



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์
ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกัน
การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ
สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

COMPARISON OF THE EFFECT OF ONLINE AND OFFLINE SELF-MANAGEMENT
PROGRAMS ON KNOWLEDGE, AWARENESS, AND BEHAVIORS
FOR PREVENTING COMPLICATIONS FROM UNCONTROLLED
HYPERTENSION OF ORDINARY PARLIAMENTARY OFFICIAL
OF THE SECRETARIAT OF THE HOUSE
OF REPRESENTATIVES

อิชยา ชัยภัทรธาดา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้
ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ
สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

อิชยา ชัยภัทรธาดา

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
สอบวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2566

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ประธานกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทิญญู บุญทัน
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทิญญู บุญทัน
กรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
กรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ ดร.ปริศนา อัครชนพล
กรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิม
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

**การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์
ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
จากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ
สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร**

อิชยา ชัยภัทรธาดา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญู บุญทัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์และออฟไลน์ แบบวัดความรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ .780 แบบประเมินความตระหนัก และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .955 และ .887 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ออนไลน์ ออฟไลน์ ความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

COMPARISON OF THE EFFECT OF ONLINE AND OFFLINE SELF-MANAGEMENT PROGRAMS
ON KNOWLEDGE, AWARENESS, AND BEHAVIORS FOR PREVENTING COMPLICATIONS
FROM UNCONTROLLED HYPERTENSION OF ORDINARY PARLIAMENTARY OFFICIAL
OF THE SECRETARIAT OF THE HOUSE OF REPRESENTATIVES

Itsaya Chaiphattharatada

Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Thesis Advisor: Assistant Professor Dr. Winthanyou Bunthan

Assistant Professor Dr. Kamontip Khungtumneum

ABSTRACT

The quasi-experimental aim of the study was to evaluate the impact of both online and offline self-management programs on knowledge, awareness, and behavior to prevent complications from uncontrolled high blood pressure. 44 regulars of ordinary parliamentary official of the Secretariat of the House of Representatives made up the sample group. They were split into two groups: an experimental group of 25 individuals who participated in an online program, and a comparison group of 25 individuals who participated in an offline program. Research tools were online and offline self-management programs and knowledge measures for preventing complications from uncontrolled high blood pressure .780 Kuder Richardson coefficient. An awareness assessment and behavior to prevent complications from uncontrolled high blood pressure questionnaire. The coefficients of Cronbach's alpha were .955 and .887. Data were analyzed using descriptive statistics and a comparison of knowledge, awareness, and prevention behavior between the experimental group and the comparison group using Mann-Whitney U test statistics. According to study findings, the experimental group that got the online program had a different mean rank of awareness and behavior to avoid problems from uncontrolled high blood pressure than the group after the experiment, with statistical significance at the .05 level. After the experiment, it was discovered that there was no difference in the mean rank of knowledge between the experimental group that received the online program and the control group that received the offline program.

Keywords: Self-management, online and offline, awareness, knowledge, behavior to prevent complications from uncontrolled high blood pressure.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญู ทัณณ บัญทัน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความรู้ สนับสนุน ให้กำลังใจ และเอาใจใส่ สละเวลาในการตรวจสอบ ชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งยังสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาตนเองให้แก่ผู้ทำวิจัยตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพาศ์ ประธานคณะกรรมการ และอาจารย์ ดร.ปริศนา อัครชนพล กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา สอนงเดช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทราวิวัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ นายแพทย์ชาญเวช ศรีธธาพุทธ และนายโชคชัย สุฤทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมในระหว่างทำการศึกษาอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา สำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ที่สนับสนุนและให้ความสะดวกอย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตลอดการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานบริการทางการแพทย์ และเพื่อนร่วมงานที่คอยเป็นกำลังใจให้การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน คุณประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่บุพการีและทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 คำนิยามศัพท์	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	9
2.2 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	23
2.3 โปรแกรมการจัดการตนเอง	33
2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน	39
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	41
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 พื้นที่วิจัย	44
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
3.5 การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	59
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	59
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล	60
4.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์	64
4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์	65
4.4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์	66
4.5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	68
5.2 อภิปรายผล	70
5.3 ข้อเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม	77
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	89
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	90
ภาคผนวก ค หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	94
ภาคผนวก ง เครื่องมือวิจัย	95
ภาคผนวก จ สมุดบันทึกความดันโลหิตแบบ Online	106
ภาคผนวก ฉ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	109
ภาคผนวก ช รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์	110

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ซ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยวัดตัวแปรตาม	
ด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม	111
หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย	112



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล	57
2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์	61
3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (n=22)	61
4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (n = 22) และ กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (n = 22)	62
5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิต ระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบ ออนไลน์ (n=44)	63

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก	30
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
3 แบบแผนการทดลอง	43

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไต และโรคอื่น ๆ นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากรายงานองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 55.5 (World Stroke Organization, 2021) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเมื่อ ค.ศ. 2021 พบว่าประชากรอายุระหว่าง 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 46 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ ทำให้มีเพียงร้อยละ 42 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้เข้ารับการวินิจฉัยและรักษา (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่าการตรวจยืนยันและวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ระหว่าง พ.ศ. 2561-2564 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.69 เป็นร้อยละ 75.72 และในปี พ.ศ. 2565 ไตรมาสที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 57.76 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติกับร่างกายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Microalbuminuria) โรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ยังไม่มีอาการ และความดันโลหิตสูงขึ้นจอประสาทตา (Hypertensive retinopathy) ที่รุนแรงกล่าวคือ มีเลือดออก หรือภาวะชั่วคราวบวมอันเนื่องมาจากมีความดันในสมองสูงกว่าปกติ (Papilledema) จอประสาทตาเสื่อม ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4 เท่า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 2 เท่า (คุชนกฤา ภาคปิยวัชร, 2561) สาเหตุสำคัญของการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น ส่วนใหญ่มาจากการขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง (วรดา ทองสุก, 2563) จากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, 2563) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ในการนำมาดูแลครอบครัว เกิดปัญหาหนี้สิน เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ ถึงแม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ความเป็นจริงแล้วนั้นสามารถควบคุมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และช่วยลดอัตราการตายจากโรคต่าง ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยา (Joint National Committee VII, [JAMA], 2021) การควบคุมระดับความดันโลหิต คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยกำหนดและให้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไว้ 2 แนวทาง คือ 1) การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต และ 2) การควบคุมโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การจำกัดโซเดียมในอาหาร การรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension : DASH) การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการหยุดสูบบุหรี่ โดยการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้นจะต้องจัดการตนเอง (Self-management) เกี่ยวกับ 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) จากครอบครัวและชุมชน (รุ่งทิพา ชันธมูล และคณะ, 2560) ผ่านการเสริมสร้างความความรู้ ความตระหนัก ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกัน ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ อันเป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป (ปัญญาวรรณ ปรากฏผล, 2562)

ผู้วิจัยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการปฏิบัติงานในสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสมาชิกรัฐสภา ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างและบุคลากรในหน่วยงานรัฐสภา จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2562-2564 ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในทุกปีคิดเป็นร้อยละ 14.55 ร้อยละ 22.78 และร้อยละ 28.83 ตามลำดับและจากการศึกษาข้อมูลนักร้องเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตและการตอบแบบสอบถามของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร จำนวน 30 คน พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และควรจะต้องมีความรู้เรื่องการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย และจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และบางรายให้ข้อมูลว่าเคยมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน แต่ไม่ทราบว่าการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการเตือน จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับอาการนั้น ๆ และไม่ได้จัดการใด ๆ เนื่องจากภาระงานมีมากจนทำให้ละเลยไป จนกระทั่งมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง

เกิดขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างโปรแกรมการส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้เกิดความตระหนักในการดูแลจัดการตนเองโดยเฉพาะด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม ซึ่ง Good (1973) ได้กล่าวว่า กระบวนการเกิดความตระหนักเป็นผลจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ดังนั้น หากข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร มีความรู้ มีความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก็จะเกิดการเรียนรู้ เกิดความคิดรวบยอด เกิดความตระหนัก และจะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนั้น งานวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาภายใต้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) จากการทบทวนงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2565 จำนวน 45 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เช่น การศึกษาของนภาพรณัฏฐ์ จันทร์ศรี (2563) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 และการศึกษาของศิรินทรา ด้วงใส (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” พบว่าผลของโปรแกรมฯ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง โดยคะแนนทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงสามารถยืนยันได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างไรก็ตามแนวคิดการจัดการตนเองมีอยู่หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดของ Creer (2000) แนวคิดของ Lorig and Holman (1993) แนวคิดของ Kanfer and Garlick (1991) และแนวคิดของ Browder and Shapiro (1985) เป็นต้น ดังนั้นงานวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาภายใต้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถสร้างความตระหนักได้ในขณะที่แนวคิดอื่น ๆ นั้นมุ่งเน้นการสร้างความรู้ และการปฏิบัติ

การจัดทำแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภามีเป้าหมายที่ชัดเจนในการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้ถูกต้อง รวดเร็ว และทันสมัยของทั้งสองส่วนราชการ โดยแผนนี้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และนโยบายเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลของรัฐบาล โดยมีหน่วยงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและระบบสารสนเทศตลอดจน

การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ทันสมัย และสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนพัฒนา Digital Parliament นี้ (คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภาระยะ 5 ปี 2561-2565, 2563) โดยการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จะนำจุดแข็งของการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศนี้ มาใช้ในการดูแลสุขภาพของข้าราชการรัฐสภาสามัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพราะมีความสะดวกสบาย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์เปรียบเทียบกับแบบออฟไลน์เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ ดังการศึกษาของพรรัตน์ พลหาญและคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสุดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด” พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสุดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีการควบคุมโรคหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) และการศึกษาของสุจิตราภรณ์ ทับครอง (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา” พบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้าใจด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีความรู้ ความตระหนักและเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งเพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาที่นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา และส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.2 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์มีผลต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร แตกต่างจากแบบออฟไลน์อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์กับออฟไลน์ในระยะเวลาหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระยะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์
3. เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระยะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลาหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์สูงกว่าแบบออฟไลน์
2. ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ในระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
3. ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ในระยะเวลาหลังการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest - posttest designs) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ

ข้าราชการรัฐสภาสามัญของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder & Shapiro (1985) แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบออนไลน์และแบบออฟไลน์

2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่

1.6 คำนิยามศัพท์

1. ข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการเป็นข้าราชการรัฐสภาสามัญของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการรัฐสภา พ.ศ. 2554 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ได้ภายในระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป

2. โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder & Shapiro (1985) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดและการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

1) โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดและการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยการสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมผ่านไลน์ โอเอ (LINE OA) หรือ LINE Official Account ชื่อว่า “หมอสภา”

2) โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด การสร้างแรงจูงใจเพื่อไป

ถึงเป้าหมายที่กำหนด และการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยการสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมผ่านกระบวนการอบรมในห้องประชุม

3. ความรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet (2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (4) การจัดการความเครียด (5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (6) การงดสูบบุหรี่ ประเมินความรู้โดยใช้แบบวัดความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีการแปลผลลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้สูง

1) ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet (Dietary Approaches to stop hypertension) หมายถึง มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในรูปแบบ DASH Diet คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเรสเตอรอลสูงและเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืช ถั่วต่าง ๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2) ความรู้เรื่องการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง มีความรู้เรื่องการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เป็นการออกกำลังกายหนักในการเคลื่อนไหวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที หรือสะสมให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต ลดอาการกังวลและภาวะเครียด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

3) ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง มีความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอให้ถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ ไม่ขาดยา ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ลดการเสียชีวิตและพิการได้

4) ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด หมายถึง มีความรู้เรื่องการจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การฝึกโยคะ การรำมวยจีน รับประทานอาหารที่ช่วยให้อารมณ์ดี การพักผ่อนหย่อนใจหรือใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก สามารถช่วยลดความเครียด และทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลกลับมาอยู่ในระดับที่สมดุล

ส่งผลให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ปรับให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5) ความรู้เรื่องการงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง มีความรู้เรื่องการงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของหัวใจและการขยายตัวของหลอดเลือดส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

6) ความรู้เรื่องการงดสูบบุหรี่ หมายถึง มีความรู้ว่าการงดการสูบบุหรี่นั้น เพื่อลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ไปออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้แรงดันเลือดสูง หัวใจเต้นแรงและเร็ว เลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนน้อยลงจะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

4. ความตระหนักถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงหมายถึง ข้าราชการรัฐสภาสามัญมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนักในสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet (2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (4) การจัดการความเครียด (5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (6) การงดสูบบุหรี่ ประเมินความตระหนักโดยใช้แบบประเมินความตระหนักการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบประเมินให้เลือกตอบ โดยกำหนดระดับความตระหนัก คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยมาก มีการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับความตระหนักน้อย ระดับความตระหนักปานกลาง และระดับความตระหนักมาก

5. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ข้าราชการรัฐสภาสามัญมีการปฏิบัติตัวในเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet (2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (4) การจัดการความเครียด (5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (6) การงดสูบบุหรี่ ประเมินพฤติกรรม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดระดับพฤติกรรม คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าผลของการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ผู้วิจัยได้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาในครั้งนี้

2.1 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.2 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.3 โปรแกรมการจัดการตนเอง

2.3.1 โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์

2.3.2 โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม ภาวะความดันโลหิตสูงได้เป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเกี่ยวกับหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากหัวใจทำงานหนักทำให้ผนังหัวใจหนา ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้หัวใจโต หัวใจวาย หลอดเลือดสมองตีบเป็นอัมพาต โรคไตเรื้อรังเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไต น้อยลงทำให้ไตวาย หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมอาจทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาบอด พิการ หรืออาจ เสียชีวิตได้ (ณัฐฉิวรรณ พันธ์มุง และคณะ, 2562)

2.1.1 นิยามของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท เมื่อวัดค่าใน 2 วันที่ต่างกัน (World Stroke Organization, 2021) ซึ่งสมาคมความดัน โลหิตสูงแห่งประเทศไทย, (2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดัน

โลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยค่าความดันตัวบนหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure [SBP]) มีค่าตั้งแต่ 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure [DBP]) ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท (American Heart Association, 2022)

จากความหมายข้างต้นสรุปคำนิยามของโรคความดันโลหิตสูงได้ คือ ภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 90 มม.ปรอท

2.1.2 อุบัติการณ์ และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตา ไต อย่างมีนัยสำคัญ (World Stroke Organization, 2022) จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 โดย 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตทั้งหมดร้อยละ 82 เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ. 2551-2552 กับปีล่าสุด พ.ศ. 2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

2.1.3 กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง ตา ไต หัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพกลายเป็นหลอดเลือดตีบหรือเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เลือดไม่สามารถลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่พบมีอาการหรืออาการแสดงใด ๆ และบางรายอาจพบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้ ดังนี้ (ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย, 2561 และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1) หัวใจ ทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัวใหญ่ขึ้นแต่ไม่แข็งแรง ทำให้เกิดหัวใจโต หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเสี่ยงต่อการขาดเลือดง่ายและเกิดภาวะหัวใจวายได้ในที่สุด

2) สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตกทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อมหากลดความดันโลหิตโดยเฉลี่ยลงมาได้ 10 มิลลิเมตรปรอท ลดการเกิดอัมพฤกษ์ตลอดชั่วอายุได้ถึงร้อยละ 20

3) ไต ความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้น้ำไตที่เกี่ยวข้องกับการกรองของเสียออกจากร่างกายเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือเรื้อรังจะยังทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

4) ตา หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้า ๆ หลอดเลือดบริเวณจอรับภาพของตาแตก หรือมีเลือดออกที่จอตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือ ตาบอดได้

5) หลอดเลือดแดงใหญ่ เกิดการโป่งพองหรืออาจเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด ถ้ำรุนแรงอาจเสียชีวิตได้

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมาได้ ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากพิจารณาถึงการใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูร่างกายเป็นเวลานานและจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.1.4 ผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อสมอง หัวใจ ไตและตา ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทยโดยในปี พ.ศ. 2561 โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ของประชากรไทยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่หากควบคุมไม่ได้และปล่อยไว้นานจะส่งผลให้เส้นเลือดแดงแข็งและถูกทำลาย ซึ่งถ้าค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่า 160 มม.ปรอทขึ้นไป จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว และไตวาย ส่งผลให้เกิดความพิการและสูญเสียชีวิต (ณัฐินี เสือโต, 2561)

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ท้อแท้หมดกำลังใจ เปื่อหน่ายในการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยอาจเลือกใช้พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลวและไตวาย ความเครียดจึงมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่น การศึกษาของน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2557) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” พบว่า การจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงดังเช่น การศึกษาของสุมาพร สุจางค์ (2556) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี” พบว่า อาชีพ สถานภาพสมรส การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของพัชรพลย์ ลอมแปลง (2554) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุดรธานี” พบว่าบุคลิกภาพการอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ กิตติมา แต่งสาขา (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต” พบว่า ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการและความสะดวกในการรอรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

