่ให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนได้รับความรัก ยอมรับและเห็นคุณค่า
2. การรับรู้ของผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเชื่อมั่นว่าสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้
3. ความตั้งใจในการกระทำและพฤติกรรมของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความผาสุกให้แก่ผู้รับ
4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความผูกพันในแง่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับที่เป็นไปในลักษณะของการช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ พึงพากัน
5. เครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคมโดยผ่านความผูกพันระหว่างบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนเพื่อให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น ส่วนในด้านชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นนามธรรมทั้งการให้ความรัก ความเข้าใจ การให้ความสำคัญ ยกย่อง ยอมรับนับถือ การให้ความมั่นใจแก่บุคคลเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีผ่านสารสื่อสาร เช่น การใช้ภาษาพูดแสดงความรู้สึกที่ดี เช่น หัวใจ การใช้ภาษากายที่แสดงออกอย่างเหมาะสม ทั้งสีหน้า แววตา การสัมผัส
2. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrument support) การให้ความช่วยเหลือในลักษณะที่จับต้องได้ชัดเจน เช่น สิ่งของ เครื่องใช้ อุปกรณ์ ความช่วยเหลือในด้านแรงงานเพื่อแบ่งเบาภาระของบุคคล การช่วยเหลือในด้านเวลาที่รวมทั้งการช่วยเหลือในด้านนี้ตามบทบาทของการดูแลสุขภาพ เช่น การสาธิต การไปเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ เป็นต้น
3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือบรรเทาปัญหา เช่น ข้อมูลความรู้ ข้อมูลคำแนะนำ ข้อมูลที่เป็น การให้คำปรึกษา
4. แรงสนับสนุนทางการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อรับรองในการกระทำบางสิ่งบางอย่างของบุคคล การประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน สำหรับแหล่งประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support) ได้แก่ คู่สมรส พ่อ แม่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงานที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันเป็นส่วนตัว มีการติดต่อทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support) คือ กลุ่มที่ได้รับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันทำให้มีความเข้าใจกันอย่างลึกซึ้ง

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support) เพื่อแบ่งปันความรู้สึก มีคุณค่า ความเชื่อ ธรรมเนียมและแนวทางการดำเนินชีวิต
4. กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพ (Professional organized support) เพื่อให้การช่วยเหลือ ที่เฉพาะเจาะจง แก่ผู้รับบริการ
5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Nonprofessional organized support) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือตามที่บุคคลต้องการ และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่

จากการศึกษาแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ช่วยส่งเสริมการป้องกันและรักษาภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ผ่านความผูกพันระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 1.แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แสดงออก ทั้งทางภาษาพูดและภาษากาย 2.การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ในเชิงรูปธรรม เช่น เงิน อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ ในเชิงนามธรรม เช่น การให้บริการ เวลา 3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้ การให้คำแนะนำ ปรีกษา 4. แรงสนับสนุนทางการประเมินคุณค่า โดยการให้ข้อมูล ป้อนกลับ ด้านประเมินตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มที่ผูกพันกันตามธรรมชาติคือ บุคคล ใกล้ชิดในครอบครัว และกลุ่มในชุมชนคือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคได้ดี ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย คือ อาสาสมัคร สาธารณสุข ให้ข้อมูลข่าวสารกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้าน ติดตามวัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำ ตักเตือน กระตุ้น ให้กำลังใจ และผู้วิจัยได้เลือกบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้ รับฟัง ปัญหา ช่วยเหลืออุปกรณ์ อำนวยความสะดวก เวลา เงิน เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

## ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.1 งานวิจัยเชิงพรรณนา

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545: 79) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ในผู้ป่วยเพศหญิงซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาป่วยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากส่วนที่ ได้รับจากครอบครัวและสังคมของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การมาขอคำปรึกษา

คำแนะนำในเรื่องที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับน้อย ส่วนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับน้อย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านจิตใจและสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในระดับน้อยที่สุด คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ผู้ป่วยมักจะอยู่ในบริเวณที่ทำให้รู้สึกปลอดภัย มีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านอื่นๆ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในระดับมาก ได้แก่ ด้านการทำงาน การนอนหลับและการพักผ่อน กิจกรรมเพื่อความบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจ ระดับน้อย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ก็กับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวก

วาสนา ครุฑเมือง (2547:55) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 ราย ในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ และการเจริญทางวิญญาณมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางและรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ( $p\text{-value} < 0.001$ )

มัลลิกา ปิ่นราชยนนท์ (2547: 88) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การบรรลุนานตามขั้นพัฒนาการและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60-64 ปี มีบทบาทในสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันจะบรรลุนานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันจะมีบทบาทในสังคมแตกต่างกัน การบรรลุนานตามขั้นพัฒนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ

เกศฎา เพชรทอง ( 2549: 12) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่าผู้สูงอายุ ที่อายุระหว่าง 75-85 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับสูง ส่วนความต้องการมากกว่าการได้รับทั้งโดยรวม ด้านอารมณ์และด้านประมาณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ความต้องการด้านข่าวสารและทรัพยากร ไม่แตกต่างจากการได้รับการรับรู้ของครอบครัวต่อความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง, ความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าการได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งการสนับสนุน โดยรวม ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประมาณค่า ( $p < 0.05$ ) สำหรับด้านข่าวสารไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับ,

การรับรู้ของครอบครัวต่อความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากการรับรู้ของผู้สูงอายุทั้งการสนับสนุนโดยรวมและรายด้านทุกด้าน, การรับรู้ของครอบครัวต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากการรับรู้ของผู้สูงอายุทั้งการสนับสนุนโดยรวมและรายด้านทุกด้าน, ผลการศึกษาสะท้อนความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ยกเว้นด้านอารมณ์และด้านการประมาณค่าที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

Kay W. Klymko et al. (2009:200) ศึกษาปัจจัยในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ในสหรัฐอเมริกา อายุ 60-89 ปี โดยการสัมภาษณ์ในเรื่องทัศนคติ, ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ประสบความสำเร็จ พบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง 3 ด้านที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ การตั้งเป้าหมาย การติดตามดูแลตนเอง และการประเมินตนเอง ซึ่งทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับการสร้างทัศนคติถึง 60 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติ ควรใช้กลยุทธ์ในการเข้าถึง ทัศนคติ โดยให้เหมาะสมกับความแตกต่างของบุคคล ความเฉพะเจาะจง โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและความเชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

Wendy L. Wright et. Al (2011: 59) ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยการศึกษาประวัติ ผู้ป่วยย้อนหลังที่เข้ารับการรักษา พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การดูแลและการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ในระดับใกล้เคียงกับแพทย์ แต่มีความโดดเด่นกว่าในด้านส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้มากกว่าและพยาบาลสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ดีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

Wen – Wen Li et. al (2010: 2022) ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุชาวจีนอพยพในประเทศอเมริกา โดยศึกษาระยะเวลา 3 เดือน ติดตามผู้สูงอายุ ที่มีอายุช่วง 66-92 ปี จำนวน 90 คน ในด้านลักษณะประชากร การรับประทานยา ความรู้เรื่องโรค พบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานยามีผลมากที่สุดในการทำนายระดับความดันโลหิต ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยผู้สูงอายุชาวจีน ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

#### 4.2 งานวิจัยกึ่งทดลอง

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539: 134) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน ที่ได้รับโปรแกรมคือ การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์

เกี่ยวกับอาการ พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยจัดโปรแกรม ดังนี้ การรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การออกกำลังกาย ทักษะการคลายเครียด โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งจดหมายเตือนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมและมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จิตชนก หัสดี (2541: 79) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวนกรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี มีกิจกรรม เกม ชมวีดิทัศน์ ร่วมอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนุชา นิลอยู่ (2542 : 62) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยให้บุคคลในครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการแนะนำ การกระตุ้น คอยให้กำลังใจสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น

Juliette Shellman (2543: 257) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปี โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ใช้เวลา 9 เดือน ทั้งในเรื่องจัดการประสานงานให้ผู้สูงอายุได้พบกับทีมสุขภาพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น และดูแลจัดการในเรื่อง การควบคุมความดันโลหิต ผลข้างเคียงจากยา การออกกำลังกาย และการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การสนับสนุนจากคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเห็นประโยชน์ และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

ชนิษฐา ทองหยอด (2543: 115) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง คือ การฉายสไลด์พร้อมการบรรยาย การเสนอตัวแบบ การสาธิต การฝึกทักษะ การกำหนดกิจกรรมจากภูมิปัญญาภายในกลุ่ม การส่งเสริมความภาคภูมิใจภายในกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนโดยกลุ่ม ผลการศึกษาภายหลังการจัดกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถตนเอง และการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยความเชื่อมั่นที่  $p\text{-value} < 0.001$

จารุภา เลหาพจนารถ (2544: 53) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย อภิปรายกลุ่มและทบทวนวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนกิจกรรมการสนับสนุนเป็นกลุ่มให้คำแนะนำ อภิปรายในพฤติกรรมปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์สูงขึ้น

ปรีศณี ศรีกัน (2546: 67) ศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ฝึกจักรยาน ว่ายน้ำและกายบริหาร พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองสูงกว่าก่อนการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองและสูงกว่าการได้รับคำแนะนำด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

กิ่งดาว ขุขอาภย์ (2548: 67) ศึกษาการออกกำลังกายแบบไท่จี ชี่กง ต่อความดันโลหิต และการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า การออกกำลังกายแบบไท่จี ชี่กง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

อาทิตยา วงศาทาน ( 2549: 89 ) ศึกษา ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการนัดกลุ่มออกกำลังกายระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อใช้การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยกันเอง และแจกคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยได้รับจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งพบว่าภายหลัง โปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีผลต่อระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน

Ihab M. Hajjar et.al (2007: 624) ศึกษาการนำส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ การศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 6 เดือน มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท โดยนำส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ เข้ามาจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ ในด้าน การเลือกรับประทานอาหาร DASH-diet , การมีกิจกรรมทางกาย, การ

ควบคุมน้ำหนัก, การจัดการความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะปฏิบัติ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้นทุกด้าน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น

จันทิมา เนียมโกคะ (2552: 67) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผ่านกิจกรรมตัวแบบด้านลบ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้โปรแกรมภาพ การอภิปรายกลุ่ม การมอบคู่มือ การฝึกทักษะ สามารถช่วยเพิ่มความรู้ การรับรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในด้าน การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้าและสุขอนามัยทั่วไป สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.016$ )

วิณาเทียงธรรมและคณะ ( 2553: 16-17) ได้ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.016$ ) ยกเว้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.016$ )

อภัสริน มะโน (2554: 47) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูง ในชายวัยกลางคนเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ในการป้องกันความดันโลหิตสูง การให้ความหวังใจ ความเอาใจใส่ คอยให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินตนเองในพฤติกรรมช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูง

ยุพาพร นาคกลิ่งและคณะ(2555: 60-70)ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกทักษะ ใช้ตัวแบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ในส่วนของระดับความดันโลหิต หลังการทดลองลดลง  $SBP < 139$  มิลลิเมตรปรอท

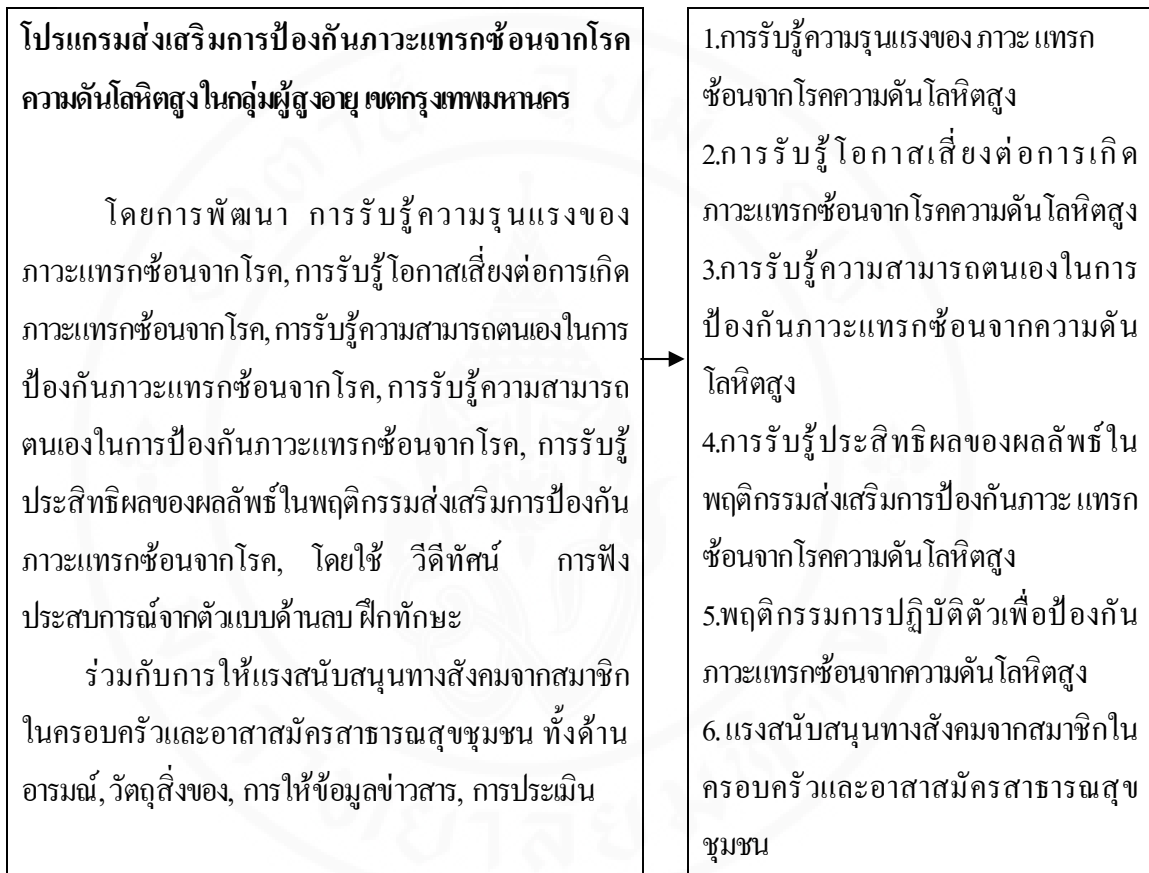
สรุปว่า จากการทบทวนวรรณกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคเรื้อรัง โดย การจัดการกระบวนการเรียนรู้ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพที่เป็นอันตราย เห็นโอกาสเสี่ยงของผลเสียต่อสุขภาพสูง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองสูง จะทำให้เกิดมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคสูงขึ้นไปด้วย ดังนั้นจากผลการวิจัยที่ศึกษามาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก เป็นเรื่องวิถีชีวิตที่ได้ปฏิบัติมานาน จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ สร้างความเชื่อมั่น ในระดับที่สูงเพื่อให้มีผลถึงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้าน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารลดเค็ม เฉพาะโรค เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงส่งผลกระทบต่อหลายด้านต่อชุมชน สังคม ครอบครัว โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาความดันโลหิตเนื่องจากความเสื่อมทางร่างกายจึงนับเป็นเรื่องจำเป็น ต้องมีการอาศัยความร่วมมือทั้งจากชุมชน ครอบครัวและการสร้างความรับรู้ในความสามารถของตนเองโดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและในเรื่องการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ ทั้งการได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลป้อนกลับ ( feedback ) ความรัก การเอาใจใส่ ความห่วงใย ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงิน เวลาและแรงงาน เป็นต้น ทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จากการลดพฤติกรรมที่เสี่ยง โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ( Lifestyle Modification ) โดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการอย่างสม่ำเสมอ ผ่านทางบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร รวมทั้งการสนับสนุนจากบุคคลภายนอก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีได้มากขึ้น

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ ในด้านการรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง เลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค มีกิจกรรมทางกายผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด พบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความเสื่อมตามวัย ทางด้านร่างกาย เช่น

ความบกพร่องทางการมองเห็น ทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง ระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดการสลายของแคลเซียมทำให้กระดูกหักง่าย ปวดข้อ จึงมีการทำกิจกรรมทางกายลดลง ความจำเสื่อมทำให้จดจำวันนัดพบแพทย์ไม่ได้ มีปัญหาในการบริโภคอาหาร เนื่องจากฟันร่วงหลุดทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารที่มีกากใยต่อมรับรสชาติทำงานลดลงจึงรับประทานอาหารที่มีรสหวานหรือเค็มจัด ภาวะความเครียดวิตกกังวลในโรคเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นทางด้านรายได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงควรมีทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษานี้จึงนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่เน้นการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว มาสร้างการรับรู้ในด้านอันตรายของโรค และการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แล้วให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้คาดหวังถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ หลังจากนั้นจึงสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองโดยให้ฝึกปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน จนเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ 1.ทางด้านอารมณ์ 2. ด้านการประเมิน 3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร 4. ด้านอุปกรณ์ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

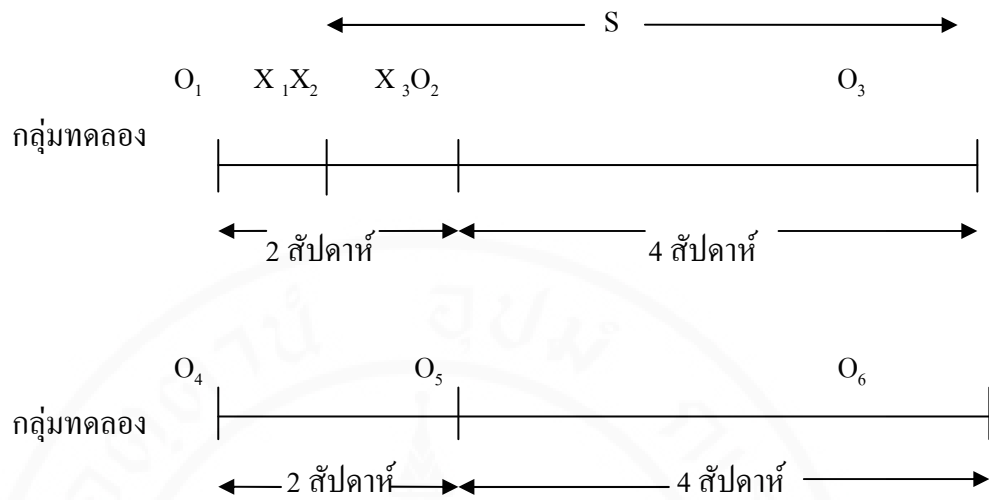
#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีรายละเอียดขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย และแผนภูมิการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pre-test, post-test Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) มีการเก็บข้อมูลทั้งก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตามผล ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังรูปแบบการวิจัย และแผนภูมิการทดลองต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 3.1 รูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง

$O_1 O_4$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

$O_2 O_5$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

$O_3 O_6$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามผลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริม

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

$X_1$  หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมโดยให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีทักษะให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง เพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้คำชมเชย การให้กำลังใจ การแสดงความห่วงใยและการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด, ด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับในความถูกต้อง การให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมา, ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารเรื่องความดันโลหิตสูง, ด้านเครื่องมือ เช่น เวลาเงิน

$X_2$   $X_3$  หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยจำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมด้านการรับประทานยารักษาอย่างถูกต้อง ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ด้านการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ การไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

$S$  หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น การให้คำชมเชย การให้กำลังใจ การแสดงความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน, ด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับในความถูกต้อง การให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออกมา, ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร, ด้านเครื่องมือ เช่น เวลาเงิน ซึ่งจะมีตลอดระยะเวลาการวิจัย

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยมีค่า Alpha เท่ากับ 0.05 , Power เท่ากับ 0.80 โดยมีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2กลุ่ม

จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คำนวณจากสูตร Glass (Glass, 1976. อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547:210-212)

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

$d$  = คือขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$  = คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$  = คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

$SD_C$  = คือค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ได้ค่า Effect size จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจากการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (กวี เมฆประดับ, 2544; 79)

$$d = \frac{39.85 - 29.75}{3.51} = 3.88$$

3.51

การแปลผลค่า delta ( $d$ ) ซึ่งประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย (Cohen, 1988 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547: 211)

ค่า  $d$  มากกว่า .80 = ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ค่า  $d$  มากกว่า .50 = ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง

ค่า  $d$  มากกว่า .20 = ขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก

เมื่อเปิดตาราง (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่า Alpha = .05, Power = .08 ที่ค่า  $d$  0.08 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 28 คน เพื่อป้องกันในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 20 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

**เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัย**

**เกณฑ์ในการคัดเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข ดังนี้**

1. มีโครงสร้างประชากร ลักษณะอาชีพ รายได้ และวิถีชีวิตคนเมืองคล้ายคลึงกัน
2. มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ
3. เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

**การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย** (JNC7, 2003 ; สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