2.1.5 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นพื้นฐานของการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกราย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ประภาพร สุวรรณภู, 2564) มีวิธีการดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหาร

การบริโภคอาหารควบคุมความดัน หรือ อาหารแดช (Dietary approaches to stop hypertension : DASH Diet) เป็นวิธีการกินอาหารที่ผู้เชี่ยวชาญให้เป็นการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยการเน้นรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง เนื่องจากมีโพแทสเซียมมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืช ถั่วต่าง ๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มาก ๆ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ เนื้อแดง แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล และลดการบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียม เช่น ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม น้ำพริก กะปิ ปลาร้า หน่อกล้วย อาหารที่ใส่หรือจิ้มเกลือ ของดองเกลือ น้ำปลา ซิอิ้ว หรือซอสที่มีรสเค็ม ฯลฯ โดยการจำกัดเกลือแกงที่มีโซเดียมคลอไรด์ให้น้อยกว่าวันละ 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา และลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมสาลี่ ขนมถ้วยฟู ผงชูรส และสารกันบูด เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป

DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) โดยชื่อ DASH Diet หมายถึง แนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง หลักการสำคัญของการรับประทานอาหารแบบ DASH คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ อย่างโพแทสเซียมและแมกนีเซียมรวมถึงปริมาณสารไนเตรทที่มีผลการศึกษาถึงการลดความดันโลหิตสูงได้สัดส่วนการรับประทานอาหารตามหลัก DASH ใน 1 วัน จะประกอบด้วย (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

การบริโภคอาหารเพื่อลดความดันโลหิตในรูปแบบของ DASH หรือ Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet คือ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง หรือเพื่อลดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายงานการวิจัยมากมายที่ยืนยันว่า การรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH สามารถลดความดันโลหิตได้จริง จากการศึกษาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าการบริโภคอาหารแบบ DASH สามารถลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่าการบริโภคอาหารรูปแบบอื่น (กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563) ดังนี้

(1) ธัญพืชชนิดต่าง ๆ โดยเน้นเป็นธัญพืชไม่ขัดสี 7-8 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 7-8 ทัพพี) เพื่อเพิ่มการรับประทานใยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง

(2) ผักและผลไม้อย่างละ 4-5 ส่วนบริโภค หรือประมาณ 4-5 ทัพพีและผลไม้ 3-4 ส่วนเพิ่มการรับประทานใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างการทำงานของร่างกาย โดยเน้นรับประทานผักและผลไม้สด หลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่าง ๆ

(3) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำอย่างเนื้อปลา 2-3 ส่วนบริโภค หรือประมาณ 4-6 ช้อนกินข้าว การลดการรับประทานสัตว์เนื้อแดง การตัดส่วนไขมันหรือหนังของเนื้อสัตว์และเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำจะช่วยลดการบริโภคไขมัน นอกจากนี้การเพิ่มการรับประทานเนื้อปลาก็จะช่วยเพิ่มการบริโภคกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่ช่วยช่วยบำรุงหัวใจน้ำมันหรือไขมัน 2-3 ส่วนบริโภค หรือไม่เกิน 6 ช้อนชา การรับประทานไขมันที่มากเกินไปก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ แต่ถึงอย่างนั้นไขมันยังเป็นสารอาหารจำเป็นที่ช่วยให้การดูดซึมวิตามินชนิดที่ละลายน้ำรวมถึงเป็นแหล่งของกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย ถั่วชนิดต่าง ๆ เช่น อัลมอนต์ ถั่วเลนทิล 4-5 ส่วนบริโภค หรือประมาณ 4-5 ฝ่ามือต่อสัปดาห์ เนื่องจากถั่วชนิดต่าง ๆ มีกรดไขมันชนิดที่ดีอยู่ ทั้งกรดไขมันโอเมก้า 3, 6, 9 ของหวานชนิดต่าง ๆ ไม่เกิน 5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์แนะนำให้รับประทานนาน ๆ ครั้ง และอาจมีการใช้สารแทนความหวานในการปรุงประกอบ แนะนำให้ใช้เครื่องเทศหรือสมุนไพรต่าง ๆ ในการเสริมรสชาติอาหาร และลดการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูงในการปรุงแต่งอาหารด้วยเหตุผลดังกล่าว

อาหารตามแบบ DASH Diet ได้รับการแนะนำจากสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) ให้เป็นแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่รวบรวมประมวลผลอย่างเป็นระบบ (Systematic Review with Meta-Analysis) ยืนยันผลของการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet ในผู้เข้าร่วมกว่า 2,000 คน ผู้ที่รับประทานอาหารตามแบบ DASH Diet เป็นระยะเวลา 2-24 สัปดาห์ถึงผลการลดลงของความดันโลหิต คอเลสเตอรอลรวม และคอเลสเตอรอลชนิด LDL อย่างมีนัยสำคัญ และลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ได้ถึงร้อยละ 13 สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยเริ่มจากการเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน ปริมาณที่รับประทานในแต่ละมื้อ จัดบันทึกรายละเอียดการรับประทานปรับให้เหมาะสมกับตัวเอง เพื่อการควบคุมระดับความดันให้เป็นปกติ

จากการศึกษาของชวีสาส์ เลิศมงคลธีรกุล (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพ คือการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ดังเช่นการศึกษาของ อัมภากร หาญณรงค์ (2560) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มี

ผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

DASH Diet ลักษณะอาหารจะประกอบไปด้วยผักผลไม้ที่ให้แมกนีเซียม และโพแทสเซียมสูง นมและผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำแต่ให้แคลเซียมสูงธัญพืช ถั่วเปลือกแข็งที่ให้ใยอาหารและแมกนีเซียมสูง จำกัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ครั้ง สำหรับผู้หญิงและไม่เกิน 2 ครั้ง สำหรับผู้ชายจำกัดอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (เกลือ 1 ช้อนชา) หรือ น้ำปลา 3 ช้อนชาต่อวัน มีงานวิจัยรายงานว่าผู้ที่รับประทานอาหารในแบบของ DASH DIET จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (ธีรวัฒน์ บุญชัย, 2560)

การรับประทานอาหารควรจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ซึ่งอยู่ในรูปเกลือที่ปรุงอาหารให้รสเค็ม เช่น งดเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือ น้ำจิ้มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วของหมักดองเค็ม เป็นต้น โดยจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชามีโซเดียมประมาณ 350 – 500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก. พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมร้อยละ 27.5 กลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 25.0 ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 2.5 (กาญจนา มณีทัฬห และคณะ, 2558)

สรุปได้ว่าบริโภคอาหารในรูปแบบ DASH Diet (Dietary Approaches to stop hypertension) คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเรสเตอรอลสูงและเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืช ถั่วต่าง ๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เยื่อหลอดเลือดชั้นในมีความยืดหยุ่นสูงและคลายตัวได้ง่าย ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี ไม่เสื่อมสภาพและแข็งตัว ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ (ธีรวัฒน์ บุญชัย, 2560) การออกกำลังกาย (Exercise) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็กในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่ง ขี่จักรยาน วาดน้ำ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง ความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายกับกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทั่ว ๆ ไป คือ การออกกำลังกายต้องมีการวางแผนในการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความหนักที่ทำให้

อัตราการเต้นของหัวใจสูงมากกว่าขณะพักและมีการเคลื่อนไหวนานเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2556)

(1) ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย แบ่งออกได้ 2 ชนิด คือ 1) การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบไม่ต้องใช้ออกซิเจน หรือในขณะที่ออกกำลังกายแบบไม่ต้องหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอด ใช้พลังงานที่สะสมอยู่ในตับ และกล้ามเนื้อในรูปของแป้ง (Glycogen) สลายออกมาเป็นพลังงานในรูป ATP (Adenosine-tri-phosphate) โดยไม่มีการใช้ออกซิเจนช่วยสันดาป (Oxidation) ทำให้ออกแรงได้ทันทีอย่างรวดเร็วและได้อย่างหนัก แต่มีข้อเสียคือ พลังงานนี้จะหมดไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน ภายในไม่กี่นาทีและเกิดกรดแลคติก (Lactic acid) ซึ่งเป็นต้นเหตุทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Fatigue) 2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายนานเพียงพอที่จะทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพื่อสร้างพลังงานทำให้หัวใจ ปอด ถูกกระตุ้น และเกิดกระบวนการสร้างพลังงานในกล้ามเนื้อ และสร้างพลังงานให้ร่างกายได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานที่ระดับ 70% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate : MHR = ค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของคนที่สามารถทำได้ในขณะออกกำลังกายอย่างหนักภายใน 1 นาที) หรืออัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 120 - 140 ครั้ง/นาที

การออกกำลังกายที่ถือว่าเป็นแอโรบิกนั้นต้องมียอดประกอบ 4 อย่าง คือ ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เช่น แขน ขา หนักพอ นานพอ และต้องทำติดต่อกัน ซึ่งจะมีผลทำให้ระบบการทำงานของหัวใจ ปอด หลอดเลือด และการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกายแข็งแรงขึ้น และมีประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้นกว่าเดิมอย่างชัดเจน เป็นการออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจในขณะออกกำลังกายโดยเผาผลาญพลังงานทั้งจากแป้ง (Glycogen) และไขมัน ใช้ออกซิเจนจากการหายใจช่วยสันดาปเกิดเป็นพลังงานในรูปของ ATP มากเป็น 18 เท่าของการออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทั้งยังไม่เกิดกรดแลคติก ที่ทำให้เกิดความเมื่อยล้า เป็นการบริหารให้ร่างกายเพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด (วิทยาศาสตร์การกีฬากับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2563) ในวัยผู้ใหญ่ การออกกำลังกายจะเอื้อประโยชน์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งสุขภาพร่างกายโดยรวม โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง มะเร็งเฉพาะจุด เบาหวานชนิดที่สอง สุขภาพจิต (ลดอาการกังวลและภาวะเครียด) สุขภาพสมอง การนอนหลับ มาตรการภาวะโรคอ้วน เป็นต้น (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2564)

(2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ในวัยผู้ใหญ่ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 150 -300 นาที หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาที หรือทำผสมผสานกันโดยทำตลอดทั้งสัปดาห์ เพื่อผลดีต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2564)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ควรออกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบดังนี้ คือ ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วยจำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที ระดับหนักหมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ คือ SBP ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไป มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกแรง มีโรคหัวใจล้มเหลว มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การออกกำลังกายโดยการเดินเร็ววันละ 30 นาที 3 วัน ต่อสัปดาห์เป็นเวลา 3 เดือน พบว่าสามารถระดับความดันโลหิตลดลงได้ จากการทดลองกลุ่มทดลอง มีร้อยละของระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ทัศนะ วงศ์รัตนดิลก, 2560)

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายการที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งในด้านความถี่ในการออกกำลังกาย ความหนักเบาหรือความแรงในการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกาย และระยะเวลาในการออกกำลังกายนั้น คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาที หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาที หรือทำผสมผสานกันโดยทำตลอดทั้งสัปดาห์ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต ลดอาการกังวลและภาวะเครียด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

3) การรับประทานยาสม่ำเสมอ

การให้ยาลดความดันโลหิต มีข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้อย่างน้อย 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้อย่างน้อย 15 ลดอัตราการเกิด Stroke อย่างน้อย 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ทำการรักษา ซึ่งเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สำหรับยาลดความดันโลหิตสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ดังนี้ คือ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านอะดรีเนอร์จิก (แอลฟา และเบตาอะดรีเนอร์จิก) ยาต้านแคลเซียมเข้าเซลล์ ด้านระบบเรนินแองจิโอเทนซิน และยายายหลอดเลือดโดยตรง ดังนั้น เพื่อให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามดังนี้ รับประทานยาให้สม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด แจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาต่าง ๆ ที่ตนเองรับประทานอยู่ ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยควรสอบถามแพทย์ เนื่องจากยาบางตัวอาจมีผลข้างเคียงได้ ไม่ควรหยุดยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องวัดทุกวัน อาจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะ และจดบันทึกไว้ทุกครั้ง การไปรับการตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและทำการรักษาอาจปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสมกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในแต่ละราย (เทอดศักดิ์ ใจว่อง, 2562)

การรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องทั้งชนิด ขนาดเวลา และปริมาณได้มากขึ้นจึงทำให้ยาสามารถออกฤทธิ์เพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ไหมมุนีะ สังขและคณะ, 2563)

สรุปได้ว่า การรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคลดการเสียชีวิตและพิการได้

4) การจัดการความเครียด

ความเครียด (Stress) หมายถึง ลักษณะอาการที่ไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งกับงานจนเกินไป ลักษณะอาการที่จิตใจมีอารมณ์บางอย่างมากกดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การตอบสนองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดซึ่งเป็นการกระทำใด ๆ หรือเป็นการทำงานภายในจิตใจที่มีเป้าหมายเพื่อลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและกำจัดฮอร์โมนที่หลั่งออกมาเพื่อตอบสนองความเครียด หรือเพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกาย จิตใจจากอันตรายที่มาคุกคาม โดยความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่ง Norepinephrine และต่อมหมวกไตให้หลั่ง Epinephrine และฮอร์โมน คอร์ติซอลโดยทั้ง Norepinephrine และ Epinephrine มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัวเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจทำให้ความดันโลหิตสูง และฮอร์โมนคอร์ติซอลมีผลเร่งการปลดปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อเตรียมใช้เป็นพลังงานทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง ทำให้ร่างกายทำงานรวดเร็วขึ้น และในระยะยาวอาจเกิดโรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง (สิดาพร ฤงคำ, 2562)

วิธีการจัดการความเครียดโดยกลไกทางจิตใจซึ่งเป็นกลไกการทำงานภายในจิตใจ ทั้งในระดับจิตสำนึกและใต้จิตสำนึก ได้แก่ กลไกการป้องกันทางจิตเป็นกลไกที่เกิดจากการทำงานของจิตใจในส่วนของอีโก้ (Ego) ในระดับจิตใต้สำนึกทั้งหมด เช่น การปฏิเสธการรับรู้ความจริง การมีพฤติกรรมถดถอย การเก็บกด การเลียนแบบ การเพ้อฝัน การโยนความผิดให้ผู้อื่น การหาเหตุผลเข้าข้างตนหรือปฏิกิริยาชดเชย เป็นต้น และกลไกการแก้ปัญหาเป็นการที่บุคคลจัดการกับปัญหาความขัดแย้งภายในใจในระดับจิตสำนึก โดยใช้กระบวนการทำงานการรู้และสติปัญญาหาหนทางปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิเคราะห์จุดที่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจและหาวิธีการที่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การประเมินสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด มองปัญหาชีวิตได้ตามกฎแห่งความเป็นจริงของธรรมชาติ หาข้อมูลที่เหมาะสม มองตัวเองตามความเป็นจริง เสริมสร้างความเข้มแข็งและกำลังใจ ระบายความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม (สิดาพร ฤงคำ, 2562)

การจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ (จรรยาศักดิ์ วงษ์ลี, 2560) และสามารถทำได้อีกหลายวิธี เช่น การฝึกโยคะ การรำมวยจีน การพักผ่อนหย่อนใจหรือใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก (กฤตวรรณ อนุพงษ์พร, 2560) มีการศึกษาพบว่า การทำโยคะสมาธิสามารถลดระดับความเครียด และระดับ

ความดันโลหิตในผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (ประภาพร สุวรรณภูมิ, 2564) วิธีรับมือหรือจัดการความเครียด มีดังนี้

(1) การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรโทนิน (สารสงบ) ช่วยลดความเครียดได้ สิ่งสำคัญคือ ต้องสนุกกับกิจกรรมที่ทำ เช่น ขนดิกฬาที่ชอบ การเดินเล่นที่เพลินใจ แต่ถ้าทำเพราะคิดว่าดีแล้วฝืนทำและทำมากเกินไปก็จะกลายเป็นผลเสีย ดังนั้นเราต้องสนุกและทำแต่พอดี การฝืนใจทำส่งผลให้สูญเสียพลังสมองอย่างมาก

(2) การฝึกหายใจ เพื่อคลายเครียด โดยใช้กลัมนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้องแทน การหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าอก โดยหายใจเข้าลึก ๆ นับ 1-4 ซ้ำ ๆ รู้สึกว่าท้องพองออก หลังจากนั้นค่อย ๆ ปล่อยลมหายใจออก นับ 1-8 ปล่อยลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบ ควรทำติดต่อกัน 4-5 ครั้ง การหายใจแบบนี้ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่น

(3) ออกกำลังกาย-เคลื่อนไหว เพื่อลดความเครียดและห่างไกลโรคซึมเศร้า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดความเครียดและจัดเป็นยาต้านเศร้าที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรคซึมเศร้าที่อาการไม่รุนแรง