1. ประชากรชาย-หญิง ทั่วไป ที่มีอายุ 60 – 70 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และวัดระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้งโดยนับจากครั้งครั้งสุดท้าย
3. ยังไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอันตราย
4. มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
5. สามารถเข้าใจและสื่อภาษาไทยได้ดี
6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

#### **เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา**

มีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

#### **เกณฑ์ในการคัดเลือกญาติที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม**

1. เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือญาติของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น สามี ภรรยา บุตรหรือหลาน ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้
2. เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ดูแลและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข อย่างน้อย 6 เดือน
4. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

#### **เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม**

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
2. สัญชาติไทยอ่านเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

### การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

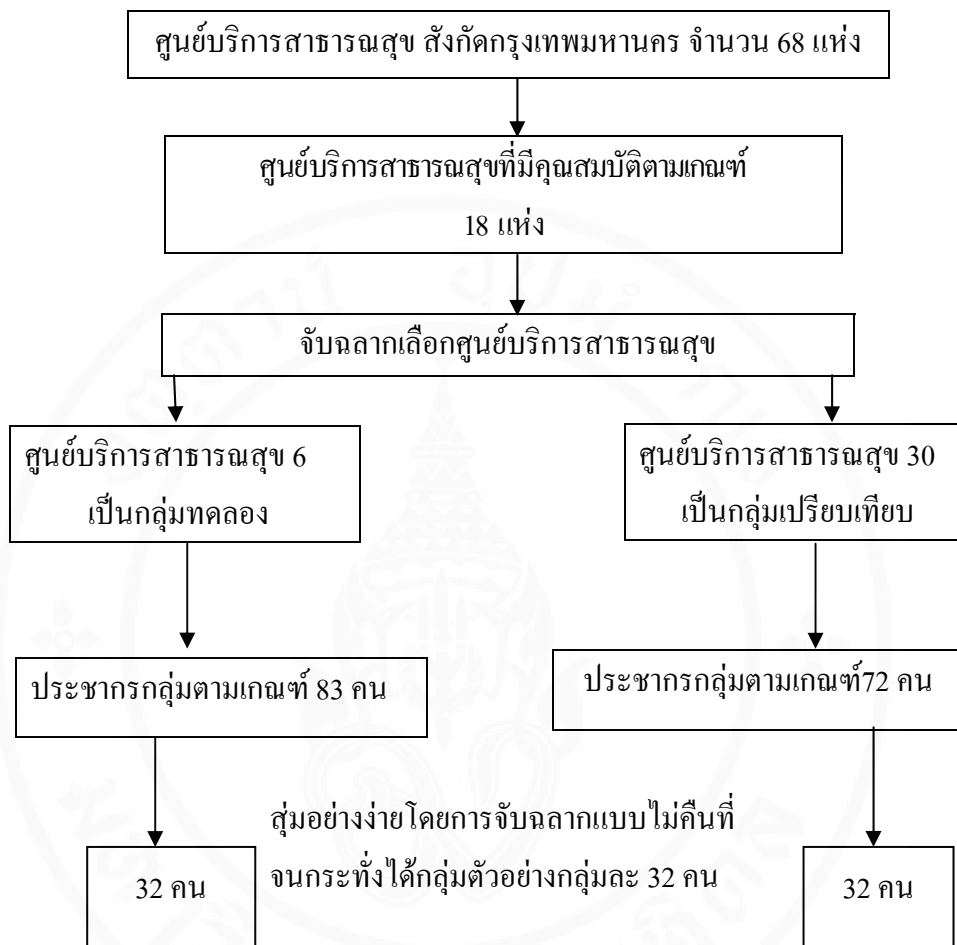
การคัดเลือกพื้นที่ทดลอง ใช้การสุ่มแบบง่าย ( Sample Random Sampling ) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ( Sampling without Replacement ) โดยวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น มีศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้าเกณฑ์ 18 แห่ง ทำฉลากใส่ชื่อแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขโดยกำหนดไว้ว่า จับครั้งแรกให้เป็นกลุ่มทดลอง และครั้งที่สองให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในการสุ่มครั้งนี้ ผลคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 6 เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ 30 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากสมุดการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในกลุ่มทดลอง 83 คน และในกลุ่มเปรียบเทียบ 72 คน

2.2 ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ แล้วเข้าไปพบกลุ่มตัวอย่างในคลินิกผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ช่วงเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2555 และแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลในการวิจัย พร้อมอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปรึกษาสมาชิกในครอบครัวและใช้เวลาในการตัดสินใจ 1 สัปดาห์ จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบ กลุ่มละ 32 คน และผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แผนภูมิที่ 3.2 ขั้นตอนการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการประยุกต์ให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเชิงประชากรเช่น อายุ เพศ รายได้ อาศัยอยู่กับใคร ใครเป็นผู้ดูแล ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลการตรวจร่างกายได้แก่ น้ำหนักและระดับความดันโลหิต

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 8-32 คะแนน ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ในการประมาณค่าการรับรู้มี 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 8-32 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติได้แก่ ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{32 - 8}{3} = 8 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

3

คะแนน	25-32	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนน	17-24	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน	8-16	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 8-32 คะแนน ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ในการประมาณค่าการรับรู้มี 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 8-32 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})}{3} = \frac{32 - 8}{3} = 8 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

คะแนน	25-32	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนน	17-24	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน	8-16	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 4** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 8-32 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) กำหนด ให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เพียง 1 คำตอบ

## เกณฑ์การให้คะแนน

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

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})}{3} = \frac{32 - 8}{3} = 8 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

คะแนน	25-32	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนน	17-24	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน	8-16	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 8-32 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 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 8-32 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})}{3} = \frac{32 - 8}{3} = 8 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

คะแนน	25-32	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนน	17-24	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน	8-16	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 6** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ลักษณะคำถามเป็นการวัดการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมาประเมินว่าถูกต้องหรือไม่ ทั้งปริมาณและคุณภาพของการปฏิบัติ ปริมาณความถี่และความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามลักษณะกิจกรรมเป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกให้ตรงกับความคิดเห็น 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ประจำ หมายถึง มากกว่า 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง หมายถึง 3-4 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 3 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยทำเลยใน หนึ่งสัปดาห์	ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 17-68 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{68 - 17}{3} = 17 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

คะแนน	53-68	หมายถึง	มีพฤติกรรมในระดับสูง
คะแนน	35-52	หมายถึง	มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง
คะแนน	17-34	หมายถึง	มีพฤติกรรมในระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 สัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 20-80 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 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 20-80 คะแนน โดยมีการแบ่งเกณฑ์โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542: 220-224) คือ

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \frac{80 - 20}{3} = 20 \quad \text{แปลผลดังนี้}$$

คะแนน	61-80	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง
คะแนน	41-60	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 20-40 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.1 วิธีทัศน์เรื่อง “ความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ”

2.2 สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง”

2.3 เอกสารประกอบด้วย คู่มือ “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง”

คู่มือ “การออกกำลังกายอย่างไรในวัยเกษียณอายุ” คู่มือ “การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง”

## การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2. กำหนดโครงสร้าง และขอบเขตของเนื้อหาที่จะศึกษาให้ชัดเจน แล้วสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เอง โดยดูถึงความเป็นปรนัยในด้านภาษา และความเป็นไปได้ในด้านการนำไปใช้

4. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก : 183) ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ดังนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, พยาบาลเชี่ยวชาญพิเศษสาขาการพยาบาลสาธารณสุข

5. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ท่าน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ส่วนข้อมูลพฤติกรรมพิจารณาตามความเหมาะสมของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความชัดเจนของภาษา

6. การวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ของครอนบาช อยู่ระหว่าง 0 -1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์สามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในครั้งนี้คือ 0.7 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547 : 232) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 0.81, การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเท่ากับ 0.87, การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.85, การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.85, พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.89, การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เท่ากับ 0.97

### 3.4 การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ
2. ระยะก่อนการทดลอง
3. ระยะดำเนินการทดลอง
4. ระยะสิ้นสุดการทดลอง
5. ระยะติดตามผลการทดลอง

#### 1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้จากเอกสาร ข้อมูลทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเบื้องต้น

1.2 ขออนุญาตรับรองการทำวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1.3 ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และทดลองใช้แบบสอบถาม

1.4 จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ต่างๆที่จะใช้ในการวิจัย

1.5 เข้าพบผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและฝ่ายบริหารทั่วไป เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ในรายละเอียดด้านต่างๆ ตลอดจนขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติหมายเลขที่ MUPH 2012-138 ให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหมายถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

2. ให้ความกลุ่มตัวอย่างนำกลับไปคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ 1 สัปดาห์

3. ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆกับกลุ่มตัวอย่าง

4. คำถามบางคำถามเป็นเรื่องส่วนตัว แต่เป็นเรื่องที่เป็นจึงจำเป็นต้องมีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อย่างรัดกุม ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล

4.2 การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ยินยอมด้วยตนเอง

4.3 การรับแบบสัมภาษณ์คืน ผู้วิจัยจะเก็บแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

4.4 แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับคืนจะเก็บรักษาไว้และไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มีได้เกี่ยวข้องกับ การวิจัยโดยเด็ดขาด

4.5 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4.6 การนำข้อมูล ไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอ เซึ่งวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

### 2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ คือระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2555 มีดังนี้

2.1 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ของผู้สูงอายุ

### 3. ระยะดำเนินการทดลอง

#### กลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 “ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพ”

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้เข้าร่วมสามารถ

1. บอกถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้
2. บอกถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง
2. สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการอบรม ใช้เวลานาน 15 นาที
2. ชมวีดิทัศน์เรื่อง “ความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ” และสไลด์พร้อมบรรยายประกอบเสียงจากผู้วิจัยเรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง” ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยนาน 20 นาที

3. ชมวีดิทัศน์ตัวแบบด้านลบ คือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเส้นเลือดสมองแตก นำเสนอเกี่ยวกับผลกระทบ รวมทั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว โดยผู้วิจัยจะตั้งคำถามและให้ตอบในประเด็นเรื่อง

- พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนที่จะรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง
- อาการ และผลกระทบที่เกิดกับตนเอง ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจสังคม
- สิ่ง que ผู้ป่วยและญาติอยากจะพูด เพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่มและเปิด

โอกาสให้สมาชิกซักถาม (ใช้เวลา 20 นาที)

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น ถึงความรุนแรงและอันตรายของโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (ใช้เวลา 15 นาที)

## กิจกรรมที่ 2 “แผนการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการให้การสนับสนุนทางสังคม”

วัตถุประสงค์เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้เข้าร่วมสามารถ

1. สมาชิกในครอบครัวบอกถึงบทบาทและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้

2. อาสาสมัครสาธารณสุขบอกถึงบทบาทและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม**

1. สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง
2. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

**ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัย**

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมมอบคู่มือการดูแลและแนวทางปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำไปบันทึกที่บ้าน ใช้เวลา 5 นาที

2. จัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อยและชี้แจงบทบาทแก่บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ในเรื่องบทบาทและวิธีการให้การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้านตลอดการวิจัย ดังนี้

**บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว**

- สนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การชมเชย การให้กำลังใจ ปลอบใจ การเตือนความจำและกระตุ้น เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอย่างถูกต้อง ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการมาตรวจตามแพทย์นัด

- สนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของ เช่น การช่วยเตรียมอาหารDASH-diet สำหรับผู้สูงอายุ การจัดเตรียมยาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง การจัดเตรียมหาอุปกรณ์หรือพาไป เพื่อให้มีกิจกรรมทางกาย การย้ำเตือนความจำเมื่อถึงวันตรวจตามนัดและการพาไปตรวจเมื่อถึงวันแพทย์นัด

- สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง

- ด้านการประเมิน เช่น การติดตามประเมินการรับประทานยา ระดับความดันโลหิต การสอบถามอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

### อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

- สนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การพูดให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่ถูกต้อง ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค ด้านการมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่ การไปตรวจตามแพทย์นัด และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มสามารถปฏิบัติตามได้

- สนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ในการเยี่ยมบ้านตรวจวัดความดันโลหิต ให้ความซักถามและปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชน

- สนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น แนะนำกิจกรรมหรือการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

- ด้านการประเมิน เช่น มาเยี่ยมตรวจวัดระดับความดันโลหิต สอบถามอาการผิดปกติ สอบถามติดตามการรับประทานยา

3. เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถาม

4. สรุปบทบาทของญาติและ อสส. ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

### สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง

#### กิจกรรมที่ 3 “ทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง”

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้เข้าร่วมสามารถ

1.อธิบายผลดีของพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนี้ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่ และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2.มีความสามารถปฏิบัติทักษะในพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนี้ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่ และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

#### ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

3.อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัย

## กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน 5 นาที
2. อภิปรายเรื่องแนวทางการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงความคาดหวังในสิ่งที่ตนจะปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการกล่าวคำชมเชย ใช้เวลา 10 นาที
3. พยาบาลแนะนำเทคนิคในการจัดยาเพื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามสุขภาพและประเมินระดับความดันโลหิต ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยนาน 10 นาที
4. พยาบาลสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการกำหนดลมหายใจ พร้อมมอบ คู่มือ “การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง” ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อสาธิตย้อนกลับและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ใช้เวลานาน 10 นาที
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย มอบคู่มือ การออกกำลังกายอย่างไรในวัยเกษียณ และสาธิตในเรื่องการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ดังนี้
  - ความหมายของการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
  - ประโยชน์การมีกิจกรรมทางกายด้านความดันโลหิตสูง
  - ชนิดของการมีกิจกรรมทางกายของแต่ละคน ระยะเวลา ความถี่ ในการมีกิจกรรมทางกาย เสนอ
  - เสนอวิธีการออกกำลังกาย เช่น ไท้จี๋ ชี่ กง, ฤทธิตัดคน ใช้เวลา 20 นาที
6. ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายด้วยตนเองและมอบคู่มือ “การออกกำลังกายอย่างไรในวัยเกษียณอายุ” และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รู้สึกได้ใช้เวลานาน 10 นาที
7. อภิปรายและแนะนำเทคนิคการเลือกรับประทานอาหารด้านภาวะความดันโลหิตสูง (DASH-Diet) โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นถึง ชนิดอาหารที่ควรเลือกรับประทานและรับประทานอาหารเมนูสาธิตตามชนิดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค ใช้เวลา 15 นาที
8. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

### กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติ

### 4. ระยะสิ้นสุดการทดลอง

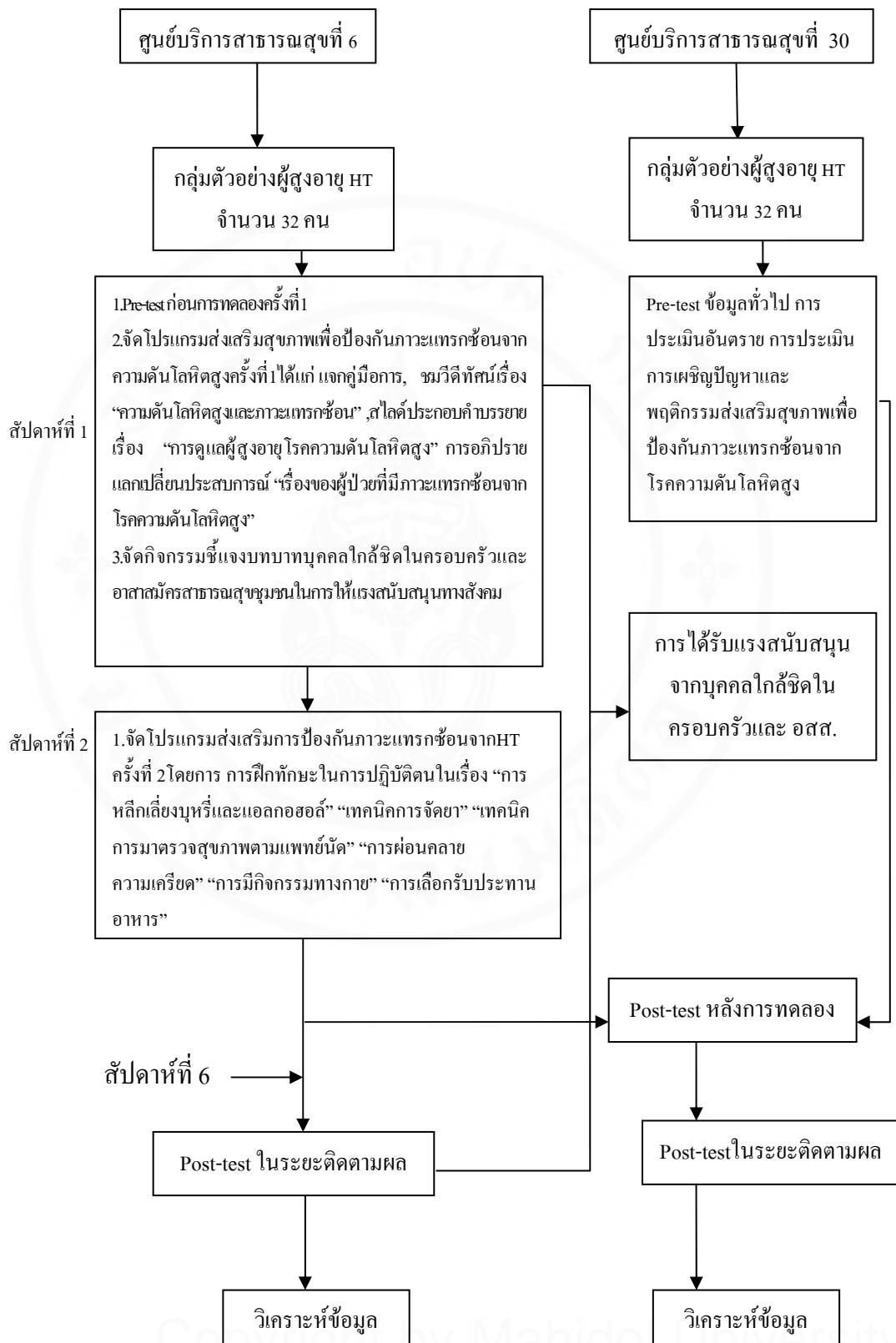
ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยสัมภาษณ์ที่บ้าน ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

### 5. ระยะติดตามผลการทดลอง

5.1 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการดำเนินกิจกรรมแต่ในกลุ่มทดลองจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข จนครบ 4 สัปดาห์

5.2 ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยสัมภาษณ์ที่บ้าน ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง





แผนภูมิที่ 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## ตารางที่ 3.1 สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละตัวแปร

Concept Protection Motivation Theory	Intervention
<p>1.การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>-ชมวีดิทัศน์ “ความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ” และวีดิทัศน์เกี่ยวกับตัวแบบด้านลบที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>-วีดิทัศน์ ตัวแบบด้านลบนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวเองและครอบครัว</p> <p>-กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกและบอกถึงผลกระทบความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง</p>
<p>2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>-สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “ การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” เกี่ยวกับปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคคือ การรับประทานอาหารเค็ม มีความเครียด การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>-กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและคิดทบทวนในพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและให้ข้อมูลย้อนกลับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>-การอภิปรายเรื่องราว ตัวแบบด้านลบที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง</p>
<p>3.การรับรู้ความสามารถตนเอง</p>	<p>-ตัวแบบด้านบวกโดยผู้สูงอายุในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ ที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีได้เล่าถึงวิธีการปฏิบัติตัว ปัญหาและอุปสรรคและประโยชน์ที่ได้รับ</p> <p>-ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในด้านการเลือกรับประทานอาหาร</p>

ตารางที่ 3.1 สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละตัวแปร(ต่อ)

Concept Protection Motivation Theory	Intervention
<p><b>3.การรับรู้ความสามารถตนเอง</b></p>	<p>การฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายแบบถึยัดคนทำที่ไม่เกิดอันตรายในผู้สูงอายุ เช่น ทำโยคะท่าอาวตแหวนเพชร ไท่ จี้ ชี่กง เช่นนี้ อย่างบังแสงส่อง เมฆลาต่อแก้ว เป็นต้น การฝึกทักษะการหายใจผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายความเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การได้รับการพุดช้กุงจากผู้วิจัยเพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่ม</li> <li>-การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยกระตุ้นด้วยคำพุดชมเชยให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและการให้รางวัลจากผู้วิจัย</li> <li>-ให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงระดับความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์</li> </ul>
<p><b>4.การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</li> <li>-การร่วมอภิปรายในประเด็นผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์</li> <li>-การให้กลุ่มตัวอย่างพุดถึงความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป</li> </ul>

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อีก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบแล้ว มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

#### 1. สถิติเชิงพรรณนา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

#### 2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลพึงประสงค์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Paired Simple t-test และควบคุม Type I Error โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลพึงประสงค์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ควบคุม Type I Error โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลพึงประสงค์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated Measure one-way ANOVA

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบวัดสองครั้ง (The pre-test, post-test Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 84.5 ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 64.9 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 70 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 66.1 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 69 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่ คือ ร้อยละ 56.3 และร้อยละ 53.1 สามในสี่ของกลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ประกอบอาชีพ เกินครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 65.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 65.5 และร้อยละ 59.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 2,700 บาทต่อเดือน และในกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 3,736 บาทต่อเดือน ประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 7.0 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 5.3 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 17.9 คะแนน คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=32)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					<b>0.72<sup>a</sup></b>
ชาย	4	12.5	5	15.5	
หญิง	28	87.5	27	84.5	
<b>อายุ</b>					<b>0.62<sup>b</sup></b>
60-63 ปี	10	32.0	5	15.6	
64-66 ปี	11	34.0	11	34.4	
67-70 ปี	11	34.0	16	50.0	
	( X = 64.9 , S.D. = 2.7, Min = 60, Max = 70)		( X = 66.1, S.D. = 2.7, Min = 61, Max = 69)		
<b>สถานภาพสมรส</b>					<b>0.21<sup>a</sup></b>
โสดหม้ายหย่าแยก	14	43.7	15	46.9	
คู่	18	56.3	17	53.1	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<b>0.93<sup>a</sup></b>
ไม่ได้เรียน	6	18.8	9	28.1	
ประถมศึกษา	21	65.5	19	59.4	
มัธยมตอนต้น	2	6.3	2	6.3	
มัธยมตอนปลาย	2	6.3	1	3.1	
ปริญญาตรี	1	3.1	1	3.1	

<sup>a</sup>Chi-square test<sup>b</sup>t-test

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=32)(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อาชีพ</b>					<b>0.41<sup>a</sup></b>
ไม่ได้ทำงาน	24	75.0	21	65.6	
ยังทำงานอยู่	8	25.0	11	34.4	
เกษตรกรกรรม	0	0.0	1	3.1	
ค้าขาย	7	21.9	9	28.2	
รับจ้าง	1	3.1	1	3.1	
<b>รายได้</b>					<b>0.32<sup>a</sup></b>
มีรายได้	20	62.5	16	50.0	
ไม่มีรายได้	12	37.5	16	50.0	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					<b>0.41<sup>a</sup></b>
เหลือเก็บ	1	3.1	1	3.1	
พอใช้	8	25.0	11	34.4	
ไม่พอใช้	22	68.8	20	62.5	
เป็นหนี้	1	3.1	0	0.0	
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>					<b>0.39<sup>a</sup></b>
ไม่สูบ	28	87.5	30	93.7	
สูบ	4	12.5	2	6.3	

<sup>a</sup>Chi-square test<sup>b</sup>t-test

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=32)(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่					0.21 <sup>a</sup>
มี	20	62.5	15	46.9	
ไม่มี	12	37.5	17	53.1	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.17 <sup>a</sup>
ไม่ดื่ม	27	84.4	27	84.4	
เคยดื่ม	4	12.5	1	3.1	
ดื่ม	1	3.1	4	12.5	

<sup>a</sup>Chi-square test<sup>b</sup>t-test

## ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

### 1. การประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

1.1 จำนวนและร้อยละคะแนนการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.2 มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 87.6 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.2 มีการรับรู้ในระดับต่ำ ระยะหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.8 มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 6.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84.4 มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 15.6 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 18.8 มีการรับรู้ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ในระดับสูง และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 81.2 รองลงมา มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8 (ตารางที่ 4.2)

**ตารางที่ 4.2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินอันตราย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3	2	6.2	28	87.6	2	6.2
หลังการทดลอง	30.9	2.1	30	93.8	2	6.2	0	0.0
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	27	84.4	5	15.6	0	0.0
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1	0	0.0	26	81.2	6	18.8
หลังการทดลอง	31.9	0.2	32	100.0	0	0.0	0	0.0
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	26	81.2	6	18.8	0	0.0

## 1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

### 1.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 137.27, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 22.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.3 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 30.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 30.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.394$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

### 1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 438.26, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 22.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 30.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 แสดงให้เห็นว่าในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.003$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

**ตารางที่ 4.3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินอันตราย	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3		
หลังการทดลอง	30.9	2.1	-15.6	<0.001
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3		
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	-10.5	<0.001
หลังการทดลอง	30.9	2.1		
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	0.8	<0.394
<b>F = 137.27 , df = 2 ,30 , p-value&lt;0.001</b>				
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1		
หลังการทดลอง	31.9	0.2	-28.3	<0.001
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1		
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	-16.5	<0.001
หลังการทดลอง	31.9	0.2		
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	3.2	0.003
<b>F = 438.26 , df = 2,30 , p-value&lt;0.001</b>				

## 2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2.1 จำนวนและร้อยละคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 3.1 มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 90.6 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 มีการรับรู้ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ในระดับสูง และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.0 มีการรับรู้ในระดับสูง และร้อยละ 25 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ส่วนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 6.3 มีการรับรู้ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ในระดับสูง และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.9 มีการรับรู้ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 28.1 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4)

**ตารางที่ 4.4** จำนวนและร้อยละคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมิน การเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1	1	3.1	29	90.6	6	6.3
หลังการทดลอง	31.9	0.1	32	100.0	0	0.0	0	0.0
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	24	75.0	8	25.0	0	0.0
<b>การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0	4	12.5	26	81.2	2	6.3
หลังการทดลอง	31.9	0.5	32	100.0	0	0.0	0	0.0
ระยะติดตามผล	29.7	3.6	23	71.9	9	28.1	0	0.0

**2.2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

**2.2.1** การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 390.77, df = 2,30, p\text{-value} < 0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 21.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p\text{-value}<0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 29.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.002$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

## 2.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 142.73$ ,  $df = 2,30$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 22.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.0 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 29.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.6 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.003$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

**ตารางที่ 4.5** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินการเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1		
หลังการทดลอง	31.9	0.1	-28.4	< 0.001
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1		
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	-12.3	< 0.001
หลังการทดลอง	31.9	0.1		
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	3.3	0.002
<b>F = 390.77 , df = 2 ,30, p-value&lt;0.001</b>				
<b>การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0		
หลังการทดลอง	31.9	0.5	-15.6	< 0.001
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0		
ระยะติดตามผล	29.7	3.6	-7.0	< 0.001
หลังการทดลอง	31.9	0.5		
ระยะติดตามผล	29.7	3.6	3.2	0.003
<b>F = 142.73 , df = 2,30 , p-value&lt;0.001</b>				

### 3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

#### 3.1 จำนวนและร้อยละคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 9.3 มีพฤติกรรมในระดับสูง ร้อยละ 71.9 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีพฤติกรรมในระดับสูง และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.8 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 6.2 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1	3	9.3	23	71.9	6	18.8
หลังการทดลอง	66.4	1.9	32	100.0	0	0.0	0	0.0
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	30	93.8	2	6.2	0	0.0

#### 3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 138.77$ ,  $df = 2, 30$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 45.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.1 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 66.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 66.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.3 แสดงให้

เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.942$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

**ตารางที่ 4.7** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ( $n=32$ )

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1		
หลังการทดลอง	66.4	1.9	-16.8	< 0.001
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1		
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	-11.3	< 0.001
หลังการทดลอง	66.4	1.9		
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	0.1	0.942
<b>F = 138.77 , df = 2,30, p-value &lt; 0.001</b>				

#### 4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

4.1 จำนวนและร้อยละคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงอยู่ในระดับสูงและปานกลาง ร้อยละ 6.3 และส่วนใหญ่ร้อยละ 87.4 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.8 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 15.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางดังตารางที่ 4.8

**ตารางที่ 4.8** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล(n=32)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</b>								
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2	2	6.3	2	6.3	28	87.4
หลังการทดลอง	79.2	4.8	31	96.9	1	3.1	0	0.0
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	27	84.8	5	15.2	0	0.0

**4.2เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล**

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 101.26, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 30.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.2 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 79.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 76.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.4 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.082$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

**ตารางที่ 4.9** เปรียบเทียบเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ภายใต้วงศ์ทดลอง ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</b>				
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2		
หลังการทดลอง	79.2	4.8	- 14.3	< 0.001
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2		
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	-13.7	< 0.001
หลังการทดลอง	79.2	4.8		
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	1.8	0.082
<b>F=101.26,df=2,30, p-value &lt;0.001</b>				

### ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

#### 1. การประเมินอันตราย ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

1.1 จำนวนและร้อยละคะแนนการประเมินอันตราย ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.3มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.9 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.2 มีการรับรู้ในระดับสูง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.2 มีการรับรู้ในระดับสูง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 18.8 มีการรับรู้ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.1 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 21.9 มีการรับรู้ในระดับต่ำ และระยะติดตามผลร้อยละ 71.9 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 28.1 มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.10)

**ตารางที่ 4.10** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินอันตราย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.6	0.3	1	3.2	26	81.3	5	15.5
หลังการทดลอง	21.1	0.4	2	6.2	23	71.9	7	21.9
ระยะติดตามผล	21.8	0.3	2	6.2	25	78.3	5	15.5
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.1	0.4	0	0.0	26	81.2	6	18.8
หลังการทดลอง	20.3	0.3	0	0.0	25	78.1	7	21.9
ระยะติดตามผล	20.1	0.4	0	0.0	23	71.9	9	28.1

## 1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

### 1.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 2.75$ ,  $df = 2,30$ ,  $p\text{-value} = 0.480$ ) ในส่วน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 21.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.651$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 แสดงให้เห็นว่า ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.383$ ) เมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.392$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

### 1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 7.68, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.320$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 21.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.492$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผลเท่ากับ 20.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 แสดงให้เห็นว่าระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.393$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.564$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

**ตารางที่ 4.11** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินอันตราย	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	21.6	0.3		
หลังการทดลอง	21.1	0.4	0.2	0.651
ก่อนการทดลอง	21.6	0.3		
ระยะติดตามผล	21.8	0.3	0.8	0.283
หลังการทดลอง	21.1	0.4		
ระยะติดตามผล	21.8	0.3	0.7	0.392
<b>F = 2.75 , df = 2,30 , p-value=0.480</b>				
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	21.1	0.4		
หลังการทดลอง	20.3	0.3	0.6	0.492
ก่อนการทดลอง	21.1	0.4		
ระยะติดตามผล	20.1	0.4	0.7	0.399
หลังการทดลอง	20.3	0.3		
ระยะติดตามผล	20.1	0.4	0.6	0.564
<b>F = 7.68 , df = 2,30 , p-value=0.320</b>				

**2.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล**

2.1 จำนวนและร้อยละคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.3 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.4 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.2 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.1 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 12.5 มีการรับรู้ในระดับต่ำ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.5 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 มีคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.12)

**ตารางที่ 4.12** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินการ เผชิญปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.8	0.3	2	6.2	26	81.3	4	12.5
หลังการทดลอง	22.0	0.3	2	6.2	27	84.4	3	9.4
ระยะติดตามผล	21.3	0.3	2	6.2	24	78.2	6	15.6
<b>การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.8	0.5	3	9.4	25	78.1	4	12.5
หลังการทดลอง	21.3	0.4	4	12.5	20	62.5	8	25.0
ระยะติดตามผล	21.4	0.4	2	6.3	26	81.2	4	12.5

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

### 2.2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 59.34$ ,  $df = 2, 30$ ,  $p\text{-value} = 0.449$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 ซึ่งคะแนนเฉลี่ย

ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.492$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตาม เท่ากับ 21.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.357$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.621$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.13

## 2.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 2.31, df = 2, 30, p\text{-value} = 0.117$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.465$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 21.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.380$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}= 0.662$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.13

**ตารางที่ 4.13** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินการเผชิญปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	21.8	0.3		
หลังการทดลอง	22.0	0.3	0.6	0.492
ก่อนการทดลอง	21.8	0.3		
ระยะติดตามผล	21.3	0.3	0.9	0.357
หลังการทดลอง	22.0	0.3		
ระยะติดตามผล	21.3	0.3	0.3	0.621
<b>F = 59.34 , df = 2,30 , p-value=0.449</b>				
<b>การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	21.8	0.5		
หลังการทดลอง	21.3	0.4	0.6	0.465
ก่อนการทดลอง	21.8	0.5		
ระยะติดตามผล	21.4	0.4	0.9	0.380
หลังการทดลอง	21.3	0.4		
ระยะติดตามผล	21.4	0.4	0.3	0.662
<b>F = 2.30 , df = 2,30 , p-value=0.317</b>				

### 3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

#### 3.1 จำนวนและร้อยละคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 9.3 มีพฤติกรรมในระดับสูง ร้อยละ 71.9 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.0 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.2 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 15.6 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ก่อนการทดลอง	45.2	5.4	3	9.3	23	71.9	6	18.8
หลังการทดลอง	44.9	5.3	2	6.2	24	75.0	6	18.8
ระยะติดตามผล	44.9	4.9	2	6.2	25	78.2	5	15.6

#### 3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 0.684$ ,  $df = 2, 30$ ,  $p\text{-value} = 0.512$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 45.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.4 และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.3 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.357$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะ

ติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 44.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.393$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.942$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.15

**ตารางที่ 4.15** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ( $n=32$ )

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อนการทดลอง	45.2	5.4		
หลังการทดลอง	44.9	5.3	0.9	0.357
ก่อนการทดลอง	45.2	5.4		
ระยะติดตามผล	44.9	4.9	0.8	0.393
หลังการทดลอง	44.9	5.3		
ระยะติดตามผล	44.9	4.9	-0.1	0.942
<b>F=0.68, df 2,30, p-value=0.512</b>				

#### 4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

##### 4.1 จำนวนและร้อยละคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.4 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.4 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ดังตาราง 4.16

**ตารางที่ 4.16** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</b>								
ก่อนการทดลอง	29.9	16.6	2	6.3	2	6.3	28	87.4
หลังการทดลอง	28.6	13.9	2	6.3	1	3.1	29	90.6
ระยะติดตามผล	29.7	15.2	2	6.3	2	6.3	28	87.4

#### 4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $F = 0.22$ ,  $df = 2,30$ ,  $p\text{-value} = 0.802$ ) ในส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.6 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.9 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.720$ ) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผล เท่ากับ 29.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.962$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}= 0.566$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.17

**ตารางที่ 4.17** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัคร  
 สาธารณสุขชุมชน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ  
 ติดตามผล (n=32)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</b>				
ก่อนการทดลอง	29.9	16.6		
หลังการทดลอง	28.6	13.9	0.3	0.720
ก่อนการทดลอง	29.9	16.6		
ระยะติดตามผล	29.7	15.2	0.0	0.962
หลังการทดลอง	28.6	13.9		
ระยะติดตามผล	29.7	15.2	-0.5	0.566
<b>F = 0.22, df 2,30, p-value=0.802</b>				

**ส่วนที่ 4** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และ  
 แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างกลุ่ม  
 ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล

#### 4.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประเมินอันตราย

##### 4.1.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ  
 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 22.5 ส่วนเบี่ยงเบน  
 มาตรฐานเท่ากับ 2.3 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  
 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่าง  
 กันทางสถิติ (p-value = 0.068)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 30.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 30.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.18

#### 4.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 22.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 เมื่อนำไปเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.819$ )

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 30.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล(n=32)

การประเมินอันตราย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3	21.6	0.3	1.8	0.068
หลังการทดลอง	30.9	2.1	21.1	0.4	18.8	<0.001
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	21.8	0.3	12.8	<0.001
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1	21.1	0.4	-0.2	0.819
หลังการทดลอง	31.9	0.2	20.3	0.3	39.1	<0.001
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	20.1	0.4	14.1	<0.001

#### 4.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการประเมินการเผชิญปัญหา

##### 4.2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เท่ากับ 21.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value = 0.542)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 29.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.5 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.19

#### 4.2.2 การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 22.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.0 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.170$ )

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 29.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.19

**ตารางที่ 4.19**เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

การประเมินการ เผชิญปัญหา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1	21.8	0.3	-0.6	0.542
หลังการทดลอง	31.9	0.1	22.0	0.3	27.2	<0.001
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	21.3	0.3	12.4	<0.001
<b>การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0	21.8	0.5	1.4	0.170
หลังการทดลอง	31.9	0.5	21.3	0.4	24.3	<0.001
ระยะติดตามผล	29.7	3.6	21.4	0.4	10.7	<0.001

#### 4.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 45.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.1 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value = 0.848)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 66.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 66.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.3 กลุ่ม

เปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.20

#### 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เท่ากับ 30.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.2 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.6 เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.940$ )

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เท่ากับ 79.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.9 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เท่ากับ 76.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.4 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.20

**ตารางที่ 4.20** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1	45.2	5.4	0.2	0.848
หลังการทดลอง	66.4	1.9	44.9	5.3	21.3	<0.001
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	44.9	4.9	13.5	<0.001
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข</b>						
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2	29.9	16.6	0.1	0.940
หลังการทดลอง	79.2	4.8	28.6	13.9	19.3	<0.001
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	29.7	15.2	15.5	<0.001

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้าน การรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ในกลุ่มผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือน สิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมระยะเวลาศึกษา 6 สัปดาห์ ซึ่งอภิปรายผลดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษานี้ คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) โดยมีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี และ 66.1 ปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ผู้สูงอายุตอนต้น (The young old) คือ ช่วงชีวิตที่เริ่มประสบกับความเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของกลุ่มครอบครัว รายได้ลดลง (Carling, 1999; Hoffman et al., 1988) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรสคู่ คือ ร้อยละ 56.3 และร้อยละ 53.1 ส่วนสถานภาพสมรส โสด/หม้าย /หย่า/ แยก ร้อยละ 43.7 และ ร้อยละ 46.9 โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547: 60) และ Kawamoto R. et al (2005: 157) พบว่า ผู้สูงอายุสถานภาพสมรสคู่หรือมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหนึ่งคนมีแนวโน้มดูแลสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ด้านอารมณ์ที่ต่ำกว่า คือมีกำลังใจสำหรับในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 17.9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ ร้อยละ 75.0, ร้อยละ 65.6 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสภาพร่างกายเริ่มเข้าสู่วัยแห่งความเสื่อม ควรได้รับการพักผ่อน ไม่ควรรับผิดชอบงาน และไม่ควรมีต้องเผชิญกับภาวะเครียด (สุรกุล เจนอบรม, 2534; บรรลุ ศิริพานิช, 2538; สุเมธ ต้นติเวชกุล, 2542) โดยในปัจจุบัน ถือกำหนดเกณฑ์ อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยปลดเกษียณอายุ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) ในด้านรายได้ กลุ่มทดลองไม่มีรายได้ ร้อยละ 62.5 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีรายได้ เช่นกัน คือ ร้อยละ 46.9 ซึ่งทำให้รายได้ไม่พอใช้จ่าย ทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 37.5, ร้อยละ 62.5 สำหรับผู้มีรายได้ นั้น ก็อยู่ในเกณฑ์ขั้นต่ำ คือ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 2,700 บาทต่อเดือน และกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 3,736 บาทต่อเดือน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) เนื่องมาจากต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้าน เศรษฐกิจ การเงิน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ บุตรต้องช่วยเหลือ รับผิดชอบด้านค่าใช้จ่าย และได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลด้านค่าครองชีพของผู้สูงอายุ อย่างน้อยเดือนละ 500 บาทต่อคน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเรือน แก้วกังวาน (2540) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาชั้นประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.6 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 59.4 มีประวัติป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.0 ปีในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 5.3 ปีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยใน กลุ่มทดลอง คือ 152.5/83.2 มิลลิเมตรปรอทมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.6 สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 153.3/90.7 มิลลิเมตรปรอทมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ ระดับความดันโลหิต ของ Joint National Committee (2003) จัดอยู่ในกลุ่ม ผู้ป่วยต้องได้รับยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การ รับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้อง การจัดการ ความเครียด การมีกิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่ (สิริรัตน์ ติลาจรัส, 2550) จากการศึกษา ครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูง เรื่องบุหรี่และแอลกอฮอล์ พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.4 ไม่มี พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับการสูบบุหรี่นั้น ในปัจจุบันกลุ่มทดลองสูบ ร้อยละ 12.5 และในกลุ่มเปรียบเทียบสูบร้อยละ 6.3 แต่พบว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองจากสมาชิกใน ครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีมากถึงร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 46.9 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่ง การได้รับควันบุหรี่นี้ ตามแนวทางการประเมินดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยง หลัก (Major cardiovascular risk factor or CVRF) ที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นที่ต้องให้ คำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548: 432-433)

## ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาภายหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

### สมมุติฐานข้อที่ 1. การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

### สมมุติฐานข้อที่ 2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### 1. การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.6 ส่วนในระยะหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ดีขึ้น คือร้อยละ 93.8 มีการรับรู้ในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผล ร้อยละ 84.4 มีการรับรู้ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.3 ส่วนในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน คือร้อยละ 71.9 และระยะติดตามผล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.3 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยพบว่าทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับปานกลางเท่าเดิม

จากผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากจัด โปรแกรมส่งเสริมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการแปลงเปลี่ยนในรายละเอียด พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในส่วนของผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง 1.) ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตกะทันหันจากเส้นเลือดในสมองแตก 2.) ความดันโลหิตสูงทำให้พิการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตเพราะเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ 3.) โรคอัมพาต หัวใจ โรคไต ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว 4.) โรคอัมพาต หัวใจ โรคไต ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้เป็นภาระของครอบครัว เป็นต้น

ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 137.27, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงคือ 22.5 (S.D.=2.3) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 30.9 (S.D.=2.1) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -15.6, p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะติดตามผล ลดลงเล็กน้อยเป็น 30.2 (S.D.=3.1) มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -10.5, p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งมีแนวคิดหลักเกี่ยวกับการป้องกันโรคโดยการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดถึงปัญหาที่เข้ามาคุกคามในชีวิต สามารถพัฒนาได้จาก การให้ข้อมูลในด้านลบ ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างตามคำแนะนำ จะทำให้เกิดผลร้ายแรงต่อสุขภาพ โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความกลัวในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มากกว่าบุคคลที่มีความกลัวเพียงเล็กน้อย (Boer & Seydel, 1998: 106) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมที่ เน้นการสื่อสาร โน้มน้าวใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่ง

ก่อให้เกิดความกลัว โดยการให้ชมวิดีโอวีดิทัศน์เรื่อง “ความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ” ร่วมกับการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้น โดยการอภิปราย เรื่องความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ผ่านประสบการณ์ตรงจากตัวแบบด้านลบ ที่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกทำให้มีความพิการเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสไลด์ประกอบคำบรรยาย เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยมีผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางการป้องกันร่วมกัน สามารถออกมานำเสนอได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผลการจัดอภิปรายกลุ่ม พบว่า สมาชิกในแต่ละกลุ่มให้ความสนใจ มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งบรรยากาศของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น ร่วมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการตัดสินใจ หาข้อสรุปทำให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหา สามารถจำได้นานและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป (สุรีย์ จันทร โมลิย์, 2527:100-101)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิณา เทียงธรรมและคณะ(2552 :17-18) ศึกษาโปรแกรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้จัดกิจกรรมโดยให้กรณีตัวอย่างดูจากวีดิทัศน์เรื่อง “หลอดเลือดดีชีวิตใส” ถ่ายทอดเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งวิธีดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จิตชนก หัสดี(2542: 131) ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับเรื่องผลความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผ่านเรื่องราวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ความรุนแรงของโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เป็นสื่อในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความกลัว และเห็นภาพที่รุนแรง การอภิปรายให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งวิธีการดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กฤษณา กาญจนพิบูลย์(2544:102) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยให้ดูแผ่นพับและฟังเทปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ทองเจริญ (2544:78) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกันแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเถลิงศิวะ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างชมสไลด์ ประกอบเสียงเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและสไลด์ประกอบเสียงตัวแบบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ส่วนในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับสูงเช่นกัน ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.2 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ระยะหลังการทดลองส่วนใหญ่ ระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง คือร้อยละ 78.1 และระยะติดตามผลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.9 แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 และกลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง (1.) ผู้ที่รับประทานอาหารเค็มบ่อยๆ จะมีโอกาสเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง (2.) การนั่งๆ นอนๆ ไม่มีกิจกรรมทางกาย จะมีโอกาสเกิด โรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง (3.) การดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง (4.) การสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง (5.) การมีความเครียดบ่อยๆเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง (6.) การไม่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตา

เลื่อม ไตวายเรื้อรัง (7.) การไม่ไปตรวจตามนัดเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตา เลื่อม ไตวายเรื้อรังมากขึ้น

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $F=438.26, df=2,30, p\text{-value}<0.001$ ) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงคือ 22.8(S.D.=3.1) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 31.9 (S.D.=0.2) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-28.3, p\text{-value}<0.001$ ) และในระยะติดตามผล ลดลงเล็กน้อยเป็น 30.0 (S.D.=3.3) มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $t=-16.5, p\text{-value}<0.001$ )ในส่วนของ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 22.8 (S.D.=3.1) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.1 (S.D.=0.4)เมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.819$ )หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ31.9 (S.D.=0.2)กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.3 (S.D.=0.3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.0 (S.D.=3.3) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.1 (S.D.=0.4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value}< 0.001$ ) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้น เนื่องจาก การได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึง โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น โดยการทบทวนการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงจากโรค เช่น พฤติกรรมไม่รับประทานยา ไม่ไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีความเครียด ไม่มีกิจกรรมทางกาย รับประทานอาหารที่มีรสเค็มสูงหรือดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสื่อสารให้เห็นถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงขึ้น จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น (Mackay, 1992:30) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่าง เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดย

ให้คู่วิดีทัศน์ตัวแบบด้านลบ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค คือเส้นเลือดในสมองแตก เป็นอัมพาต นำเสนอโดยการสัมภาษณ์ ในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนที่จะรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง แล้วให้อภิปรายโดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกทบทวนในพฤติกรรมที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การไม่มีกิจกรรมทางกาย การไม่รับประทานยารักษาโรค และการไม่ไปตรวจตามนัด เป็นต้นรวมทั้งให้แบบบันทึกระดับความดันโลหิต การวิเคราะห์และประมาณค่าความดันโลหิตในระดับต่างๆ ในกลุ่มมือสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และให้ร่วมกันพิจารณาระบุว่าตนเองมีเกณฑ์ความเสี่ยงระดับใดบ้าง โดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และสมาชิกในครอบครัวสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง เป็นแรงเสริมที่ดีที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น สามารถดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความต้องการที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเนื้อหาความรู้ที่จะนำเสนอ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาตนเอง เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีเหตุผลมากกว่าการทำให้กลัวเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่มีเหตุผล(ศุภวรรณจักรย์ศุภรินทร์, 2544: 123)

สอดคล้องกับการศึกษาของวิณา เทียงธรรมและคณะ(2552:17-18) พบว่าการบรรยาย เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การอภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ทำให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกวี เมฆประดับ (2544: 45) ที่จัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกิจกรรมนี้ทำให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนใจ หมวกแก้ว(2540: 158-159) พบว่าการดูสไลด์ประกอบเสียงคำบรรยาย เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การอภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539:75) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ภายหลังจากกลุ่มทดลองได้คู่มือ วัสดุทัศนเกี่ยวกับ อาการ พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง

ซักถามผู้ป่วย และบันทึกพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุ��ัญญา วงษ์เพ็ง(2542 :74) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร ได้จัดกิจกรรม การวัดและประเมินผลระดับความดันโลหิต การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับเรื่องสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ดีวก่อนจัดกิจกรรม และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.001$ )

### 3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงนั้น ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.6 ส่วนในระยะหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น คือร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผล ร้อยละ 75.0มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.3 ส่วนในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน คือร้อยละ 84.4 และระยะติดตามผล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ78.2 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลางเท่าเดิม

จากผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการจัด โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีขึ้นวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก

ความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value} < 0.001$ )ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น ดังนี้ (1.) สามารถไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง (2.) สามารถรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง (3.) สามารถลดการรับประทานอาหารรสเค็ม (4.) สามารถลดอาหารที่มีไขมันสูง (5.) สามารถหลีกเลี่ยงบุหรี่และเหล้าได้

ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $F = 390.77, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงคือ 21.5(S.D.=2.1) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 31.9 (S.D.=0.1) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -28.4, p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะติดตามผล ลดลงเล็กน้อยเป็น 29.9(S.D.=3.5) มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $t = -12.3, p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยจัดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแบนดูรา (Bandura, 1997) เกี่ยวกับยุทธการพัฒนาศักยภาพของตนเอง 4 ประการ คือ

1.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยให้กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำโดยดูแลสุขภาพอาหารทุกครั้ง และให้รับประทานอาหารเมนูตัวอย่างที่ใช้โซเดียมต่ำกว่า 2.4 กรัม ได้แก่ แกงจืดเต้าหู้ หมูสับ, ต้มยำปลา เป็นต้น การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก การมีกิจกรรมทางกาย แบบไทเก๊ก และฤาษีตัดตน ที่ทำอย่างต่อเนื่อง ทักษะเทคนิคการจดยาและการรับประทานยาที่ถูกต้องโดยจดยาใส่ตลับยา และให้รับประทานยาในช่วงเช้าให้ตรงเวลา เทคนิคการหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์โดยการไม่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่หรือไม่เข้าไปในกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ การเตรียมตัวไปตรวจตามแพทย์นัดด้วยการจำวันที่นัดไว้ในปฏิทินกลางบ้าน การจดบันทึกอาการผิดปกติเพื่อแจ้งแพทย์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับกิจกรรมดังกล่าว มีการฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่รู้สึกได้

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) ใช้ตัวแบบด้านบวกจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมผู้วิจัยเลือกจากการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวในช่วงที่ทำได้ในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค และการมีกิจกรรมทางกาย ที่เคยปฏิบัติได้ เช่น การเดินออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์เครียดของกลุ่มตัวอย่าง การรับประทานยาที่ถูกต้อง ไม่ซื้อยารับประทานเอง ไม่เพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดยาเอง การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ มีการออกมัสะท้อนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura ว่าตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตและตัวแบบที่หลากหลายจะมีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าการใช้ตัวแบบเดิมซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง ความสามารถของตนเองจะเพิ่มขึ้นถ้าพฤติกรรมต้นแบบชัดเจน และเป้าหมายเป็นสิ่งที่สังเกตได้ (Gilber & Sawyer, 2005:55) และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้และทำให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3. การใช้คำพูดชักจูง ชมเชย (Verbal Persuasion) โดยการพูดชักจูงจากผู้วิจัยเพื่อเป็นการแสดงความห่วงใยแก่สมาชิกในกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม และผู้วิจัยได้กล่าวคำพูดชักจูงถึงระดับความสามารถที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อเป็นการตอกย้ำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ว่าตนเองนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จถ้าได้ทดลองปฏิบัติ (Gilber & Sawyer, 2005:55) ซึ่งการชักชวนด้วยวาจาจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเชื่อมโยงการกระทำที่ประสบความสำเร็จกับตัวแบบ

4. การรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลงภายในตัวเอง ( Physiological Factor) โดยการกลุ่มตัวอย่างมาถ่ายทอดประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ภายหลังจากฝึกทักษะที่ประสบความสำเร็จ เช่น การมีกิจกรรมทางกาย ไทเก๊ก ฤาษีตัดคน ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า อารมณ์ดี มีความกระฉับกระเฉง รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงขึ้น การร่วมรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือต่ำกว่า 2.4 กรัม ทำให้รู้สึกว่ารสชาติดี อาหารที่มีกากใย ไขมันต่ำ มีเมนูที่น่ารับประทานและสามารถปรุงรสให้รสชาติดีได้ การจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยการผ่อนคลายใจเข้า-ออก ซ้ำๆ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย แสดงรายละเอียดในการปฏิบัติพฤติกรรม การเอาชนะอุปสรรคที่

เกิดขึ้น เช่น การเลิกพฤติกรรมการเติมน้ำปลาลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูดชมเชย ให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย การให้ของรางวัลเป็นที่ระลึกจากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ตามข้อเสนอแนะของแบนดูรา (Bandura) ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การรู้สึถึงถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง (Physiological Factor) ผู้วิจัยยังเน้นให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จากการอภิปรายกลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ได้เรียนรู้ประสบการณ์จากเพื่อนสมาชิกและได้รับแรงสนับสนุนจากผู้วิจัยโดยการให้กำลังใจและชมเชย เป็นส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนามีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวีณา เทียงธรรมและคณะ (2552:17-18) ที่ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าหลังการได้รับ โปรแกรมการทดลองโดยการให้ตัวแบบด้านบวกโดยผู้สูงอายุสุขภาพดี ตัวแบบจากผู้ป่วยและตัวแบบจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีได้เข้าถึงวิธีการปฏิบัติตัว ปัญหาและอุปสรรค ประโยชน์ที่ได้รับ และกลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการฝึกจัดมื้ออาหาร เทคนิคการเลือกซื้ออาหาร การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การนวดกดจุด การหายใจ เป็นต้น การพูดชักจูงจากตัวแบบเพื่อเป็นการแสดงความห่วงใย การกระตุ้นอารมณ์โดยการพูดคำชมเชย ให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและรางวัลจากผู้วิจัย การให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงระดับความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา เนียมโกตะ(2552: 70) ที่ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จากการใช้ความรู้และฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารและตัดอาหาร การเลือกวิธีการออกกำลังกาย การดูแลเท้า ฝึกคิดเมนูอาหารและคำนวณปริมาณตามสัดส่วน อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว มีคู่มือฉบับที่ด้านการปฏิบัติตัว ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ อภัสริน มะโน (2554:66) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน

การป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร ได้จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย โดยการอภิปราย เสนอความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจัดกิจกรรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุภา เลาหพจนานถ (2544:108) ได้ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรม โดยให้กลุ่มเล่าถึงการปฏิบัติเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการบริหารความเครียด โดยใช้ตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง ได้พูดคุยถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น โดยให้แรงเสริมโดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ หลังจัดกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2542: 77) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี ภายหลังจากจัดกิจกรรม “ตัดสินใจชีวิตปลอดภัย” โดยอภิปรายถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และพฤติกรรมใดควรงด ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ภายหลังจากจัดกิจกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงนั้น ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.2 ส่วนในระยะหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ดีขึ้น คือร้อยละ 100.0 มีการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผลร้อยละ 71.9มีการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1ส่วนในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน คือร้อยละ 62.5 และระยะติดตามผล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.2 มี

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในระดับปานกลางเท่าเดิม

จากผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนน การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น เช่น (1.) การไปพบหมอตตามนัดได้ทุกครั้ง จะทำให้ไม่เป็นโรคอื่น ๆ อีก (2.) การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตจะทำให้ระดับความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ (3.) การไม่ดื่ม น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยวหรือเกลือป่น จะทำให้ควบคุมระดับความดันได้ (4.) การหลีกเลี่ยงอาหารมัน ๆ ทอด ๆ จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (5.) การออกกำลังกายจะทำให้ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (6.) การผ่อนคลายความเครียด ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 142.73, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงคือ 22.7 (S.D.=3.0) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 31.9 (S.D.=0.5) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -15.6, p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะติดตามผล ลดลงเล็กน้อยเป็น 29.7 (S.D.=3.6) มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -7.0, p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เน้นถึงการ

พัฒนาการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ตัวแบบด้านบวก เล่าประสบการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคและวิธีการแก้ไข เมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สม่าเสมอ จะมีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นอย่างไร เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี ดังการศึกษาของ Beck และLund (1981อ้างใน Mackay, 1992 : 34-35) พบว่า การคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์สูง ต่อการยอมรับและการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลเห็นว่ามิประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันการรักษาสุขภาพของบุคคล การเพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และหาแนวทางการปฏิบัติตัวที่ยั่งยืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงความคาดหวังและสิ่งที่ภาคภูมิใจที่ตนเองปฏิบัติได้ และสิ่งที่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไปในอนาคต ( Boer & Seydel, 1998) ที่พบว่า การให้ข้อมูลที่แสดงให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูงจะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ต่ำ ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวินา เทียงธรรมและคณะ (2552:17-18) ที่ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าการนำกระบวนการกลุ่มร่วมกับการอภิปรายแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา ทองหยอด (2543:97) พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้วิจัยได้ทำให้เกิดการรับรู้การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองอย่างไร เกิดกำลังใจ ความมั่นใจในตนเองและเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรนรร ธรรมวิจิตรกุล (2553:87) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยแกนนำกลุ่มเพื่อนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิง โดย

การกระตุ้นให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นหลังการทดลองส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนสูงมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อนุชา นิลอยู่ (2542:72) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี การจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองอย่างที่ดีจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจากตัวแบบโดยตรง ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่ามีพฤติกรรมที่ดี จะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยอย่างไร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ อภัสริน มะโน (2554: 66) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร ภายหลังจากจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างแล้วถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผ่านมาในเรื่องการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ในด้านประสิทธิผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งใน ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

### 5.พฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ พฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.9 ส่วนในระยะหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดีขึ้น คือร้อยละ 100.0 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผลร้อยละ 93.8มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.9 ส่วนในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน คือร้อยละ 75.0 และระยะติดตามผล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.2 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในระดับปานกลางเท่าเดิม

จากผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตาม

สมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นทุกประเด็น เช่น (1.) งดรับประทานอาหารไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือปนลงในอาหาร (2.) ไม่หยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง (3.) ไม่เพิ่ม-ลดจำนวนเม็ดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ (4.) ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (5.) มีกิจกรรมทางกายที่ต่อเนื่องวันละ 30-40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (6.) หลีกเลี่ยงอารมณ์เครียด โดยหากิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบน

ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 138.77, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงคือ 45.5 (S.D.=6.1) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 66.4 (S.D.=1.9) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -16.8, p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะติดตามผล 66.3 (S.D.=7.3) มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -11.3, p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ดีและถูกต้องในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่และเหล้า ถ้าปฏิบัติตามแล้วได้ประโยชน์อย่างไร ทำได้อย่างไรได้ดูแลตัวเองด้านบวกที่มีลักษณะคล้ายคลึงตนเอง การมีประสบการณ์ตรงจากการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เมื่อประเมินดูทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งเบคและลันด์ (Beck & Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992:34-35) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความคาดหวังในความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชยและการให้กำลังใจ ร่วมกับการใช้เอกสารแผ่นพับและการ์ดเตือนเป็นระยะเป็นแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลื่อมทอง (2553:120) ศึกษาผลของการประยุกต์ ทัศนคติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ พบว่า การได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ฝึกทักษะการ ปฏิบัติตน กิจกรรมสร้างเสริมสมรรถนะ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เทียงธรรมและคณะ (2552:17-18) ที่ศึกษา โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าการ จัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ทัศนคติแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดย มีการเน้นการสร้างกระบวนการรับรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะ สร้างประสบการณ์ตรง และการ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณจรรย์สุกรินทร์(2544: 91) ศึกษาการประยุกต์ทัศนคติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรง สนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน โดยจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการเลือกประเภท อาหารและปริมาณ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การย่ำเตือนเรื่อง การมาตรวจตามนัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภัสริน มะโน(2554:64) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทัศนคติแรงจูงใจในการ ป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขต กรุงเทพมหานคร โดยได้รับโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูง โดยเน้นเรื่องการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย การเรียนรู้จากบุคคลที่มีประสบการณ์ การสาธิต การฝึกทักษะ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2541:79) ได้ศึกษาการประยุกต์ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี โดยจัด กิจกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงสอดคล้องกับ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life Style Modification) ของสถาบันสุขภาพร่วม

แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC7,2003) ทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดหรือเลิกบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นวิธีที่สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดผลได้

#### 6.แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนนั้น ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 87.4 ส่วนในระยะหลังการทดลองมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น คือร้อยละ 96.9 อยู่ในระดับสูง ส่วนในระยะติดตามผลร้อยละ 84.8มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 87.4 ส่วนในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน คือร้อยละ 90.6 และระยะติดตามผล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.4 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเท่าเดิม

จากผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียด พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพิ่มมากขึ้นเกือบทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น (1.) ครอบครัวเตรียมอาหารที่ไม่มีรสเค็มจัด (2.) คนในครอบครัวช่วยจัดยาหรือดูแลให้รับประทานยาอย่างถูกต้อง (3.) ครอบครัวคอยเตือนความจำเมื่อต้องถึงเวลาไปตรวจตามนัด (4.) คนในครอบครัวสอบถามอาการผิดปกติ (5.) อาสาสมัครสาธารณสุขมาคอยช่วยวัดความดันโลหิตให้ที่บ้าน

ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 101.26, df = 2, 30, p\text{-value} < 0.001$ ) จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน คือ  $30.2 (S.D.=16.2)$  หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น  $79.2 (S.D.=4.8)$  มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-14.3, p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะติดตามผล  $76.2 (S.D.=7.4)$  มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-13.7, p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมเกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ดีขึ้นในเรื่องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่ และแอลกอฮอล์ ทำให้การปฏิบัติมีความต่อเนื่องยิ่งขึ้นมากขึ้น เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุน 4 ด้าน (House, 2001: 273-274) คือ 1. ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) โดยการให้กำลังใจ ชื่นชม ให้ความรักเคารพ 2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า (Appraisal support) โดยการประเมินผลการปฏิบัติ จดบันทึก สะท้อนผลการปฏิบัติวัดระดับความดันโลหิต 3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) จากการให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้คำปรึกษา 4. แรงสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrument support) จากการช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ เช่น รองเท้า เสื้อผ้าชุดกีฬา เตรียมอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค จัดยา พาไปพบแพทย์ พาไปออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่ (2542:133) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี พบว่าการจัดกิจกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา เทียงธรรมและคณะ (2552:17-18) ที่ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า การจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างทัศนคติในความสามารถตนเอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ หมวกแก้ว (2540:109) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี ภายหลังจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกระบวนการกลุ่ม การกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่า มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิภาวรรณจรรย์ศุภกรินทร์ (2544: 92) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน โดยจัดโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพใจ ประเมินเสียงคำบรรยาย การเสนอตัวแบบ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การตั้งเป้าหมาย การสาธิต การฝึกทักษะรายบุคคล และการให้แรงสนับสนุนของญาติ มีผลช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภัสริน มะโน (2554: 115) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร โดยการจัดกิจกรรมเน้น เรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เสริมสร้างความคิดใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมแก่ชายวัยกลางคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จุดเน้นของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การเน้นให้บุคคลประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ โดยกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างดู วิดีทัศน์ “สัญญาณอันตราย โรคความดันโลหิตสูง” ที่ทำให้เห็นว่าหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ เกิดความพิการ วิถีทัศน์เกี่ยวกับเรื่อง ตัวแบบด้านลบ เพื่อให้เห็นถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้และการอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการประเมินการเผชิญปัญหา 4 ด้านของเบนคูรา ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้ตัวแบบ(vicarious experience)การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว(verbal persuasion) การกระตุ้นทางอารมณ์(physiological and affective state) เช่น การให้คำชมเชย การติดตามการปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความสามารถตนเอง และเกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ และ

เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดพฤติกรรมขึ้น โดยนำแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (2001:273-274) 4 ด้าน คือ 1.แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2. แรงสนับสนุนทางการประเมินคุณค่า (Appraisal support) 3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 4. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrument support) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการให้คำแนะนำการให้แรงสนับสนุนแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างถูกต้อง จากกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเชื่อมโยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน สิงหาคม – กันยายน 2555 รวมระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด 6 สัปดาห์

กิจกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่จัดขึ้นมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินกิจกรรมโดยทำให้ความรู้และฝึกทักษะ ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การสังเกตตัวแบบ ด้านบวก ด้านลบ ผ่านสื่อ วัสดุทัศน การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและการฝึกปฏิบัติ การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และแจกคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อกลับไปทบทวนที่บ้านและแบบบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด โดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวตลอดการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามการปฏิบัติตัว

ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน หลังจากเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square , Pair t-test ,Independent t-test และ Repeated Measure one-way ANOVA โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและควบคุม

Type I Error โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016 ซึ่งสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะของการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 84.5) อายุเฉลี่ย 64.9 ปี ในกลุ่มทดลอง และ 66.1 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.3 และร้อยละ 53.1) ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 65.6) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0 และร้อยละ 65.6) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 50.0) ผู้มีรายได้เฉลี่ย 2,700 บาท ในกลุ่มทดลองและ 3,736 บาท ต่อเดือนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.0 ปี ในกลุ่มทดลอง และเฉลี่ย 5.3 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 17.9 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

### 2. ผลที่ได้จากการจัดกิจกรรม

จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำ การวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. ด้านโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ได้ยาก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เคยชินและปฏิบัติมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ต้องมีการ ปฏิบัติอย่างจริงจังและได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จึงจะ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งในด้าน การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้ เหมาะสมกับสภาวะโรค ด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ด้านการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และ แอลกอฮอล์ การไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล ของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขต กรุงเทพมหานคร ที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กลวิธีที่ หลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมถึงตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

### จุดเด่นของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

1.ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อ บังชี้ให้เห็นชัดเจนถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2. การนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการดำเนินงานในชุมชนร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการนำสมาชิกในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มาเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ สัมพันธภาพที่ดีและเป็นผู้ส่งเสริม บทบาทการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัวและชุมชน

## การประยุกต์ใช้หรือการนำไปโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

1. ระดับปฐมภูมิในชุมชน สามารถปรับเปลี่ยน โดยการฝึกฝนทักษะของตนเองให้มีความสามารถในการจัดกิจกรรมแต่ละด้านตามความเหมาะสมของทรัพยากรที่มีอยู่ เนื่องจากอาจมีข้อจำกัดในส่วนของการไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพแต่ละด้าน

2. ระดับทุติยภูมิในคลินิก มีความเหมาะสมและความพร้อมทั้งในด้านสถานที่ ทรัพยากรบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แต่การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนอาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถเข้าร่วมได้

3. สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคลักษณะนี้ ไปประยุกต์ใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องใช้ความต่อเนื่องในการรักษาและดูแลสุขภาพ อาจมีความท้อแท้เบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนกระทั่งเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนเกิดเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม

### 2. ด้านวิธีการ

2.1 การใช้ตัวแบบต้นฉบับ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแรงเสริมที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น ดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความต้องการที่จะตอบสนอง

2.2 การนำไปโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การจัดกิจกรรมควรเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนซักถาม แสดงความคิดเห็น ร่วมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาพร้อมกันและฝึกทักษะปฏิบัติ มีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้ดี

2.3 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นเตือนด้วย คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ระดับความดันโลหิต การประเมินอาการผิดปกติจากโรค และประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัว โดยคู่มือนอกจากจะเป็นการกระตุ้นเตือนที่ดีแล้วยังทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มเติมด้วย การกระตุ้นโดยสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่ออกเยี่ยมวัดความดันโลหิตและบันทึกในคู่มือ ช่วงระยะติดตามผล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น

## ข้อจำกัดของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

1. กิจกรรมทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง บางด้านคือ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ อาจต้องจัดแยกกลุ่มให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เนื่องจากภายในกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สูบบุหรี่ บางคนสูบบุหรี่ และบางคนดื่มแอลกอฮอล์ บางคนไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะให้มีความเฉพาะเจาะจงที่เหมาะสมกับบุคคล

2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีการปฏิบัติตัวหลายด้าน ดังนั้นกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างต้องครอบคลุมถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มากที่สุด ข้อพึงระวังคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรเตรียมกิจกรรมที่สามารถให้ผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของตนเอง เช่น ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะโรค ด้านการผ่อนคลายความเครียด

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยขั้นตอนการติดตามและประเมินความคงทนของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป ในด้านพฤติกรรม ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมมารตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์

2. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีปัจจัยส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตหลายปัจจัย ดังนั้นกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง จึงมีความหลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคให้มากที่สุด แต่มีข้อพึงระวังคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในเรื่องความจำ เกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายได้ง่าย ดังนั้นกิจกรรมที่ให้จึงควรมีการพูดคุยและให้สมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนร่วมกันกระตุ้นย้ำ และจัดเวลาให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมนั้นจริงๆ

3. การจัดโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมระหว่างจัดกิจกรรมและขณะติดตามผล โดยประเมินผลผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และถูกต้อง ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

เขตกรุงเทพมหานคร

HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR COMPLICATIONS PREVENTION  
AMONG THE ELDERLY WITH HYPERTENSION IN BANGKOK METROPOLITAN

พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ 5237521 PPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิชา เทียงธรรม, ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข), อาจารย์  
เผ่าวัฒนา, Ph.D.(Nursing), สุธรรม นันทมงคลชัย, ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

## บทสรุปแบบสมบูรณ

### ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ในประเทศไทยมีอัตราป่วยมากที่สุดของโรคเรื้อรัง โดยร้อยละ 56 อยู่ในกลุ่มของผู้สูงอายุ และอัตราเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคสูงถึง ร้อยละ 28.96 ถือเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (คณะกรรมการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, 2549) ภาวะโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดขึ้นตามวัยจากความเสื่อมโดยธรรมชาติและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ คือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคอัมพาตและโรคหลอดเลือด (Joint Nation Committee, 2003: 2) ในเขตกรุงเทพมหานครพบอัตราป่วยจำนวน 1,524.37 ต่อประชากรแสนคน และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลช่วงปีพ.ศ.2551-2553 จำนวน 355,691 , 416,242 , 434,930 คน ตามลำดับ โดยอัตราความชุกพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 (ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ สำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2552) โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ คือ ความพิการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนงา เมื่อน่าย จิตใจไม่สงบ มีภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546:162; ปิยนุช รักพาณิชย์, 2549; วารี กังใจ, 2541:13; วันดี โภคะกุล, 2544:323) ผลกระทบต่อครอบครัวคือ เกิดภาวะพึ่งพา มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและสูญเสียรายได้ ทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ต้องมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ การปรับสภาพแวดล้อมของบ้าน การปรุง

อาหารที่ตรงเหมาะสมกับโรค การเตรียมสมาชิกเพื่อนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด หรือมีการจ้างผู้ดูแลแทน (ยูพาพิณศิริ โพธิ์งามและคณะ, 2542)

สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ความวิตกกังวล เครียดและความไม่สบายใจที่มีอยู่เสมอ การรับประทานยาไม่ถูกต้องและการไม่ไปตรวจตามนัด จึงทำให้ล้มเหลวต่อการรักษา ทำให้ควบคุมภาวะความดันโลหิตไม่ได้(เสาวนีย์ ศรีศิริกุลและคณะ, 2542) การเกิดอุปสรรคต่างๆในผู้สูงอายุมีได้หลายปัจจัยดังนี้ การรับประทานยาเกิดจากมีความบกพร่องในการมองเห็น จึงทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วนถูกต้อง (ชิตติมาศ ทอมเทศและคณะ, 2544) การรับประทานยาของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพในช่องปากและฟัน ปัญหาที่พบคือ ฟันร่วนหลุดหรือฟันผุ ต่อมน์น้ำลายทำงานลดลง สารเคลือบฟันบางลง ทำให้ฟันแตกหักง่าย การบดเคี้ยวภายในปากเป็นไปได้ไม่ดี ต้องใช้ฟันปลอม ความสามารถในการรับประทานผักผลไม้ลดลง มีข้อจำกัดในชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน รับประทานอาหารที่มีกากใยได้ลดลง เกิดปัญหาท้องผูก ในด้านการทำงานของต่อมรับรสลดลง จะทำให้การรับรสชาติลดลง มีปัญหาเรื่องการปรุงรส โดยเฉพาะรสชาติอาหารหวานเค็ม (กุลยา นาคสวัสดิ์ และอังสนา บุญธรรม, 2546; วินัส ลิพิทกุล, 2541; นิตยา ไกรวงศ์, 2536) ด้านการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น มีแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของลำไส้ลดลง น้ำในไขข้อลดลง ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ปวดข้อทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆช้าลง ทำให้ขาดความต่อเนื่องและไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกาย ขาดความคล่องแคล่ว (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: Chun-Ying Chiang and Fan-Ko Sun, 2009; 240) จากปัญหาทั้งหมดนี้จึงควรมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(Protective Motivation Theory) เน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้การสื่อสารกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทำให้มีผลต่อความคิด ทักษะคิด แบบแผนพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม(Bridel et.al., 2006) โดยองค์ประกอบของทฤษฎี มีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภทคือ 1.) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2.) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความสามารถตนเองและการรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อที่พยายามจะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเน้นในระดับบุคคล ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้บุคคลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามการรับรู้อันตรายจากโรคและความสามารถในการเผชิญปัญหาซึ่งในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เหงา ในระดับสูง โดยภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า ที่นำไปสู่ภาวะความผิดปกติทางจิต

หรือเกิดการเจ็บป่วยทางกาย ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากพบว่า ความสัมพันธ์ที่แนบแน่นระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูง ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นที่รัก มีคุณค่า สามารถส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดคือ ครอบครัว รองลงมา คือ กลุ่มเพื่อน (Antonucci et al. และ Bowling อ้างใน วิมา เที่ยงธรรม, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

พยาบาลสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ให้บริการทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (well-being) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน ด้านความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด แบบแผนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมานความพิการ ลดภาวะพึ่งพิงและอัตราตายของผู้ป่วยในชุมชนได้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทย เป็นสมาชิกคนหนึ่งนในครอบครัว ซึ่งเป็นระบบเครือญาติ การที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน จะช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะเป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือนเพื่อดูแลสุขภาพ เป็นการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (เดือนใจ หมวกแก้ว, 2540; อนุชา นิลอยู่, 2540; วิทยาธรรม จรรย์ศุภรินทร์, 2544) ผู้วิจัยจึงได้สนใจนำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยคาดหวังว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมห้ดังกล่าวจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนในด้านการรับรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด แบบแผนพฤติกรรมและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไปในทางที่พึงประสงค์ได้

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

## สมมุติฐานของการวิจัย

### สมมุติฐานข้อที่ 1. การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีคะแนน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

### สมมุติฐานข้อที่ 2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research design)แบบวัดสองครั้ง(The pre-test, post-test Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และวัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

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

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ชายหญิงวัยสูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในงานวิจัยของกวี วัฒนประดับ (2544) ได้ค่า Effect size เท่ากับ 0.80

เปิดตารางได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และ Power เท่ากับ 0.08 (Power analysis) (Glass ,1976) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 28 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547: 210-212) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัย คือ ชายหญิงที่มีอายุ 60-70ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสารและสามารถเข้าใจภาษาไทย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140 /90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยนับจากครั้งหลังสุดเป็นต้นไป ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอันตราย เช่น อัมพาต จอประสาทตาเสื่อม โรคหัวใจ และไตวายเรื้อรัง เป็นต้น หรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้และต้องการออกจากโครงการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุด จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

**ส่วนที่ 2** การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**ส่วนที่ 3** การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อและเชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**ส่วนที่ 4** การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**ส่วนที่ 5** การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อและเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**ส่วนที่ 6** พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อและเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

**ส่วนที่ 7** การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมี  
ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4  
ระดับ

เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3  
ท่านและทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา  
จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล ดังนี้ การรับรู้  
ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน = 0.81 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค = 0.87  
การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง = 0.85 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์  
ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง = 0.85 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความ  
ดันโลหิตสูง = 0.86 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน = 0.97

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน  
จากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

สำหรับการเก็บข้อมูล ดำเนินการดังนี้ ในกลุ่มทดลองทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลัง  
สิ้นสุดการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับ  
คำแนะนำการดูแลสุขภาพตามปกติของศูนย์บริการสาธารณสุข และกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม  
ส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ๆละครั้ง ซึ่ง  
กิจกรรมประกอบด้วย

**สัปดาห์ที่ 1** กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจาก  
โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา  
ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยเริ่มกลุ่มตัวอย่าง ชมวิดีโอทัศน์และตัวแบบด้านลบ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน  
จากความดันโลหิตสูง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แขน ขา อ่อนแรง ใส่สายยางให้อาหาร ช่วยเหลือ  
ตัวเองไม่ได้ และการใช้สไลด์ นำเสนอประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและญาติ  
จัดการอภิปรายกลุ่มถึงปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากร่างกายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม  
ตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 2 แผนกิจกรรมการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและ  
อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทและวิธีการให้แรงสนับสนุนทาง  
สังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในกิจกรรมนี้ประมาณ 45 นาที คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ เช่น  
การให้กำลังใจทั้งคำพูดและการแสดงออกการกระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดความพยายามและมีความอดทนต่อการ  
มีกิจกรรมทางกาย การคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ  
การมอบคู่มือสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่อง ความดันโลหิตสูง

อาหารด้านความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และ พืชภัยเหล่า บุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสนับสนุนทางด้านเวลา เช่น การพาไปพบแพทย์ตามนัด

**สัปดาห์ที่ 2**กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการมีพฤติกรรม และการสร้างพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร(DASH Diet) และแนะนำเทคนิคการจัดยาเพื่อรับประทานอย่างถูกต้องและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้และสาธิตในเรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการกำหนดลมหายใจและอภิปรายโดยใช้แผ่นพับเกี่ยวกับแนวทางการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่และฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสถานะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนด้วยตนเอง

**ระยะติดตามผลทั้งหมด** ทั้งหมด 4 สัปดาห์ เป็นช่วงไม่มีกิจกรรมใดๆ เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรม ในระหว่างนี้มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

## ข้อคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่MUPH2012-138)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน เลขคณิต ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย สถิติ Independent t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ(Repeated Measure one-way ANOVA)โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ0.016

## ผลการศึกษา

### ลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 84.4) อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน 64.9 ปี และ 66.1 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คือร้อยละ 56.3 และคู่ร้อยละ 53.1 ทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ ร้อยละ 75.0 และร้อยละ 65.6 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.6 และ ร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 46.9 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ใกล้เคียงกันคือในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2,700 บาทต่อเดือน และในกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 3,736 บาท ต่อเดือน ทั้งสองกลุ่มมีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.0 ปี และเฉลี่ย 5.3 ปี และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ 17.9 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p$ -value  $>0.05$ )

### ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษาภายในกลุ่มทดลอง

คะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด มีคะแนนในระดับสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.4 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.9 มีคะแนนในระดับสูง และระยะติดตามผล ร้อยละ 84.8 มีคะแนนในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

### ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างจากก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $<0.016$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้

ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.016$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

### ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.016$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการป้องกัน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=32)

ตัวแปรที่ศึกษา	X̄	S.D.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ความรุนแรง</b>								
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3	2	6.2	28	87.6	2	6.2
หลังการทดลอง	30.9	2.1	30	93.8	2	6.2	0	0
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	27	84.4	5	15.6	0	0
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>								
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1	0	0	26	81.2	6	18.8
หลังการทดลอง	31.9	0.2	32	100	0	0	0	0
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	26	81.2	6	18.8	0	0
<b>การรับรู้ความสามารถตนเอง</b>								
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1	1	3.1	29	90.6	6	6.3
หลังการทดลอง	31.9	0.1	32	100	0	0	0	0
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	24	75	8	25	0	0
<b>การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ</b>								
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0	4	12.5	26	81.2	2	6.3
หลังการทดลอง	31.9	0.5	32	100	0	0	0	0
ระยะติดตามผล	29.7	3.6	23	71.9	9	28.1	0	0
<b>พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>								
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1	3	9.3	23	71.9	6	18.8
หลังการทดลอง	66.4	1.9	32	100	0	0	0	0
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	30	93.8	2	6.2	0	0
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2	2	6.3	2	6.3	28	87.4
หลังการทดลอง	79.2	4.8	31	96.9	1	3.1	0	0
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	27	84.8	5	15.2	0	0

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความสามารถตนเองการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแรงสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง (n=32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	ระยะติดตามผล $\bar{X}$ (SD)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน	22.5(2.3)	30.9(2.1)	30.2(3.1)
	<b>F= 137.27 , df=2,30 p-value&lt;0.001</b>		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน	22.8(3.1)	31.9(0.2)	30.0(3.3)
	<b>F= 438.26 , df=2,30 p-value&lt;0.001</b>		
การรับรู้ความสามารถตนเอง	21.5(2.1)	31.9(0.1)	29.9(3.5)
	<b>F= 390.77 , df=2,30 p-value&lt;0.001</b>		
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรม	22.7(3.0)	31.9(0.5)	29.7(3.6)
	<b>F= 142.73 , df=2,30 p-value&lt;0.001</b>		
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	45.5(6.1)	66.4(1.9)	66.3(7.3)
	<b>F= 138.77 , df=2,30 p-value&lt;0.001</b>		
แรงสนับสนุนทางสังคม	30.2(16.2)	79.2(4.8)	76.2(7.4)
	<b>F= 101.26 , df=2, 30 p-value&lt;0.001</b>		

**ตารางที่ 3**เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความสามารถตนเองการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแรงสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง (n=32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	ระยะติดตามผล $\bar{X}$ (SD)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน	21.6(0.3)	21.1(0.4)	21.8(0.3)
	<b>F= 2.75 , df=2, 30, p-value=0.080</b>		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน	21.1(0.4)	22.0(0.3)	20.1(0.4)
	<b>F= 57.68 , df=2, 30, p-value=0.220</b>		
การรับรู้ความสามารถตนเอง	21.8(0.3)	22.0(0.3)	21.3(0.3)
	<b>F= 59.34 , df=2,30, p-value=0.149</b>		
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรม	21.8(0.5)	21.3(0.4)	21.4(0.4)
	<b>F= 2.30 , df=2,30, p-value=0.117</b>		
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	45.2(5.4)	44.9(5.3)	44.9(4.9)
	<b>F= 0.68 , df=2,30, p-value=0.512</b>		
แรงสนับสนุนทางสังคม	29.9(16.6)	28.6(13.9)	29.7(15.2)
	<b>F= 0.22 , df=2,30, p-value=0.802</b>		