(4) จัดสรรตารางกิจกรรมในชีวิตประจำวันและลงมือทำจริง ๆ การจดบันทึกสิ่งที่จะทำและเวลาที่จะทำจะช่วยลดความกังวลในการทำสิ่งที่ตั้งใจ โดยจัดความสำคัญของสิ่งที่จำเป็นต้องทำ และลดหรือตัดสิ่งที่ย้งรอได้ การทำกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกว่า ฉันทำได้ คือ การกำหนดเป้าหมายหรือสิ่งที่จะทำทุกวันอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากกิจกรรมเล็ก ๆ เช่น ตื่นเช้ากว่าเดิม 30 นาที ทักทายคนที่ทำงาน อย่างน้อย 2 คน ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม

(5) ให้ความรู้สึกขอบคุณ การพูดคำขอบคุณนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้คนที่ได้ฟังต่างรู้สึกดี แต่การที่ผู้พูดจะรู้สึกดีไปด้วยนั้นอยู่ที่ความรู้สึกขอบคุณที่เกิดขึ้นภายในใจ เพราะความรู้สึกขอบคุณประกอบด้วยความซาบซึ้ง ความประทับใจ และการรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่ได้รับ ความรู้สึกขอบคุณ คือ ยาต้านความเครียดตามธรรมชาติ เป็นการเริ่มต้นของพลังบวกที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างสมองส่วนคิดกับสมองที่เกี่ยวข้องอารมณ์ความรู้สึก เช่น การฝึกขอบคุณร่างกายตนเองก่อนนอน

(6) หัวเราะบ้าง การหัวเราะทำให้ร่างกายหลั่งสารโดพามีน ซึ่งช่วยลดความเครียดและทำให้คอร์ติซอล กลับมาอยู่ในระดับที่สมดุล ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น ขณะที่หัวเราะ จะช่วยให้ออกซิเจนเข้าไปหล่อเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดเป็นไปด้วยดี ซึ่งช่วยให้ร่างกายรู้สึกสดชื่นคลายความเศร้าหมอง จิตใจสงบ และช่วยให้สมาธิและความทรงจำดีขึ้น

(7) อาหารช่วยให้อารมณ์ดี อาหารที่มีทริปโตเฟน (วัตถุดิบในการสร้างสารซีโรโทนิน) เช่น ซีส นมวัว ไข่แดง อัลมอนต์ ถั่วแระญี่ปุ่น อาหารที่มีวิตามินบี เช่น กัลฉ่าย มีวิตามินบี 6

(ส่วนประกอบในการสร้างนอร์เอพิเนฟรินและโดพามีน) อาหารที่มีวิตามินซี เช่น มะเขือเทศ ฝรั่ง มะละกอ สับปะรด มะนาว ส้ม กีวี เมื่อมีความเครียด ร่างกายจะสูญเสียวิตามินซีมากกว่าปกติ 8 เท่า อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวโอเมกา-3 (DHA, EPA) มีทริปโตเฟนช่วยในการสร้างซีโรโทนิน เช่น ปลาแซลมอน ทูน่า ชาร์ดิน แมกเคอเรล และถั่วเปลือกแข็ง ข้าวกล้อง มีโพเลตและกรดแพนโทเทนิค (ไบโอติน) ช่วยลดความกังวลและทำให้อารมณ์คงที่ ดาร์กช็อกโกแลต มีฟลาโวนอยด์จากโกโก้ที่ช่วยลดปริมาณคอเลสเตอรอลในร่างกาย (ควรเลือกดาร์กช็อกโกแลตที่มีความเข้มข้นของโกโก้ร้อยละ 70 ขึ้นไป) อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่มีแป้ง ไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เพราะน้ำตาลสูงมีผลต่อน้ำตาลในเลือดเพิ่มและลดอย่างรวดเร็ว เกลือทำให้ความดันโลหิตสูงและตื่นตัวง่าย ไขมันสูงทำให้เส้นเลือดอุดตัน (กรมสุขภาพจิต, 2565)

สรุปได้ว่าการจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การฝึกโยคะ การร่ำรวยเงิน รับประทานอาหารที่ช่วยให้อารมณ์ดีการพักผ่อนหย่อนใจหรือใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก สามารถช่วยลดความเครียดและทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอล กลับมาอยู่ในระดับที่สมดุล ส่งผลให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ปรับให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไป คือ มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และ 1 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิงโดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตของสูงขึ้นได้ และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์ที่ทำการรักษาจะแนะนำให้ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลง (The American Heart Association, 2022)

หากดื่มปริมาณมากกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอีก 1.14 เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจชนิดอื่น ๆ 1.06 เท่า และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ 1.18 เท่า และพบว่าไม่มีระดับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ปลอดภัย หรือได้ประโยชน์ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยดังกล่าวระบุว่า การดื่มเบียร์ หรือ สุราเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยรวมมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การดื่มไวน์ การศึกษายังระบุว่า หากดื่มสุรา 100 - 200 กรัมต่อสัปดาห์ จะเสียชีวิตเร็วขึ้น 6 เดือน หากดื่ม 200 - 350 กรัมต่อสัปดาห์จะมีอายุสั้นลง 1 - 2 ปี และหากดื่มมากกว่า 350 กรัมต่อสัปดาห์จะมีอายุสั้นลง 4 - 5 ปี เมื่อเทียบกับคนที่ดื่มน้อยกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (สาวิตรี อัมณังค์กรชัย, 2561)

สรุปได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และการขยายตัวของหลอดเลือดส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

6) การงดสูบบุหรี่

บุหรี่ยมีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟริน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว บุหรี่จึงเป็นสาเหตุการเพิ่มความดันซิสโตลิก 4 มิลลิเมตร โปรทและความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 3 มิลลิเมตรโปรท (วนิดา สติประเสริฐ, 2558) และสารในบุหรี่ยีกหลายชนิดที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สารออกซิแดนซ์ที่มีความเข้มข้นสูงทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือด กระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือดทำให้เกิดลิ่มเลือด (สมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2564) การเกาะตัวของเกล็ดเลือดที่สูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (นพากรณ์ จันทรศรี, 2563) และนอกจากนี้ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมัน คือ มีการเพิ่มขึ้นของระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL) และระดับของไตรกลีเซอไรด์อย่างชัดเจนแต่คอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) จะลดลงทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงเสื่อมและแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด (เอนก กนกศิลป์, 2564) มีการศึกษาพบว่าการเลิกสูบบุหรี่สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และถ้าเลิกได้ 2 ปี สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2 เท่า (นฤมล ไชว์สูงเนิน, 2560)

สรุปได้ว่า การงดการสูบบุหรี่นั้นเพื่อลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ยไปออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้แรงดันเลือดสูง หัวใจเต้นแรงและเร็ว เลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง อวัยวะต่าง ๆ ใช้ออกซิเจนน้อยลงจะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

สรุปการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ เพื่อประสิทธิผลของป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไว้ 2

แนวทาง คือ 1) การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต และ 2) การควบคุมโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตได้

2.2 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความหมายของการจัดการตัวเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

การจัดการตนเอง หมายถึง การเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง (Kanfer, 1981)

การจัดการตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเอง อย่างตรงตามความเป็นจริงโดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายและการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล (Browder and Shapiro, 1985)

การจัดการตนเอง เป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะทางอารมณ์ในการเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยการจัดการตนเองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ (Lorig, 1993)

การจัดการตนเอง เป็นการเฝ้าระวังและจัดการกับอาการของโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดำรงชีวิตโดยการรักษาภาวะสุขภาพและการจัดการกับผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกายอารมย์และความสัมพันธ์ของอารมณ์ (Holman and Lorig, 2000)

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเรื้อรังกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมโรคเพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง (Creer, 2000)

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับโรคเรื้อรังและปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย โดยอาศัยกระบวนการคิดการรับรู้ และมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง (Barlow et al., 2002)

การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig and Holman, 2003)

การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการและภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (กฤตวรรณ ณฑลพงศกร, 2560)

การจัดการตนเอง เป็นเรื่องของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษา หรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้น ให้มีทักษะและความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ (ปัทมาพร ชนะมาร, 2563)

สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่เตรียมบุคคลให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนการรักษาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ภายใต้ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- (1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
- (2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย
- (3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด
- (4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

องค์ประกอบจากแนวคิดทั้ง 4 นี้ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพบริบทการปฏิบัติงานและวิถีชีวิตของข้าราชการรัฐสภาสามัญที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีศักยภาพ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญาในการเรียนรู้ ตลอดจนมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ด้วยบริบทการปฏิบัติงานจึงทำให้ละเลยการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ และแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ยังเป็นประโยชน์สำหรับจัดทำแนวทางในการ

วางแผนพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างยั่งยืน

2.2.2 แบบแผนการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985)

การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคล (Browder & Shapiro, 1985) ดังนี้

1) การประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง เป็นการประเมินอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทักษะ ความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วย และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยของตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ทราบปัญหา และข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ซึ่งอาศัยข้อมูลจากความรู้ที่ได้รับมาเป็นพื้นฐานในการประเมินทักษะ ความสามารถในการจัดการตนเอง แล้วจึงกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง ตามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายโดยอาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจน เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดการตั้งเป้าหมายนั้น ควรทำภายหลังผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรค และทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยนั้นอย่างเพียงพอ

3) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายการติดตามความก้าวหน้า เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามาพูดคุยถึงความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค เป็นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการตรวจสอบอาการและการเปลี่ยนแปลงของตนเองในแต่ละวัน เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา และปรับแผนการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยมีระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตื่นตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ป่วยควรมีสติในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

4) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดเป็นขั้นตอนการช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อเป็นการหาความเห็นร่วมกันของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษา เพื่อหาแนวทาง หรือวิธีในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และเพื่อให้กำลังใจในการพัฒนาทักษะที่ขาดสนับสนุน ผลักดัน ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

5) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับเป็นการประเมิน การควบคุมพฤติกรรม และติดตามตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนด หรือตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ มีทักษะใดที่ต้องเพิ่มเติมหรือไม่ และทำให้ผู้ป่วยทราบข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ ซึ่งความสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

จัดการตนเองเป็นการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติ (Creer, 2000)

การจัดการตนเองในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรังประกอบด้วย 4 ระยะ คือ การรับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ประเมินการเปลี่ยนแปลง เลือกลวิถีการแก้ไข การรักษาและประเมินผลสำเร็จของการรักษา (Riegel, Carlson & Glaser, 2000)

กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การร่วมวางแผน และตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การสนับสนุนข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็น ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวางแผนติดตามผลและเฝ้าระวังตนเอง (Eakin & Wilson, 2005)

การจัดการตนเองโดยใช้เทคนิคการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง (Kanfer & Garlick-Buys, 1991)

การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคล (Browder & Shapiro, 1985)

จากแบบแผนการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) สรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมี

ความรู้ในเรื่องผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และวิธีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอจนสามารถประเมิน วิเคราะห์ และเข้าใจผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับร่างกาย ครอบครัวและสังคม จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ อย่างยั่งยืน

2.2.3 การประเมินการจัดการตนเอง

เป้าหมายสุดท้ายของการประเมินผลการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมซึ่ง Good (1973) ได้เสนอการเกิดพฤติกรรมไว้ว่า จะต้องเริ่มต้นจากการสร้างความรู้ ความตระหนักของบุคคลก่อนจึงจะสามารถเกิดพฤติกรรมขึ้นได้ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการประเมินองค์ประกอบ คือ ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความหมายความรู้ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความรู้ หมายถึง การเริ่มต้นจากระดับง่าย ๆ ก่อน แล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 5 ชั้น คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล และความรู้สามารถวัดได้โดยเครื่องมือที่ใช้ทดสอบ

ความรู้ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบอัตนัย และแบบปรนัย (สมถวิล ผลสอาด, 2555)

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่ (อัญชลี ศรีสมุทร, 2552)

ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน (Bloom, 1956)

เพิร์ลสัน (Pearlson, 2001) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้ คือ สารสนเทศที่มีคุณค่ามากที่สุดเป็นส่วนผสมของสารสนเทศที่มีสาระ ค่านิยม ประสบการณ์ และกฎเกณฑ์

เทอร์แบน (Turban) และคนอื่น ๆ (2001) อธิบายไว้ว่า ความรู้ประกอบด้วยข้อมูลหรือสารสนเทศที่ได้รับการจัดระบบและประมวลผลเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจ ประสบการณ์ และส่งเสริมการเรียนรู้และความเชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถนำไปใช้สำหรับการแก้ปัญหาหรือการดำเนินงานได้

สรุปได้ว่า กระบวนการสร้างความรู้ นั้น ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์แล้วนำมาจัดระบบประมวลผลจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินผลเพื่อตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2560)

ซึ่งงานวิจัยนี้วัดความรู้จากแบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของข้าราชการรัฐสภาสามัญที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่

2) ความหมายของความตระหนัก (Awareness)

ความตระหนัก (Awareness) เป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยา (Psychological approach) ซึ่งผสมผสานกับแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ (Behaviour science) โดยมีนักวิจัยได้ให้ความหมายของความตระหนักไว้ดังนี้

ความตระหนัก (Awareness) หมายถึง รู้ประจักษ์ชัด รู้ชัดแจ้ง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความตระหนัก เป็นความรู้ที่ประจักษ์ชัดหรือความรู้ชัดแจ้ง เป็นความรู้ตัว เป็นความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ประสบในสภาพแวดล้อมที่ดำรงอยู่ เป็นความรู้สึกหรือความนึกหาเหตุผลในพฤติกรรมที่ได้กระทำไปทุกครั้ง เป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับความรู้สึกความคิด และความปรารถนาต่าง ๆ ต่อสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง การกระทำที่แสดงว่า จำได้มีการรับรู้การมีความรู้หรือมีความสำคัญ การรับรู้ การตอบสนอง การเห็นคุณค่า การจัดระบบ คุณค่า การเอาคุณค่ามาสร้างชัดเจนลักษณะนิสัยประจำวัน (เจริญ โนภีระ, 2553)

ความตระหนัก หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความเห็น ความสำคัญ เป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยทำให้คนเกิดความตระหนัก (กุลวดี สุธล้า, 2550)

ความตระหนัก หมายถึง ความสำนึกที่บุคคลเคยมีความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในสภาวะจิตใจต่อเหตุการณ์หนึ่งที่ได้ประสบแล้วแสดงความรู้สึกออกมาทางพฤติกรรม (นงลักษณ์ วงศ์นอม, 2548)

ความตระหนักว่า หมายถึง ความสำนึกซึ่งบุคคลเคยมีการรับรู้หรือเคยมีความรู้มาก่อน เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจึงเกิดความรู้สึกหรือความตระหนักขึ้น ความตระหนักมีความหมายเหมือนกับความรู้สึกเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิดความปรารถนาต่าง ๆ อันเกิดจากความรู้และความสำนึกต่าง ๆ มาแล้ว โดยมีการประเมินค่าและตระหนักถึงสำคัญของตนที่มีต่อสิ่งนั้น (อนุสรณ์ กาลดิษฐ์, 2548)

ความตระหนัก หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้ถูกคิด หรือเกิดความรู้สึกว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ภายใต้สภาวะจิตใจที่สามารถแสดงออกด้วยการพูด การเขียน การอ่าน หรืออื่น ๆ โดยอาศัยระยะ เวลา ประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อมทางสังคม หรือสิ่งเร้าจากภายนอกให้เกิดความรู้สึกจากการสัมผัส การรับรู้ ความคิดรวบยอด การเรียนรู้หรือความรู้ส่งผลให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกในสิ่งนั้น (เกษม จันทรแก้ว, 2547)

ความตระหนักเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับความสำนึกความรู้สึกนึกคิดและความปรารถนาของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โดยมีเหตุการณ์สภาพแวดล้อมหรือสังคมหรือสิ่งเร้าจากภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก (เริงชัย คงสงค์, 2547)

องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนัก ความตระหนักเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า การสัมผัส การรับรู้ ความคิดรวบยอด การเรียนรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม ความรู้เจตคติความถนัด ซึ่งบุคคลสถานการณ์กลุ่มสังคมและสิ่งต่าง ๆ ที่โน้มน้าว หรือจะตอบสนองในทางบวกหรือทางลบเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) อารมณ์ความรู้สึก (Affective component) และพฤติกรรม (Behavioral component) ความตระหนักของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล (Breckler, S.W., 1986)

การเกิดความตระหนัก เป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือรับสัมผัสสิ่งเร้าแล้วจะเกิดความรู้อย่างถูกต้องและต้องมีความรู้อย่างถ่องแท้เมื่อรับรู้ขั้นต่อไปก็จะเข้าใจสิ่งนั้น คือเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้คือมีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักก็จะนำไปสู่การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น (Good ,1973)