ตารางที่ 4เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล(n=32)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value (one-tailed)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน</b>						
ก่อนการทดลอง	22.5	2.3	21.6	0.3	1.8	0.068*
หลังการทดลอง	30.9	2.1	21.1	0.4	18.8	<0.001
ระยะติดตามผล	30.2	3.1	21.8	0.3	12.8	<0.001
<b>การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน</b>						
ก่อนการทดลอง	22.8	3.1	21.1	0.4	-0.2	0.819*
หลังการทดลอง	31.9	0.2	20.3	0.3	39.1	<0.001
ระยะติดตามผล	30.0	3.3	20.1	0.4	14.1	<0.001
<b>การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมป้องกัน</b>						
ก่อนการทดลอง	21.5	2.1	21.8	0.3	-0.6	0.542*
หลังการทดลอง	31.9	0.1	22.0	0.3	27.2	<0.001
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	21.3	0.3	12.4	<0.001
<b>การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์</b>						
ก่อนการทดลอง	22.7	3.0	21.8	0.5	1.4	0.170*
หลังการทดลอง	31.9	0.5	21.3	0.4	24.3	<0.001
ระยะติดตามผล	29.9	3.5	21.4	0.4	10.7	<0.001
<b>พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
ก่อนการทดลอง	45.5	6.1	45.2	5.4	0.2	0.848*
หลังการทดลอง	66.4	1.9	44.9	5.3	21.3	<0.001
ระยะติดตามผล	66.3	7.3	44.9	4.9	13.5	<0.001
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>						
ก่อนการทดลอง	30.2	16.2	29.9	16.6	0.1	0.940*
หลังการทดลอง	79.2	4.8	28.6	13.9	19.3	<0.001
ระยะติดตามผล	76.2	7.4	29.7	15.2	15.5	<0.001

## อภิปรายผล

### การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อก่อให้เกิดความกลัวโดยให้กลุ่มทดลองได้ ชมวีดิทัศน์ เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย ของโรคความดันโลหิตสูง” การกระตุ้นหรือปลุกเร้าด้วยการบรรยายจากผู้วิจัย การใช้ตัวแบบด้านลบนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้นในระยะติดตามพบว่า มีคะแนนลดลง เกิดได้จากความสามารถในการลงจุดเน้น การให้น้ำหนักเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในระยะติดตามผลอาจจำเป็นต้องเพิ่มการลงจุดเน้นในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากความสนใจในเนื้อหาของกลุ่มทดลองอาจแตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วนของผลกระทบ ที่กลุ่มทดลองอาจมองว่ายังเป็นเรื่องไกลตัวทำให้การรับรู้ในส่วนนี้ลดลง ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้โดยการค้นพบของ บรูเนอร์ (Bruner อ้างใน สร้อยยมโนรา, 2550: 126) ได้กล่าว มนุษย์จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้ขึ้นกับความใส่ใจของผู้เรียนและความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมา เที่ยงธรรมและคณะ, (2552:17-18); จิตชนก หัสดี, (2542: 131); กฤษณา กาญจนพิบูลย์, (2544:102); วิภาวรรณ ทองเจริญ, (2544:78) ที่พบว่า การใช้สื่อในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความกลัวและเห็นภาพที่รุนแรง การใช้ตัวแบบด้านลบที่เสียชีวิตหรือพิการจากโรคนั้นและการอภิปรายกลุ่มและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคดีขึ้น

### การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้บันทึกระดับความดันโลหิตการวิเคราะห์และประมาณค่าความดันโลหิตในระดับต่างๆ คู่มือสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และให้ร่วมกันพิจารณาระบุว่าตนเองมีเกณฑ์ความเสี่ยงระดับใดบ้าง โดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และสมาชิกใน

ครอบครัวสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง เป็นแรงเสริมที่ดีที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้น สามารถดึงดูดความสนใจให้กลุ่มทดลองเกิดความต้องการที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเนื้อหาความรู้ที่จะนำเสนอโดยการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงจากโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง เช่น พฤติกรรมไม่รับประทานยา ไม่ไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีความเครียด ไม่มีกิจกรรมทางกาย รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสื่อสารให้เห็นถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงขึ้น จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น (Mackay, 1992:30) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุสุวรรณ จรรย์สุภกรินทร์, (2544: 123); วิณา เทียงธรรมและคณะ, (2552: 17-18); กวีเมฆประประดับ, (2544: 112); เตือนใจ หมวกแก้ว, (2540: 158-159); พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, (2539:75); สุขัญญา วงษ์เพ็ง, (2542: 74) พบว่า การใช้สื่อ เช่น การดูสไลด์ การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น

### การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมต่างๆซึ่งสอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของเบนดูรา (Bandura) เกี่ยวกับวิธีพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองไว้ 4 วิธี คือ (1) การจัดประสบการณ์ตรงโดยการฝึกทักษะและทดลองปฏิบัติทั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การมีกิจกรรมทางกาย เทคนิคการจัดยาและการรับประทานยาที่ถูกต้อง เทคนิคการหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ (2) การใช้ตัวแบบด้านบวกโดยผู้สูงอายุสุขภาพดีจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องซึ่งตามแนวคิดของ Bandura ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันกับผู้สังเกตและตัวแบบที่หลากหลายของบุคคลมีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้ตัวแบบบุคคลเดี่ยวๆ ความสามารถแห่งตนจะเพิ่มขึ้นถ้าพฤติกรรมต้นแบบชัดเจน และเป้าหมายเป็นสิ่งที่สังเกตได้ (Gilber & Sawyer, 2000: 55) และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และทำให้เกิดประโยชน์ต่อ (3) การได้รับการพุดช้จูงจากผู้วิจัยถึงระดับความสามารถที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ ซึ่ง กิลเบอร์ และซอร์เยอร์ (Gilber & Sawyer, 2000: 55) กล่าวว่า การชักชวนด้วยวาจาจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเชื่อมโยงการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยคำพูดชมเชย ให้

กำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและการให้รางวัลจากผู้วิจัย ตลอดจนระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของวิมา เที่ยงธรรมและคณะ (2552:17-18); จันทิมา เนียมโกะ(2552: 70); อภัสริน มะโน (2554: 115); จารุภา เลาหพจนานถ (2544: 108); จิตชนก หัสดี (2542: 77) พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรม โดยให้กลุ่มเล่าถึงการปฏิบัติเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการบริหารความเครียด โดยใช้ตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง ได้พูดคุยถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น โดยให้แรงเสริมโดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ หลังจัดกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### **การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง**

การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากกลุ่มทดลองให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ตัวแบบด้านบวก เล่าประสบการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคและวิธีการแก้ไข เมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สม่ำเสมอ จะมีผลต่อการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างไร เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี ดังการศึกษาของ แมดดักซ์ และโรเจอร์ (Maddux & Rogers อ้างใน Boer & Seydel, 1998 : 95-96) การเพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการอธิบายกลุ่มเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และหาแนวทางการปฏิบัติตัวที่ยั่งยืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยถึงความคาดหวังและสิ่งที่ภาคภูมิใจที่ตนเองปฏิบัติได้ และสิ่งที่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไปในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมา เที่ยงธรรมและคณะ, (2552: 17-18); ขนิษฐา ทองหยอด (2543: 97) ; อรนรร ธรรมวิจิตรกุล (2553:87) ; อนุชา นิลอยู่ (2542:72) ; อภัสริน มะโน (2554: 66) พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผ่านมาในเรื่องการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ในด้านประสิทธิผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

### พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมีพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่และเหล้า ถ้าปฏิบัติตามแล้วได้ประโยชน์อย่างไร ทำได้อย่างไร ได้ดูแลตัวเองด้านบวกที่มีลักษณะคล้ายคลึงตนเอง การมีประสบการณ์ตรงจากการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เมื่อประเมินดูทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่ง เบคและลันด์ (Beck & Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992:34-35) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความคาดหวังในความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำนอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนจาก การกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชยและการให้กำลังใจ ร่วมกับการใช้ออกสารแผ่นพับและการคัดเตือนเป็นระยะเป็นแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง (2553:120); วิณาเที่ยงธรรมและคณะ (2552:17-18); วิจารณ์ จรรย์สุกรินทร์ (2544: 91); อภิสริน มะโน (2554: 66); จิตชนก หัสดี (2541: 79) พบว่า โดยจัดกิจกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนพบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ดีกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ดีขึ้นในเรื่องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่และเหล้า ทำให้การปฏิบัติมีความต่อเนื่องยิ่งขึ้นมากขึ้น เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุน 4 ด้าน (House, 2001:273-274) คือ 1. ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) โดยการชื่นชม สอบถามอาการ 2. แรงสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrument support) จากการช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ เช่น รองเท้า เสื้อผ้าชุดกีฬา พาไปพบแพทย์ พาไปออกกำลังกาย 3. แรง

สนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) จากการใช้ข้อมูล คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แรงสนับสนุน 4. แรงสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal support) โดยการประเมินผลการปฏิบัติ จุดบันทึก สะท้อนผลการปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาที่ยังกรรมและคณะ (2552:17-18); เตือนใจ หมวกแก้ว (2540: 109); วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์ (2544: 92); อภัสริน มะโน (2554: 115) พบว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดโปรแกรม ประกอบด้วย การดูแลโรคภัยไข้เจ็บ การบรรยาย การเสนอตัวแบบ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การตั้งเป้าหมาย การสาธิต การฝึกทักษะรายบุคคล และการให้แรงสนับสนุนของญาติ มีผลช่วยให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยได้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การจัดกิจกรรมควรใช้กลุ่มขนาดเล็ก เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนซักถาม แสดงความคิดเห็นและฝึกทักษะปฏิบัติ

2. สามารถนำแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมาประยุกต์ใช้สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรม ความสามารถ กำลังใจ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน ให้เข้าใจเป็นแนวเดียวกันอย่างถูกต้อง มีช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ยั่งยืนเป็นวิธีการที่เหมาะสม ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่องได้

3. สามารถนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องใช้ความต่อเนื่องในการรักษาและดูแลสุขภาพ อาจมีความท้อแท้เบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนกระทั่งเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนเกิดเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยขั้นตอนการติดตามและประเมินความคงทนของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในเรื่องความจำ เกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายได้ง่าย ดังนั้นกิจกรรมที่ให้จึงควรสร้างความสนุกสนาน สร้างความรู้สึกร่วมกัน มีเกมหรือกิจกรรมที่ให้ความรู้และให้สมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนร่วมกันกระตุ้นย้ำ ไม่สร้างความตึงเครียดจนเกินไปและควรจัดกิจกรรมที่มีความหนักเบาของเนื้อหาสลับกันไปและจัดเวลาให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมนั้นจริงๆ
3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก จะยังมีข้อจำกัดในเรื่องความสนใจและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชน มีความสำคัญในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน
4. ในการจัดในผู้สูงอายุ ในแต่ละครั้งระยะเวลาต้องไม่นานเกินไปแต่ต้องให้มีความต่อเนื่องทั้งในระหว่างจัดกิจกรรมและขณะติดตามผล โดยสามารถให้ผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัวหรือชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และช่วยเหลือเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดตามสภาพความเสื่อมของร่างกายตามวัย

HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR COMPLICATIONS PREVENTION  
AMONG THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

PANIDNUN WONGSUWAN 5237521 PPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WEENA THAINGTHAM, Dr .P.H. (PUBLIC  
HEALTH NURSING), ARPAPORN POWWATTANA, Ph.D.,(NURSING), SUTHAM  
NANTHAMONGKOLCHAI ,Ph.D. (DEMOGRAPHY)

## EXTENDED SUMMARY

### Background and rationale of the study

Recently, hypertension has gradually increased in Thailand. It was found 56 percent of elder people. This disease also leads to complications with 28.96 percents which is the third popular diseases in Thailand (Health System Research Institute, Bureau of Policy and Strategy , 2009). Hypertension occurs following the age of people and leads to other diseases such as heart attack, stroke, renal failure, and age-related macular Degeneration (Joint Nation Committee, 2003:2). In addition, the hypertension was found in Thai people approximately 1,524.37 per 100,000 people. These people also had the risk of complications. The patients were in a hospital between 2008 and 2010, with 355,691, 416,242, and 434,930 relatively. Specifically, these rates were found 50 percent in elder patients.

Also, hypertension has an effect on elderly people, especially leading to disability and stress. Not only does this disease have an effect to a patient, but also this leads to an effect to a family of a patient. This is because this problem leads to increasing the cost for taking care those patients. This also changes the role of the family members such as separating more duties to all members, preparing more foods, and providing people in taking care patients (Siripongam Y. et al.,1999).

Moreover, causes of complications result from hypertension. There are many factors which lead to being this disease, particularly the behavior of consuming, lacking of exercise, getting stress, misunderstanding to take the medicine, and missing an appointment with a doctor, including

lacking taking a rest. These factors lead to effects on patients in taking care themselves, especially controlling the blood pressure.

Specifically, elderly people often have an effect after taking medicine in their optics. Therefore, this issue leads them to avoid in taking their medicines. Moreover, the previous study indicated that the oral health is a problem as well (Sitiragul S. et al.,1999 ). Particularly, the study demonstrates that most oral problems are related to decayed teeth, losing their teeth and enamel for protecting their teeth. Therefore, these factors also pose problems to elderly patients in chewing and eating, especially fruits and hard foods. This leads to the difficulty to eat those foods and decreased eating the fiber foods. Therefore, patients need to use the fake teeth for eating. This also leads to limitations in eating fiber foods which pose the digestion problem. Moreover, taste bud in elderly people is low effective which affect the taste sensation, especially sweet and salty taste (Thomted T. and Petrong N., 2001). Physical activity is another problem which affects the muscle system and skeleton. This is because calcium is decayed from skeleton. This also leads to decrease the ability of absorption in an intestine. In addition, the level of mynovial is decreased which leads to fracture and artistic. These factors have effects to elderly patients in doing their activities, especially moving their body (Nagsawat G. and Boonthum A., 2003; Leehagul W., 1998; Griwong N., 1993 ). Therefore, from previous studied indicated that supporting health care in elderly people is very import.

Protective motivation theory indicates that communication has an effect on changing behavior and attitudes of patients (Thongjaren W., 2002; Chun-Ying Chiang and Fan-Ko Sun 2009; 240 ). In addition, this theory focuses on two main types of sensational processes, including Threat Appraisal and Coping Appraisal. These two types focus on the sensation and outcome of action in order to avoid the danger which leads to changing behavior in the proper way. The protective motivation theory is also focused on individual level.

Moreover, this theory is able to be applied to patients in adjusting their behaviors and understand the harmful effects of diseases, especially elderly groups. This is because most elderly people face challenges and feel lonely which cause the mental and physical illness. Therefore, this study seeks to indicate that social support is the crucial factor to help the elder people. This is because the relationship between family member and elderly people will help those elderly people still have love and support them to have good health. Not only does a family have influence to encourage the elderly people to have a good health, but also their friends (Mongkeaw T., 1997; Nilur A., 1997; Junsuparin W., 2001). Therefore, this study focuses on the idea of having family and voluntary support cooperate with the protective motivation theory.

Therefore, public health nursing plays an important role not only supporting protecting, but also recovering people to get well-being. Specially, chronic patients need to be supported for their health. This will leads them to adjust their attitudes, behaviors, and beliefs, which help them, protect complications and reduce the suffering from disability. This also reduces the rates of patients in communities.

## **Research objectives**

To evaluate the effectiveness of Health promotion program for complications prevention among the elderly with hypertension in Bangkok metropolitan.

## **Research hypothesis**

### **hypothesis 1. Within experimental group comparison**

After the program period and follow-up period in the experimental group revealed a significant higher level of mean scores regarding perceived severity of hypertension and its complications, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy, hypertension preventive complications behaviors and social Support from health volunteer and relatives family compared to pre-experimental period.

### **hypothesis 2. Between Experimental group and Comparison group**

After the program period and follow-up period in the experimental group revealed a significant higher level of mean scores regarding perceived severity of hypertension and its complications, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy, hypertension preventive complications behaviors and social Support from health volunteer and relatives family the score measured experimental group mean score was found to be significantly higher than comparison group .

## **Research methodology**

A quasi- experimental method was used in this study with two 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 male and females, elderly with hypertension in Bangkok metropolitan

The sample size was computed by score meanshypertension preventive complications behaviors. In a study of Magpradam G. (2000) by employing the principle of power analysis, with the Alpha value of 0.05, the effect size was 0.08 and the power was 0.08 (Glass, 1976 cited Srisatidnaragool B., 2005:210-212). Through this computation process, the sample size was 28, For lose in during intervention period. Increasing 20 percent, the experimental group and the comparison group was to 32.

The reference population was composed of both males and females, aged 60-70 years, Thai nationality. They are must to live in Bangkok, understand Thai language, Present illness is hypertension by doctor diagnosis and they are have blood pressure 140/90 mmHg up 2 times per last mount, no complications from hypertension for example, cardiovascular disease, cerebrovascular disease, kidney failure, retiopathy etc. or other dangerous diseases or their weren't able to participate in this program.

## Research instruments

### 1. Data collecting instrument

The instrument was the questionnaire developed from theory and related research, the questionnaire was divided into 7 parts.

**Part 1:** Personal information questionnaire including age, sex, income, education level, family income per month, level of blood pressure, number of family, and score of Barthel Activity of Daily Living :ADL.

**Part 2:** Perceived Severity of the Disease and Complications. Influences questionnaire including 8 questions. These have positive items and were 4-level rating scale.

**Part 3:** Perceived Vulnerability of Getting Hypertension and Complications. Influences questionnaire including 8 questions. These have items including 5 positive questions and 3 negative questions were 4-level rating scale.

**Part 4:** Perceived Self-Efficacy to Perform Behavior for Preventing Complications of Hypertension. Influences questionnaire including 8 questions. These have items including 8 positive questions and were 4-level rating scale.

**Part5:** Perceived Response Efficacy of Performing Behavior for Preventing Complications of Hypertension .Influences questionnaire including 8 questions. These have items including 8 positive questions and were 4-level rating scale.

**Part6:** Complications of 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 follow-up and monitoring blood pressure .Influences questionnaire including 17 questions. These have items including 8 positive questions and 9 negative questions were 4-level rating scale.

**Part7:** Social Support from Health Volunteer and Relatives Family. Influences questionnaire including 20 questions. These have items including 20 positive questions and were 4-level rating scale.

This tool was tested for content validity by 3 experts and the developed questionnaires were tried out with 30 pregnant elderly who had similar characteristics to the sample group to test for the reliability using Alpha Cronbach coefficient. The reliability of Perceived Severity of the Disease and Complications questionnaire = 0.81, Perceived Vulnerability of Getting Hypertension and Complications questionnaire = 0.87 and Perceived Self-Efficacy to Perform Behavior for Preventing Complications of Hypertension questionnaire = 0.85, Perceived Response Efficacy of Performing Behavior for Preventing Complications of Hypertension = 0.85, Complications of Hypertension Preventive Behavior questionnaire = 0.86, Social Support from Health Volunteer and Relatives Family = 0.97

## **2. The Instrument Used for the Experimentation.**

The research procedure was 2 weeks for the intervention period and 4 weeks for follow up sum 6 weeks for study. Both group received traditional health education on hypertension, but the experimental group received an additional Health promotion program for complications prevention amongs the elderly with hypertension in Bangkok provided by the researcher. This intervention program included:

Week 1: The activities of this week were targeted at discovering perceived severity and vulnerability of hypertension spent time 1 hour 30 minute. Start to interview experimental group and record subject complete the risk assessment form and view video tape and slides about the complications of hypertension patients suffering complications from hypertension. For example cerebrovascular disease have weak at arm or leg, on naso-gastric tube for feeding, self care deficits.

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 activities involving the training program for the family members of the sampled subject 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 , Response Efficacy of Performing Health and Health behavior promotion. The activities were organized around providing knowledge about selects the foods (DASH-Diet). Technical skill preparing take the medicine. Continue follow-up and monitoring blood pressure, physical exercise, stress management, avoidance of alcoholic beverages and avoidance of cigarette smoking,

Follow-up Period: This period spanned 4 weeks with no organized activities. This period was designated for the study of the sustainability of the subject's behaviors. Helpful reminders were sent as printed materials about hypertension and complications hypertension preventive behaviors. Social support was provided by members of family and public health volunteers.

## **Right Protection of The Sample**

This study was approved by Research Ethics Committee for Human Subjects from Faculty of Public health, Mahidol university (MU 2012-138)

## **Data analysis**

This data was analyzed by using statistical analysis such as percentage, mean, standard deviation, comparison of the average score within the experimental group and the comparison group by paired t-test, comparison of the average score between the experimental group and the comparison group by independent t-test and comparison of the average score within the experimental group and the comparison group before-after the experimentation and during the follow-up period by repeated measure one-way ANOVA.