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก



ที่มา: Cater V. Good (1973)

สรุปได้ว่า ความตระหนัก หมายถึง การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก แล้วเกิดการรับรู้ มีข้อมูล หรือมีประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ ตลอดจนมีความใส่ใจและเห็นคุณค่าในเรื่องนั้น ทำให้เกิดความคิดรวบยอดและเกิดการเรียนรู้ บุคคลนั้นจะมีความสำนึก รู้สึกรู้สีกิด และการถูกคิด โดยใช้ความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์ที่เคยมีมาเพื่อแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม

งานวิจัยนี้วัดความตระหนักจากแบบวัดความตระหนักการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่

3) ความหมายของพฤติกรรม (Behaviour)

พฤติกรรม (Behaviour) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตอบสนองต่อสิ่งเร้า การกระทำที่เกิดขึ้นทั้งที่ผู้กระทำรู้สึกตัวและผู้กระทำไม่รู้สึกตัว ซึ่งสามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ (สุวรรณา สงชนู, 2558) พฤติกรรม เป็นการกระทำของคนสามารถสังเกตได้ และไม่สามารถสังเกตได้ เกิดจากทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ อาจสืบเนื่องมาจากความคิดความรู้สึกที่จะแสดงออกมาของแต่ละคนอาจจะแสดงออกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์และเจตคติบุคคลเมื่อได้รับการเรียนรู้แล้วจะมีทัศนคติกับสิ่งนั้น ๆ แล้วส่งผลมาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาทั้งมีคนที่เห็นและไม่มีคนเห็น (นิธิกร กุลพัทธ์พานิชย์, 2560)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตและสามารถใช้เครื่องมือในการวัดหรือทดสอบได้ (บุรฉัตร จันทร์แดง, 2562)

พฤติกรรม (Behaviour) ว่าหมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ได้ และสามารถใช้เครื่องมือในการวัด หรือทดสอบได้ (Fazio & Olson, 2003)

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงและกิริยาท่าทางซึ่งสิ่งมีชีวิตระบบหรืออัตลักษณ์ ประดิษฐ์ที่ก่อตัวร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมระบบอื่นหรือสิ่งมีชีวิตโดยรวมเช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมเป็นการตอบสนองของระบบหรือสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าหรือการรับเข้าทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก มีสติหรือไม่มีสติระลึกรู้ ชัดเจน หรือแอบแฝง และโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ (Dusenbery, 2009)

พฤติกรรม (Behaviour) ว่าหมายถึง ปฏิบัติการและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ (Rudma, 2011)

4) องค์ประกอบของพฤติกรรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมมี 7 ประการ (Cronbach, 1951 อ้างถึงใน นิธิกรกุลพัทธ์พาณิย์, 2560) ได้แก่

(1) ความมุ่งหมาย (Goal) คือ ความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรม คนต้องทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้นกิจกรรมบางอย่างก็ให้ความพอใจหรือสนองความต้องการได้ทันที แต่ความต้องการหรือวัตถุประสงค์บางอย่างก็ต้องใช้เวลาพอสมควร จึงจะสามารถบรรลุผลสมความต้องการที่ห่างออกไปภายหลัง

(2) ความพร้อม (Readiness) คือ ระดับวุฒิภาวะหรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ คนเราไม่สามารถสนองความต้องการได้หมดทุกอย่าง ความต้องการบางอย่างอยู่นอกเหนือความสามารถ

(3) สถานการณ์ (Situation) คือ เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

(4) การแปลความหมาย (Interpretation) คือ ก่อนที่คนเราจะทำกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งลงไป จะต้องพิจารณาสถานการณ์เสียก่อนแล้วตัดสินใจเลือกวิธีที่คาดว่าจะได้รับความพอใจมากที่สุด

(5) การตอบสนอง (Response) คือ เป็นการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ โดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นการแปลความหมาย

(6) ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) คือ เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับผลการกระทำนั้นผลที่ได้รับอาจจะตามที่คาดคิดไว้ (Confirm) หรืออาจตรงกันข้ามกับความคาดหมาย (Contradict) ก็ได้

(7) ปฏิกริยาต่อความคาดหวัง (Reaction to thwarting) คือ หากคนเราไม่สามารถสนองความต้องการได้ ก็กล่าวได้ว่าเขาประสบกับความผิดหวัง ในกรณีเช่นนี้อาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานะใหม่และเลือกวิธีการตอบสนองใหม่

เนื่องด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพลดน้อยลง ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายรวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยยา รวมถึงการเผชิญกับสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ล้วนก่อให้เกิดปัญหาเรื่องสุขภาพมากขึ้น ที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการสร้างการรับรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การสาธิต และฝึกปฏิบัติ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการนั่งสมาธิ แต่ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการจัดการตนเองและขาดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม (ศิรินพพร ดั่งใส, 2564) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรทางสุขภาพคอยช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเอง สามารถจัดการตนเองได้ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามมาอย่างยั่งยืน โดยความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปัญญาวรรณ ปรากฏผล, 2562) และกระบวนการสร้างความตระหนักรู้นั้นทำให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น และความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้ (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, 2560)

สรุปได้ว่า พฤติกรรม (behaviour) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคล มีทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมหรือการแสดงออกนั้นสามารถวัดได้ โดยเป็นการแสดงออกที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

งานวิจัยนี้ ประเมินพฤติกรรมจากแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภค

อาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่

2.3 โปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการนำแนวทางการจัดการตนเองมาใช้ในโปรแกรมและได้รับความสำเร็จเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ ความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Bozorgi, et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่องผลของ “แอปพลิเคชันการจัดการความดันโลหิต” เคลื่อนที่ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีความตระหนักและพฤติกรรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของ Li, et al. (2019) การศึกษาของอดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (ไลน์แอปพลิเคชัน) มีความเชื่อด้านสุขภาพ (ความตระหนัก) สูงกว่ากลุ่มออฟไลน์ (การให้โปรแชร์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันการศึกษาของ Gazit, Gutman, and Beatty (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประเมินการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความดันโลหิตด้วยตนเองด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเทคโนโลยีเคลื่อนที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของ McLeana, et al. (2016) เรื่องโปรแกรมดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ใหญ่ด้วยการทบทวนระบบความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่างานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดิจิทัลมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองการศึกษาของ Alnooh, et al. (2023) เรื่องการระบุแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อรองรับแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดภาวะความดันโลหิตสูง (DASH) การจัดการอาหารด้วยตนเอง : การค้นหา App Store อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ในการจัดการตนเองมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) เรื่องผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมออนไลน์มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอปพลิเคชัน มีระดับความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

ส่วนการศึกษาของเกศินี วุฒิวงศ์, ดารินทร์ เหมาะะวิบูลย์ และศรีไพร ผลบุญเรือง (2560) เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของจันทร์เพ็ญ หวานคำ ชดช้อย วัฒนะ และศิริพร ชัมภลิจิต (2558) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของชัยยา นรเดชาพันธ์ เพชรีย์ กุณาละสิริ และณัททวี ศิริรัตน์ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีพฤติกรรมและความตระหนักที่เทียบได้กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของดุชนฤภา ภาคปิยวัชร สุธีรา ชุ่มตระกูล และนงพิมล นิมิตรอนันท์ (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดมีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของนพารณ จันทรศรี กนกพร นทีชนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของนิศาตร์น รววมวงษ์ และคณะ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของสุชาดา พวงจำปา กาญจนา พิบูลย์ วัลลภ ใจดี และเกษม ใช้คล่องกิจ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ (การออกกำลังกาย) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของลดาวัลย์ มาลัยเจริญ (2564) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a. พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และเจตคติ (ความตระหนัก) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของจุฑามาส พรหมใจมั่น ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ามีโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จเกี่ยวกับการนำความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) เรื่องผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออนไลน์มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอปพลิเคชันมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงต้องการศึกษาโดยนำโปรแกรมแบบออนไลน์นำมาเปรียบเทียบกับโดยใช้กรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985)

2.3.1 โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
- 2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด
- 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด
- 4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร เกิดความรู้ ความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างเป็นปกติสุข

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นหลักเนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่นิยมอย่างกว้างขวางและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภาระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ที่เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามนโยบายเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลของรัฐบาล โดยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์เน้นการส่งเสริมให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการใช้ LINE Meeting ในการประชุมให้ความรู้ และติดตามผล มีห้องเรียนออนไลน์ในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ ภาพ Infographics คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบของ E-book สมุดบันทึกความดันโลหิตแบบ Online ในรูปแบบของ Line OA ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองได้ตลอดเวลา สามารถติดตามความก้าวหน้าของระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถเรียนรู้วิธีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเองได้ทุกที่ ทุกเวลา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีประสบการณ์การจัดการตนเองที่ดี มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพใน 6 ประเด็น ได้แก่