## Research results

### Demographic data

The experimental group and control group are women, with 87.5 percent and 84.4 percent relatively. The averages of the ages in the both groups are between the 64.9 years old and 66.1 years old. The statuses of the samples are married in the both groups, with 56.3 percent and 53.1 percent relatively. Moreover, samples in these two groups are wife house, with 75.0 percent and 65.6 percent. The educational levels of the samples are in the elementary school with 65.5percent. Most samples of the study are no income, with 62.5 percent in the experimental group and 46.9 percent in the control group. The experimental group has income per a month average 2,700 Baht while the controlling group has income per a month average 3,736 Baht. The averages of hypotension history are in the experimental and controlling group with 7 years and 5.3 years relatively. Also, the score of Barthel Activities of Daily Living (ADL) in these two groups are equal with 17.9

### Comparisons of number and percent of variable within the experimental group

This study found that the scores of perceived severity, perceived risk, perceived self-efficacy, perceived response efficacy of performing behavior, health behavior promotion form complications prevention hypertension. The pre-experimental ,score is moderately level .In post-experimental and follow-up periods was higher level than the pre-experimental score. and social Support from health volunteer and relatives family The pre-experimental ,score have 87.4 percent. It is low level .In post-experimental, score have 96.9 percent and follow-up periods score have 84.8 percent were higher level (Table 1)

### Comparisons of the Average Score of variable within the experimental group and the comparison group

**1. within the experimental :** Results of the experimentation at the after period and follow-up period revealed a significant higher level of mean scores regarding perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy of performing behavior, health behavior promotion form complications prevention hypertension, and social Support from health volunteer and relatives family compared to before the experimentation (p-value < 0.016) (Table 2)

**2.within the comparison group:** Results of the experimentation at the after period and follow-up period revealed a no significant difference of the mean scores regarding perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy of performing behavior, health behavior promotion form complications prevention hypertension, and social Support from health volunteer and relatives family compared to before the experimentation (p-value < 0.016) (Table 3)

**Comparisons of the Average Score of variable between the experimental group and the comparison group**

Results of the experimentation at the after period and follow-up period revealed a significant higher level of mean scores regarding perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy of performing behavior, health behavior promotion form complications prevention hypertension, and social Support from health volunteer and relatives family compared to the comparison group (p-value < 0.016)(Table 4)

**Table 1** Number, Percentage, Mean and Standard deviation scores of perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy of performing behavior, health behavior promotion form complications prevention hypertension and social Support from health volunteer within the experimental group in pre-experimental, post-experimental and follow-up periods(n=32)

variable	$\bar{X}$	S.D.	High		Moderation		Low	
			number	percent	number	percent	number	percent
<b>Perceived severity</b>								
Before	22.5	2.3	2	6.2	28	87.6	2	6.2
After	30.9	2.1	30	93.8	2	6.2	0	0
Follow-up	30.2	3.1	27	84.4	5	15.6	0	0
<b>Perceived vulnerability</b>								
Before	22.8	3.1	0	0	26	81.2	6	18.8
After	31.9	0.2	32	100	0	0	0	0
Follow-up	30.0	3.3	26	81.2	6	18.8	0	0
<b>Perceived self-efficacy</b>								
Before	21.5	2.1	1	3.1	29	90.6	6	6.3
After	31.9	0.1	32	100	0	0	0	0
Follow-up	29.9	3.5	24	75	8	25	0	0
<b>Perceived Response-efficacy</b>								
Before	22.7	3.0	4	12.5	26	81.2	2	6.3
After	31.9	0.5	32	100	0	0	0	0
Follow-up	29.7	3.6	23	71.9	9	28.1	0	0
<b>Health Protective Behavior</b>								
Before	45.5	6.1	3	9.3	23	71.9	6	18.8
After	66.4	1.9	32	100	0	0	0	0
Follow-up	66.3	7.3	30	93.8	2	6.2	0	0
<b>Social support</b>								
Before	30.2	16.2	2	6.3	2	6.3	28	87.4
After	79.2	4.8	31	96.9	1	3.1	0	0
Follow-up	76.2	7.4	27	84.8	5	15.2	0	0

**Table 2** Comparison of the mean scores regarding threat appraisal , coping appraisal, and hypertension preventive behavior within the experimental group , before the experimental, after the experimentation, and during the follow-up period (n=32)

variable	Before $\bar{X}$ (SD)	After $\bar{X}$ (SD)	Follow-up $\bar{X}$ (SD)
Perceived Severity of Hypertension's Complications	22.5(2.3)	30.9(2.1)	30.2(3.1)
	<b>F= 137.27 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		
Perceived vulnerability of Hypertension's Complications	22.8(3.1)	31.9(0.2)	30.0(3.3)
	<b>F= 438.26 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		
Perceived Self-Efficacy	21.5(2.1)	31.9(0.1)	29.9(3.5)
	<b>F= 390.77 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		
Perceived Response-Efficacy	22.7(3.0)	31.9(0.5)	29.7(3.6)
	<b>F= 142.73 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		
Health Protective Behavior	45.5(6.1)	66.4(1.9)	66.3(7.3)
	<b>F= 138.77 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		
Social support	30.2(16.2)	79.2(4.8)	76.2(7.4)
	<b>F= 101.26 , df=2,30, p-value&lt;0.001</b>		

**Table 3** Comparison of the mean scores regarding threat appraisal , coping appraisal, and hypertension preventive behavior within the comparison group , before the experimental, after the experimentation, and during the follow-up period (n=32)

variable	Before — X (SD)	After — X(SD)	Follow-up — X(SD)
Perceived Severity of Hypertension's Complications	21.6(0.3)	21.1(0.4)	21.8(0.3)
	<b>F= 2.75 , df=2,30, p-value=0.080</b>		
Perceived vulnerability of Hypertension's Complications	21.1(0.4)	22.0(0.3)	20.1(0.4)
	<b>F= 57.68 , df=2,30, p-value=0.220</b>		
Perceived Self-Efficacy	21.8(0.3)	22.0(0.3)	21.3(0.3)
	<b>F= 59.34 , df=2,30, p-value=0.149</b>		
Perceived Response-Efficacy	21.8(0.5)	21.3(0.4)	21.4(0.4)
	<b>F= 2.30 , df=2,30, p-value=0.117</b>		
Health Protective Behavior	45.2(5.4)	44.9(5.3)	44.9(4.9)
	<b>F= 0.68 , df=2,30, p-value=0.512</b>		
Social support	29.9(16.6)	28.6(13.9)	29.7(15.2)
	<b>F= 0.22 , df=2,30, p-value=0.802</b>		

**Table 4** Comparison of the mean scores regarding threat appraisal, coping appraisal, hypertension preventive behavior and social support between the experimental group and the comparison group, before the experimentation, after the experimentation, and during the follow-up period (n=32)

variable	Experiment gr.		Comparison gr.		t	p-value (one-tailed)
	X	S.D.	X	S.D.		
<b>Perceived Severity of Hypertension's Complications</b>						
Before	22.5	2.3	21.6	0.3	1.8	0.068*
After	30.9	2.1	21.1	0.4	18.8	<0.001
Follow-up	30.2	3.1	21.8	0.3	12.8	<0.001
<b>Perceived vulnerability of Hypertension's Complications</b>						
Before	22.8	3.1	21.1	0.4	-0.2	0.819*
After	31.9	0.2	20.3	0.3	39.1	<0.001
Follow-up	30.0	3.3	20.1	0.4	14.1	<0.001
<b>Perceived Response-Efficacy</b>						
Before	21.5	2.1	21.8	0.3	-0.6	0.542*
After	31.9	0.1	22.0	0.3	27.2	<0.001
Follow-up	29.9	3.5	21.3	0.3	12.4	<0.001
<b>Perceived Response-Efficacy</b>						
Before	22.7	3.0	21.8	0.5	1.4	0.170*
After	31.9	0.5	21.3	0.4	24.3	<0.001
Follow-up	29.9	3.5	21.4	0.4	10.7	<0.001
<b>Health Protective Behavior</b>						
Before	45.5	6.1	45.2	5.4	0.2	0.848*
After	66.4	1.9	44.9	5.3	21.3	<0.001
Follow-up	66.3	7.3	44.9	4.9	13.5	<0.001
<b>Social support</b>						
Before	30.2	16.2	29.9	16.6	0.1	0.940*
After	79.2	4.8	28.6	13.9	19.3	<0.001
Follow-up	76.2	7.4	29.7	15.2	15.5	<0.001

## 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 communication to encourage the sample to perceive the dangers and severity of hypertension and its complication that, arousing fear of hypertension. Therapeutic activities included the following: the showing video tapes entitled “Health Blood vessels for Vitality and Hypertension” 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 personal 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 interest on the content 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 Thiangtham W. (2009:17-18); Hussadee J. (1999:131); Kangjanapibool K. (2001:102); Thongjaren V.(2001: 78) that result found 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 Complications Hypertension**

It was found that after the experimentation and during the follow-up period the mean score of perceived vulnerability of the complications hypertension among the experimental group was significantly higher than the mean score measured before the experimentation and within the comparison group ( $p$ -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. Besides the respondent 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 and encouragement by using the positive message will increase the recipients response toward the behavior and performance of compliant behavior. (Mackay, 1992:30) This research finding was congruent with the studies of Junsuparin S., (2544: 123); Thiangtham W. (2009:17-18); Makpradab K.,(2001: 112);Mongkeaw T.,(1997: 158-159);Jongsuwitwutwoong P., (1996:75); Wongpeng S.,(1997:74) who found that dissemination of information, participation in small group discussion, have made the respondent 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 ( $p$ -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 , follow-up to the doctor, drug administration , avoid cigarette and stop drinking and 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 reward by the researcher whenever she participated in the activities. This finding concurred with the studies carried out by ThiangthamW. (2009:17-18); Neumpoka J. (2009:70); Mano A. (2010: 115); Loapodnat J. (2001: 108); Husdee J. (2002: 77) demonstrating that the organizing of direct experience (vicarious experience), using the models and small group discussion were effective in developing respondent' 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 consist 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 role 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 Thiangtham W. et.al. (2009:17-18); Thongyod K .(2000: 97) ; Thummavijitgul O. (2010: 87); Nilyood A. (2001: 72); Mano A. ( 2010: 115) small group discussion were effective in developing respondent' perceived response efficacy, encouraging them to follow the recommendations correctly, leading them to solve their own problems including being able to assess their own response efficacy after performing the compliant behaviors and receiving health benefits.

### **Health behavior promotion form complications prevention hypertension**

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-value < 0.001) The researcher infers this consequence to be due to the benefits of the experimental group's participation in the complications of 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, follow-up to the doctor, and drug administration. The respondents have perceived the benefits of performing healthy behaviors as well as the proper performance of those behaviors. The exposure of respondent 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.

### **Social Support from health volunteer and relatives family**

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-value < 0.001). 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 respondent to continue

hypertension preventive behavior. 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.

## **Recommendations**

### **Implementations of the study**

1. The program can be applied to adjust attitudes and behaviors in elder patients who have the hypertension especially, the case of patients who cannot control their blood pressure level. Therefore, activities should be in small group in order to give opportunity for every participant to ask and discuss about their health problems.

2. The program can be supported from the family members and public health volunteers in communities. This will help elder patients adjust their beliefs, attitudes, and behaviors in the right way. Particularly, this will also encourage elder patients understand the right way that they can continually take care themselves when the live with family and community

3. Also, this program can be applied to the other patients who have the similar health problems, especially diabetes patient group. This is because patients in this group cannot control the level of sugar. Moreover, this also includes the patients who have the kidney chronic. They need to get treated their health continually as well. Moreover, the study finds that these patients in diabetes and kidney chronic feel bored and suffer from their diseases. Therefore, these issues lead to effects on their health and behaviors. These results may also lead to the complications and the challenges for family member later.

## Future Research

1. This study conducted within 6 month. Therefore, this leads researcher to find the change of the result in the basic level. So, the next research should follow up and evaluate in the behavior of complications which results from hypertension in elder patient in case the long run.

2. The samples of this study were focused on the elder patients, so this study had limitation of their memory. This is because they felt bored and tired for answering. Therefore, the next research should provide activities in order to encourage these elder patients to feel relax in participating the program. Also, the researcher should communicate with their member and community because this communication will encourage their family members and community to help these patients. This will help reduce the tension in elder patients, and the activities should also be various and proper for these patients.

3. The criteria for selecting the samples are very important. This study found that the samples of the study were elderly. Also, they have the challenges of their movement. Therefore, the family members played an important role in supporting them, including people in communities. This is because this supporting will help elder patients understand the way to protect themselves from the complications continually.

4. Activities for elder participants should be not long, but activities should be provided while participation in programs and after programs. Moreover, this focuses on the family member and the community supports these patients in order to help the elder patients who have the limitation of their moments.

## บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2546).  
เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2554. สืบค้นจาก  
[http://www.oppo.opp.go.th/info/pororborTH\\_46-2-53.pdf](http://www.oppo.opp.go.th/info/pororborTH_46-2-53.pdf).
- กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคระบาดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ  
วันที่ 18 ตุลาคม 2554 . สืบค้นจาก [http:// www. Pcpathumthani.com](http://www.Pcpathumthani.com).
- กวี เหมประดับ. (2544). ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน  
ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิ่งดาว ชูอาภัย. (2548) .ผลของการออกกำลังกายแบบไท จี่ ซึ่งก่ต่อความดันโลหิตและการใช้ยาในผู้สูงอายุ  
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุลยา นาคสวัสดิ์ และ อังสนา บุญธรรม. (2546). สภาวะสุขภาพในช่องปาก และผลกระทบต่อ  
ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 33(1), 58-63.
- เกศชา เพชรทอง. (2549). การสนับสนุนทางสังคม: ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุตอนกลางที่มี  
ความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). การดูแลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: มิตรสัมพันธ์กราฟิเคอาร์ท.
- โกวิทย์ บุญมีพงษ์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการ  
ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานในสถานประกอบการ การ  
ผลิต ผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะ  
ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ. (2549). *ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ*. เอกสารประกอบการประชุม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค : นนทบุรี.
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เยาวชนผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2554, สืบค้นจาก [http://www.oppo.opp.go.th/older\\_data/webpages/workoppo](http://www.oppo.opp.go.th/older_data/webpages/workoppo).
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร. (2550). *คู่มือสำหรับการประเมินผลการพัฒนาระบบป้องกัน การเสียชีวิตและพิการจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: พี บี.ฟอเรนบู๊คเซนเตอร์*.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). *โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยา ศรีดามา(บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (หน้า162-187).
- จันทิมา เนียมโกตะ. (2552). *โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิรา หอมวิจิตรกุล. (2541) . *ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภारณ. (บรรณาธิการ). (2543). *รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- จารุภา เลาหพจนารถ. (2544). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จิตชนก หัสดี. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 . ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ดำรง กิจกุล. (2540). คู่มือการออกกำลังกาย .พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ฐิติมา อินทร์เนตร, อาภาพร เผ่าวัฒนา และปาหนัน พิษยภิญโญ.(2554). การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.41(1), 5-16.
- เดือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดิมาศ ทอมเทศและนงนุช เพ็ชรรั้วง. ( 2544). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 5(3), 269-279.
- นิตยา ไกรวงศ์. (2536). บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาขวัญ กระจ่างพันธ์, และปิยฉวี สหประชาพัฒน์. (2545). การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุ ของผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1,2,และ3 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). ผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- \_\_\_\_\_. (2538). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อินเทอร์เน็ต-เพอร์นิตติ้ง.

- บุญชู เหลื่อมทอง. (2553). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาขารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาลัยมหิดล.
- เบญจยามาศ พิลายนต์ .(2552). ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาขารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). การจัดระดับคะแนนเป็นตัวอักษร.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช. 26-27.
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. สารนิพนธ์หลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรัดณี ศรีกัน. (2546). ผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยนุช รักพาณิชย์.(2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัวการทบทวนความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน.นนทบุรี: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยนุช เสาวภาคย์.(2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ สำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2552). รายงานประจำปีด้านสุขภาพปี 2551-2553 กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักแพทย์.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาขารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ .(2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พีระ บูรณกิจเจริญ. (2550). *ความดันโลหิตสูงทันยุค*: งานการศึกษาต่อเนื่องสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา ปิ่นราชันนท์. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- มุกดา ต้นชัย. (2546). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติของหัวใจและการไหลเวียนเลือด. *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11-15*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 167.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชวิฒนะ และ สมฤดี สิทธิมงคล. (2542). *ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล*. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 3(3), 251-265.
- ยุภาพร นาคกลิ่ง, ทศนีย์ รวีวรกุล และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2555). *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ. 28 (1), 60-70.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2545). *การบริหารยาในผู้สูงอายุ*. ใน จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. (หน้า 201-209). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญยสิริการพิมพ์ จำกัด.
- วันดี โภคะกุล. (2544). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ยืนยาวเกิน 100 ปี ของผู้สูงอายุไทย*. วารสารกรมการแพทย์. 26(7), 323-331.
- วารี กังใจ. (2541). *ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(1), 13-19.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์. (2544). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยาจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ใน จันทนา ารณฤทธิวิชัยและ วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). ( หน้า 51-82). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วีณา เทียงธรรม , สุนีย์ ละกำปิ่น , อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). *การพัฒนาศักยภาพชุมชน แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น: 16.
- วีณา เทียงธรรม , อาภาพร เผ่าวัฒนา, อรุณพงษ์สมบุญณ์. (2552). *โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 22(1-3), 17-18.
- วินัส ลิพหกุล. (2541). *โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. สารสภากาพยาบาล. 13(4), 34-47.
- ศราวุธ อยู่เกษม. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบคร้ว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *รายงานวิจัยความสัมพันธ์และทัศนคติของเด็กไทยพุทธต่อผู้ใหญ่หนุ่มสาวและผู้สูงอายุ*. คณะมนุษยศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2552). *วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2554. สืบค้นจาก [www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n\\_id=236](http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=236).
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง*. ใน *วิทยา ศรีดามา และชานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), Evidence-Base Clinical Practices Guideline ทางอายุรกรรม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 432-433.
- สมคิด สีหสิทธิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. กรุงเทพฯ : สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เยาวชนผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *รายงานฉบับสมบูรณ์*

โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของวัยผู้สูงอายุ 2553. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. (2552). แผนปฏิบัติการ กรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2555. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2554. สืบค้นจาก [www.Bangkok.go.th/sed/](http://www.Bangkok.go.th/sed/)

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2553*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2554. สืบค้นจาก [www.Thailandlawyercenter.com](http://www.Thailandlawyercenter.com).

สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2546). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สุชัญญา วงษ์เพ็ง. (2542). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุ ในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปรียา ตันสกุล. (2549). *จิตวิทยาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ*. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการระยะเวลาของการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุขเมธ ตันดิเวชกุล. (2542). *ในหลวงกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. วารสารสวนปรง. 15(3): 42-47.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุริย์ จันทโรมณี. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ควงกมลบุคส์ไตร์.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2553). *คู่มือการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: มีเดียพริ้นท์, 689.

สุรินทร์ มากไมตรี. (2538). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันเอคส์ของนักเรียนอำเภออากาศ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุข

- ศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ตันติเวช. (2544). ผลของการเพิ่มสมรรถแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวนีย์ ศรีศิริกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธารกุล, โปยม บังลัง โปธิ์, และอุษา เกษานิล.(2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.29(1), 49-57.
- สุนันทา กระจ่างแดน และคณะ. (2540). ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารสาธารณสุข. 11, 88-91.
- หัตยาพร มะโน. (2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจังหวัดแพร่. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภัสริน มะโน. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช ธรรมสอน. (2544). แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรนรร ธรรมวิจิตรกุล, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำป็นและวีณา เทียงธรรม. (2553). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยแกนนำกลุ่มเพื่อนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 25(1), 52.
- อาทิยา วงศาพาน. (2549). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำนวย กาจันะ. (2541). สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย : ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.21(4), 95-107.
- อินทิรา ปัทมินทร. (2542). คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข.

อนุชานิลอยู่. (2542). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Angeja, B.G., & Grossman, W. (2003). *Evaluation and management of diastolic heart failure*. *Circulation*.107(1), 659-663.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs . NJ : Prentice-Hall.

B. Beadnell et al. (2003). *Ethnic identity and sexual risk-taking among African-American women enrolled in an HIV/STD prevention intervention*. *Psychology, Health & Medicine* . (8)2, 187-198.

Black, H.A., Bakris, G.L. & Elliott, W.J. (2001). *Hypertension: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment*. In V. Fuster, R.W. Alexander & R.A. O'Rourke (Eds.), *Hurst's the heart* (pp. 1553-1604). New York: McGraw-Hill.

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.

Bridel, P.A., Hanon, O. A., Dartigues, J.B., Ritchie, K.C., Lacombe, J.A., & Ducimetiere, P.D., et al. (2006). *Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly*. *Journal of Hypertension*, 24(1), 51-58.

Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., & Green, L.A., (2003). *The Seventh report of the joint national committee on prevention detection evaluation and treatment of high blood pressure.: The JNC7 report*. *Journal of the American Medical Association*. 289, 2560-2572.

Chun-Ying Chiang and Fan-Ko Sun. (2009). *The Effects of a Walking Program on Older Chinese American Immigrants With Hypertension: A Pretest and Posttest Quasi-Experimental Design*. *Public Health Nursing*. 26(3), 240.

Graham, S.P., et al. (2006). *Colon cancer information as a source of exercise motivation*. *Psychology and Health*, 21(6), 739-755.

- Grodzicki, T., & Messerli, F.H. (2002). Hypertension in the elderly. In G. Mancia., et al. ( EDs. ) *Manual of Hypertension* (pp.543-553). London : Churchill Livingstone.
- Ihab M. Hajjar, Brandy Dickson and Joanne Herman . (2007) . *A Multidisciplinary management program in primary care to improve Hypertension control and Health behavior in elderly patients*. JAGS. 55 (4),624.
- Jie Gong, Bonita Stanton, Sonja Lunn et al. ( 2009 ). *Effect Through 24 Months of an HIV/AIDS Prevention Intervention Program Based on Protection Motivation Theory Among Preadolescents in the Bahamas*. Retrieved April 20, 2009, from www.pediatrics. org. Provided by Health Internetwork on August 25, 2009. e917- e928.
- Joint Nation Committee. (2003). The seventh report of the joint nation committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. :The JNC7 report. *Journal of the American Medical Association*. 289, 2560-2572.
- Juliette Shellman. (2009). *Promoting Elder Wellness Through a Community-Based Blood Pressure Clinic* . Public Health Nursing. 17 (4), 257.
- Kaplan , N. M.(2002). *Kaplan's clinical hypertension* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William& Wilkins.
- Kay W. Klymko, Nancy T. Artinian, Jessica E. Price, Carrie Abele and Glivia G.M. Washington. (2010) . *Self-care production experiences in elderly African Americans with hypertension and cognitive difficulty*. American Academy Nurse Practitioners.23 (2011).200-208.
- Lloyd-Jones D , Adams R, Carnethon M, et al. (2009). *Heart disease and stroke statistics-2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee*, *Circulation*. 119 , e21-181.
- Lewis, M.S., Heitkemter.M.M , & Dirksen, R.S. (2000). *Medical surgical nursing* (5<sup>th</sup> ed). St Louis : Mosbey .
- Levine, B.S. (2000). *Nursing Management Hypertension*. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemter., & S.R. Dirksen (Eds), *Medical surgical nursing:Assessment and management of clinical problem* (5<sup>th</sup> ed.). St Louis : Mosbey .
- Mackay , B.C. (1992). *Aids and protection motivation theory (PMT): Effect of Imagined scenarios on intention to use condom*. UMI Dissertation service printers.
- Molean D., et al. (2007). Hypertension Education Program (CHEP) recommendation : management of hypertension by nurse. *Can J cardiovas Nurs* . 17(2), 6-10
- Nieman, D.C. (1997). *The exercise-health connection*. Illinois: Human Kine.

- Patricia, L. East, Emily J. Hom & Cyndy Trinh. ( 2009 ). *How an Adolescent's Childbearing Affects Siblings' Pregnancy Risk: A Qualitative Study of Mexican American Youths*. Perspectives on Sexual and Reproductive Health . 41(4), 210-217.
- Rogers, R.W. (1975). A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. 91, 90-99.
- Schaller, K.J. (1996). Tai Chi Chih: An exercise option for older adult. *Journal of Gerontological Nursing* . 22(10), 12-17. Retrieved December 5, 2004, From [http://www. Tai chi chih](http://www.Tai-chi-chih).
- Steven Prentice-Dunn, Ben F. Mcmath and Robert J. Cramer. (2009 ). Protection Motivation Theory and Stages of Change in Sun Protective Behavior. *Journal of Health Psychology*. Retrieved August 3, 2011, from <http://hpq.sagepub.com/content/14/2/297>.
- Supiano, M.A. (1997). Hypertension. In C. K. Cassal (Ed.), *Geriatrics medicine* (pp.375-389). New York: Springer.
- Svetkey , L.P., Simon-Morton,D., Vpllmer, W.M., Appel, L.J., Conlin, P.R., Ryan, D.H. et al. (1999). Effects of dietary patterns on blood pressure. *Archives of Internal Medicine*. 159, 285-293.
- Torosoff, M., & Philbin, E.F. (2003). Improving outcomes in diastolic heart failure. *Postgraduate Medicine*. 113(3), 51-58.
- Vollmer, W.M., Sacks, F.M., Ard, J., Appel,L., Bray, G.A. Simons-Morton,D.G.et al. (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressure: Subgroup analysis of the DASH-Sodium trial. *Archives of Internal Medicine* . 135, 1019-1028.
- Wendy L. Wright, Joan E. Romboli, Jenifer wogen and Daniel A Belletti. (2011). *Hypertension Treatment and Control Within an Independent Nurse Practitioner Setting*. The American Journal of Managed Care. 17(1) ,59.
- Wen-wen Li, Marygaret I. Wallhagen and Erika S. Froelicher. (2010). *Factors predicting blood pressure control in older Chinese immigrants to the United States of America*. *Journal of Advanced nursing*. 2022-2010.
- Wilbert S. Aronow , Jerome L. Fleg,& Nancy T. Artinian et al.,(2011 ). A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents:ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly. *Journal of American College of Cardiology*. 57(20), 2049-2053.
- Whelton, P.K., Appel, L.J.,Espeland, M.A., Applegate, W.B., Ettingger, W.H., Kostis, J.B. et al. (1998). Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons. *Journal of the American Medical Association* . 279, 839-846.

Wrongdiagnosis . *About Prevalent and Incidence Statistics*. Retrieved September 20 , 2008, from.  
<http://www.wrongdiagnosis.com/admin/preval.html#rates>.

Xinyi Jiang , Gillian Elam, Cice Yuen, et al. (2009). *The Perceived Threat of SARS and its Impact on Precautionary Actions and Adverse Consequences: A Qualitative Study Among Chinese Communities in the United Kingdom and the Netherlands*.*International. Society of Behavioral Medicine*. 16, 58-67.





**ภาคผนวก**

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาณี วัฒนสมบูรณ์  
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพ. โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์  
ภาควิชาอนามัยครอบครัว  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางบุญนิตา บวรนนทเดช  
พยาบาลเชี่ยวชาญพิเศษสาขาการพยาบาลสาธารณสุข  
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

## ภาคผนวก ข

### เครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ในประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถตนเองพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2. ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3. ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4. ข้อมูลการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 7. ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำตอบที่เป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงงานพยาบาลสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค เพื่อจะนำไปพิจารณา จัดบริการได้ตรงกับความต้องการของประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เขตกรุงเทพมหานครให้มากที่สุดผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม

ครั้งที่ .....

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

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

## แบบสัมภาษณ์

ระดับความดันโลหิต.....ม.ม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ1. ( ) ชาย 2. ( ) หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี

3. ท่านมีสถานภาพสมรสอย่างไร

1. ( ) โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

2. ( ) คู่

4. ท่านจบการศึกษาระดับใด

1. ( ) ไม่ได้เรียน

2. ( ) ประถมศึกษา

3. ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

4. ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย

5. ( ) อาชีวศึกษา

6. ( )ปริญญาตรีขึ้นไป

7. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด

1. ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. ( ) ยังทำงานอยู่

2.1 ( ) เกษตรกรรม

2.2 ( ) ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ระบุ.....

2.3 ( ) รับจ้าง ระบุ.....

2.4 ( ) อื่นๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่าน

ในข้อต่อไปนี้เป็นเพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิดหรือถูก

คำจำกัดความ

- (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
- (3) เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความ
- (2) เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อความ
- (1) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)
1.หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจทำให้เสียชีวิตกะทันหันจากเส้นเลือดในสมองแตก				
2.หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจทำให้พิการจากการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตเพราะเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ				
3.หากท่านเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต จะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				

### ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่าน

ในข้อต่อไปนี้เป็นเพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิดหรือถูก

คำจำกัดความ

- (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ  
 (3) เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความ  
 (2) เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อความ  
 (1) ไม่เห็นด้วย หมายถึงท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย(1)	เห็นด้วยน้อย(2)	เห็นด้วยมาก(3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง(4)
1. ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตหรือโรคอัมพฤกษ์ โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม				
2. คนที่มีความดันโลหิตสูง ถ้ากินเค็มบ่อยๆ จะมีโอกาสเกิดโรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรังได้				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				

**ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเอง**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่าน  
 ในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิดหรือถูก  
 คำจำกัดความ

- (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อคำถาม
- (3) เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อคำถาม
- (2) เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อคำถาม
- (1) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)
1.ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ				
2.ท่านสามารถรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง				
3.ท่านสามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ของทอดต่างๆให้น้อยลงได้				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				

### ส่วนที่ 5 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่าน

ในข้อต่อไปนี้เป็นเพียงช่องเดียว คำตอบของท่านไม่มีการตัดสินว่าผิดหรือถูก

คำจำกัดความ

- (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อคำถาม
- (3) เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อคำถาม
- (2) เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกับข้อคำถาม
- (1) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย(1)	เห็นด้วยน้อย(2)	เห็นด้วยมาก(3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง(4)
1.ถ้าท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วไปพบหมอตตามนัดได้ทุกครั้ง จะทำให้ไม่เป็นโรคอื่นๆอีก				
2.ถ้าท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตลอด ไม่ลืมกินยาความดันโลหิตก็จะปกติ				
3.ถ้าท่านไม่เติม น้ำปลา, ซีอิ๊ว, ซอส, เต้าเจี้ยวหรือเกลือป่นลงในอาหารก็จะทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย กินได้น้อย				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				

**ส่วนที่ 6** พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่จริงของท่าน

คำจำกัดความ ข้อ 1-15

4	หมายถึง	ปฏิบัติ 5 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
3	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
2	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
1	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลย

คำจำกัดความ ข้อ 16-17

4	หมายถึง	ไปทุกครั้ง
3	หมายถึง	ไปแต่ไม่ทุกครั้ง
2	หมายถึง	ไปบางครั้ง
1	หมายถึง	ไปน้อยครั้ง

ข้อความ	1	2	3	4
1.) ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง				
2.) ท่านเพิ่ม-ลด จำนวนเม็ดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เวียนศีรษะ เป็นต้น				
3.) ท่านซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเอง				
4.) . . . . .				
5.) . . . . .				
6.) . . . . .				
7.) . . . . .				
8.) . . . . .				
9.) . . . . .				
10.) . . . . .				
11.) . . . . .				
12.) . . . . .				
13.) . . . . .				
14.) . . . . .				

ข้อความ	1	2	3	4
15.) ท่านมีเวลาว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง				
16.) .....				
17.) .....				



### ส่วนที่ 7 . แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่คุณคิดว่าท่านได้รับ

คุณมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่มีความสนิทสนมกับคุณกี่คน จำนวน..... คน

(หมายถึงคนที่คุณสามารถพูดคุยหรือเล่าบางสิ่งบางอย่างที่รู้สึกไม่สบายใจให้ฟังได้แล้วทำให้รู้สึกดีขึ้น)

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับ ประเภท ความบ่อย ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่คุณคิดว่าท่านได้รับ

ข้อความ	1	2	3	4
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว</b>				
1.คนในครอบครัวคอยปลอบใจหรือให้กำลังใจเมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ กังวล				
2.คนในครอบครัวให้คำชมเชยเมื่อท่านมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เช่น รับประทานยาถูกต้อง ไม่เครียด ไปตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ มีกิจกรรมทางกาย เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์				
3. คนในครอบครัวจัดหาอุปกรณ์และร่วมทำกิจกรรมทางกายที่ท่านชื่นชอบ เช่น ไร่ไม้พลอง , ยางยืด, รองเท้ากีฬา, ชุดกีฬา				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				

ข้อความ	1	2	3	4
11. ....				
12. ....				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน</b>				
16. มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มาตรวจวัดความดันโลหิตให้ท่านที่บ้าน				
17. มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนให้ท่านได้ออกกำลังกาย				
18. มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มาสอบถามอาการตาพร่ามัว ปวดศีรษะ ชาปลายแขน-ขา จากท่าน				
19. ....				
20. ....				

## โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

### แผนกิจกรรมครั้งที่ 1

การนำเข้าสู่โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพ โดยการวางแผนอบรม ผู้สูงอายุ, สมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อให้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เข้าใจถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค รวมทั้งรับรู้อุปสรรคที่มีในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

### แนวคิดหลัก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การรักษา การปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ในด้านครอบครัวทำให้ลดการเป็นภาระและการเสียทุนทรัพย์ สำหรับผลกระทบไปสู่สังคมและประเทศชาติเกิดการสูญเสียงบประมาณและบุคลากรในการรักษาเนื่องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นได้ โดยการให้โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการจัดกระบวนการในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลตนเอง รวมทั้งครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสช.) มีความเข้าใจในบทบาทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมตลอดการวิจัยและให้สามารถช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้

2. เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

สถานที่จัดกิจกรรม ในศูนย์สุขภาพชุมชนวัดปรางสาท เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

เวลาที่จัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที เวลา 10.00- 11.30 น.

ผู้รับผิดชอบ นางสาวพินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ (ผู้วิจัย)

เวลา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
5 นาที	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มพร้อมกัน แนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคน แนะนำตัวต่อสมาชิกกลุ่ม - ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลาและจำนวนครั้ง ของการจัดกิจกรรม.....		- สังเกตความร่วมมือและ ความสนใจในการทำ กิจกรรม
50 นาที	- ผู้วิจัยซักถามถึงสาเหตุ อาการ และ อาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละคน โดย ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย - ให้ชมวีดิทัศน์เรื่องเกี่ยวกับความดัน โลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนใน ผู้สูงอายุ ..... ..... 2.อาการและผลกระทบที่เกิดกับ ตนเอง ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม..... 3.สิ่งที่ผู้ป่วยอยากจะพูดเพื่อแสดง ความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม	- <u>วีดิทัศน์เรื่อง</u> <u>“เรื่องโรคหลอดเลือด</u> <u>เลือดสมอง.....</u> <u>(ของชมรมมูลนิธิ</u> <u>อานันทมหิดล</u> <u>ร่วมกับ</u> <u>สถานีโทรทัศน์</u> <u>ช่อง 9)</u> -ชมวีดิทัศน์ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มี	- สังเกตความ กระตือรือร้นและการมี ส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และญาติในการแสดง ความคิดเห็น - สังเกตความสนใจ ใน การฟังคำอธิบาย - ความร่วมมือในการ ตอบคำถามของสมาชิก กลุ่ม

เวลา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	<p>-ประชุมกลุ่มย่อยเรื่องบทบาทและวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม</p> <p>-อภิปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....</p> <p>-แนะนำและอธิบายการใช้คู่มือการดูแลตนเองและแนวทางปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำไปบันทึกที่บ้าน.....</p>	<p>ภาวะแทรกซ้อน โดยนำเสนอเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น</p> <p>-เนื้อหาเรื่องการแลกเปลี่ยน</p> <p>-คู่มือการดูแลและแนวทางดูแล</p>	
30 นาที	<p>- ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงบทบาทของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุ.....</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม</p> <p>- เน้นย้ำความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำ.....</p> <p>- ถามคำถามย้อนกลับเพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย.....</p>	<p>- คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- สังเกตความสนใจของผู้สูงอายุและครอบครัว</p> <p>- การตอบคำถามของผู้สูงอายุและครอบครัว</p>
5 นาที	<p>- กล่าวสรุปประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้.....</p> <p>- นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมกับเน้นย้ำให้พญาติมาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 2 .....</p>		<p>- สังเกตความสนใจของผู้ป่วย</p>

## แผนกิจกรรมครั้งที่ 2

“ทักษะส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ”

แนวคิดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการฝึกทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียดและการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจที่จะนำความรู้และทักษะต่างๆเหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง พร้อมกันนี้การมีแรงเสริมจากญาติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ด้วยการกระตุ้นเตือน แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือด้วยการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ไว้ให้ และการให้เวลากับผู้ป่วยในการดูแลกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง หรือให้ความช่วยเหลือในบางส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติในพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และบุหรี่

สถานที่จัดกิจกรรม ในศูนย์สุขภาพชุมชน วัดปราสาท เขตคูสิต กรุงเทพมหานคร

เวลาที่จัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที(หลังจากกิจกรรมครั้งแรก 7 วัน เวลา10.00 - 11.30 น.)

ผู้รับผิดชอบ นางสาวพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ (ผู้วิจัย)

เวลา	วัตถุประสงค์ เฉพาะ	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
10 นาที	- เพื่อให้สมาชิก กลุ่มมีสัมพันธ์ภาพ ที่ดีต่อกัน	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มพร้อม กับแนะนำตนเอง .....		- สังเกตความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม
30 นาที	- เพื่อให้ผู้ป่วย ทราบและระบุนถึง ทักษะในการดูแล ตนเองที่ถูกต้องเมื่อ อยู่บ้านรวมทั้ง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้น	- ผู้วิจัยนำอภิปรายเรื่องแนว ทางการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ และบุหรี่..... - พยายามแนะนำเทคนิคในการ จัดยา - พยายามสาธิตวิธีการผ่อน คลายความเครียด ..... -ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิก กลุ่มอภิปรายและสาธิตในเรื่อง การมี.....กิจกรรมทางกายที่ เหมาะสม -ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะ ..... -ผู้วิจัยอภิปรายและแนะนำ เทคนิคการเลือกรับประทาน อาหารต้านภาวะความดันโลหิต สูง (DASH-diet) โดย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และ แสดงความคิดเห็นถึงผลดีของ การเลือกรับประทานอาหาร .....	-แผ่นพับพืษ ภัยของบุหรี่ และ แอลกอฮอล์ (สำนักโรคไม่ ติดต่อ กรมควบคุม โรค กระทรวง สาธารณสุข) -คู่มือ การ ผ่อนคลาย ความเครียด (กรม สุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข) -คู่มือ “การ ออกกำลังกาย ในวัย เกษียณอายุ” -อาหารสาธิต (สถาบันเวช ศาสตร์	- สังเกตความ สนใจของ ผู้สูงอายุใน การอภิปราย - สังเกตการมี ส่วนร่วมใน การสนทนา ซักถามและ การตอบ คำถาม - สังเกตการมี ส่วนร่วมใน การสนทนา

เวลา	วัตถุประสงค์ เฉพาะ	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
5 นาที		-ผู้วิจัยสรุปเนื้อหา.....		- สังเกต
30 นาที	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและปฏิบัติได้ถูกต้องในการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมีกิจกรรมทางกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด ..... - เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากการฝึกปฏิบัติ	- ให้ผู้ป่วยและญาติจับคู่กันฝึกปฏิบัติ - หากผู้ป่วยรายใดปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องให้ฝึกซ้ำจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง - เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย ..... - ผู้วิจัยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในแต่ละราย - ถามย้อนกลับเพื่อทบทวนความเข้าใจของสมาชิกกลุ่ม - ผู้วิจัยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติในทุกกิจกรรม		- สังเกตความสนใจและความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติ - สังเกตความถูกต้อง - การมีส่วนร่วม.....
5 นาที	- เพื่อให้ญาติสามารถระบุถึงวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย	- ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติที่จะให้กับผู้ป่วย ได้แก่การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ..... - เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและแสดงความคิดเห็น		- สังเกตความซักถามหรือแสดงความคิดเห็น.....
10 นาที		- ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงความสำคัญของการมาตรวจนัดและอาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด		- การมีส่วนร่วมในการอภิปรายและตอบคำถาม

เวลา	วัตถุประสงค์ เฉพาะ	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
		- ถามคำถามย้อนกลับเพื่อทวน ความเข้าใจของผู้ป่วย - ผู้วิจัยกล่าวสรุปสาระสำคัญของ ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้		ของผู้ป่วย

## ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH-2012-128
ชื่อโครงการ	โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
พดีโครงการ	110/2555
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวชนิดีนันท์ วงศ์สุวรรณ
หน่วยงานวิจัย	หลักสูตร ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา วิทยาศาสตรสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เอกสารที่แนบมา	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารในข้อเท็จจริงการวิจัย 3. หนังสือนำเสนอขอใบพิจารณาจริยธรรม 4. แบบการให้ความยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง
วันที่มีผล	15 พฤษภาคม 2555
วันที่หมดอายุ	14 พฤษภาคม 2556

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเชิงเทคนิคโดยคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม .....  
รองศาสตราจารย์สุพรรณ นันทน์วงศ์  
เป็นประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์


ลงนาม .....  
รองศาสตราจารย์สุพรรณ นันทน์วงศ์  
คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์



เอกสารรับรองเฉพาะส่วนที่แก้ไข  
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อโครงการ : โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง  
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน  
รหัสโครงการ : 110/2555  
ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ  
เอกสารที่รับรอง : การเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย  
1. ปรับเปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก  
โรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร  
วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการระดับต้นสังกัดแล้ว  
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม   
(รองศาสตราจารย์สุพรรณ นันทวงศ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ
วัน เดือน ปีเกิด	11 มิถุนายน 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545-2549 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2556
ทุนวิจัย	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทย สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
ที่อยู่	131/5 ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 089-6712213 E-mail: tou2526@hotmail.com