- 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet
- 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ
- 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- 4) การจัดการความเครียด
- 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6) การงดสูบบุหรี่

โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นเพียงเพื่อนร่วมทางในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ติดตาม ประเมินผล อำนวยความสะดวก และให้การเสริมแรง สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น การศึกษาของปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์” พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแกว่งแขนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน การศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) เรื่องผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออนไลน์มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอปพลิเคชันมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (ไลน์แอปพลิเคชัน) มีความเชื่อด้านสุขภาพ (ความตระหนัก) สูงกว่ากลุ่มออฟไลน์ (การให้โปรชาร์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา Hallberg, Ranerup, and Kjellgren, (2016) เรื่องการสนับสนุนการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง : ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้ระบบโทรศัพท์แบบเคลื่อนที่ พบว่า การใช้โปรแกรมที่อยู่ในรูปแบบออนไลน์มีความสะดวกสบายในการใช้งาน โดยเฉพาะการจัดการด้วยตนเองการศึกษาของ McBride, Morrissey and Molloy, (2017) เรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปรับปรุงการปฏิบัติตามยาในความดันโลหิตสูง : การศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปรับปรุงการปฏิบัติตามยาในความดันโลหิตสูง พบว่าการวิจัยทั้งสองเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสะดวกสบาย ใช้งานง่ายในการจัดการตัวเองของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีความตระหนักเกิดขึ้นและคงอยู่ตลอดเวลาส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง การศึกษาของ Kim, Wineinger, and Steinhubl, (2016) เรื่องอิทธิพลของโปรแกรมตรวจสอบตนเองแบบไร้สายต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดใช้งานของผู้ป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง : การศึกษาย่อยของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.3.2 โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นี้เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
- 2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด
- 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด
- 4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

เนื่องจากเชื่อว่าแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเกิดความรู้ ความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างเป็นปกติสุข

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นครั้งนี้ดำเนินการจัดกิจกรรมในห้องประชุม โดยผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยการบรรยายและการชมวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสาระการเรียนรู้ดังนี้ เรื่องอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูง วิธีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง วิธีการขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่

- 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet
- 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ
- 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- 4) การจัดการความเครียด
- 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6) การงดสูบบุหรี่

มีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พร้อมบันทึกระดับความดันโลหิต ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกความดันโลหิต โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นเพียงเพื่อนร่วมทางในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ติดตามประเมินผล อำนวยความสะดวก และให้การเสริมแรง สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการจัดการตนเองของ

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดังเช่น การศึกษาของดุษณฎา ภาคปิยวัชร (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี” พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นการกระทำการพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศรวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุและตักเตือนใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน (สภาการพยาบาล, 2552)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือเป็นโซ่ข้อกลางในการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ ทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่อาจกล่าวได้ว่า เป็นทั้งผู้นำ ที่ปรึกษา พี่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเชื่อมโยงระบบการดูแลและพัฒนานวัตกรรมให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนให้ดูแลและพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (ฐิตารัตน์ สารทองแดง, 2563) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนอีกด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขทั้งในปัจเจกบุคคล กลุ่มคน และชุมชน ครอบคลุมบทบาททั้ง 4 ด้าน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชน พยาบาลจะต้องมีความรู้มีศักยภาพด้านการจัดการและกำกับระบบการดูแล

บุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน โดยการจัดการกับระบบจะเน้นการดูแลและการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมในการสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการเข้าถึงประชาชนในชุมชนอย่างมีศิลปะด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มีคุณธรรมจริยธรรม รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้และนวัตกรรมด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนี้

1) บูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่แนวทางการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และวิธีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ที่กล่าวถึงการประเมินการวินิจฉัยปัญหา การรักษาเป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิต และการลดความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคให้ผู้ป่วยสามารถเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม สามารถติดตามระดับความดันโลหิตจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) รวบรวมผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติรูปแบบหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3) สร้างนวัตกรรมและรูปแบบในการให้บริการสุขภาพเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ดังนี้ คือพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ชัดเจนปรับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

4) ประสานงาน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ประกอบด้วยตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

5) ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วินิจฉัยปัญหาโดยใช้หลักฐานทางคลินิก แนวทางการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมและรักษาสอดคล้องกับแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยง และตรวจหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเป็นระยะ

6) ให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญการป้องกันและการจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค สอนและฝึกทักษะ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้สามารถจัดการและดูแลภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง สร้างเสริมพลังอำนาจ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

7) สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการค้นหาปัญหา อุปสรรค ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ โดยเข้ามาสร้างองค์ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งในรายบุคคลและรายกลุ่ม

8) พืทกษสิทธิ์ผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงาน (Advocate) ให้ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย โดยการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ซึ่งอาศัยข้อมูลจากความรู้ที่ได้รับมาเป็นพื้นฐานในการประเมินทักษะ ความสามารถในการจัดการตนเอง แล้วจึงกำหนดเป้าหมายมีความเป็นไปได้จริง ตามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนเกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

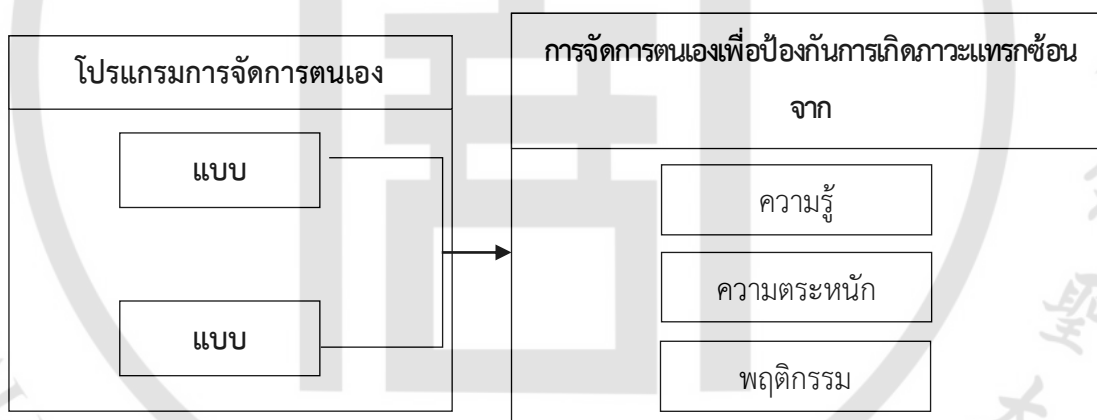
9) จัดเก็บรวบรวมข้อมูล เลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์และนำผลการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาพร้อมจัดทำฐานข้อมูลการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง ติดตามให้เหมาะสมครอบคลุมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบความก้าวหน้าในการจัดการตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ 2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด และ 4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับงานวิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and

Shapiro (1985) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเกิดความรู้ ความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ ที่ถูกสร้างขึ้นโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นหลักเนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่นิยมอย่างกว้างขวางและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภากับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นให้ดำเนินการจัดกิจกรรมในห้องประชุม

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเอง



ที่มา: Browder and Shapiro (1985)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest - posttest designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ระยะเวลาการดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยมีการออกแบบแผนการทดลอง ดังนี้

แผนภูมิที่ 3 แบบแผนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	สัปดาห์											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มทดลอง	O ₁ ————— X ————— O ₂											
กลุ่มเปรียบเทียบ	O ₃ ————— Y ————— O ₄											

O ₁	หมายถึง	การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Experimental group) ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์
O ₂	หมายถึง	การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Experimental group) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์
O ₃	หมายถึง	การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
O ₄	หมายถึง	การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
X	หมายถึง	โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์
Y	หมายถึง	โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์

3.1 พื้นที่วิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษา ณ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ มีฐานะเทียบเท่ากรม โดยมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับราชการประจำทั่วไปของสภาผู้แทนราษฎรมี เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเป็นผู้บังคับบัญชา ข้าราชการ และรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการขึ้น ตรงต่อประธานสภาผู้แทนราษฎร สำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรนั้น ถือว่าเป็นข้าราชการประจำ เรียกว่า ข้าราชการฝ่ายรัฐสภา ประกอบด้วยข้าราชการรัฐสภาสามัญ และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง ข้าราชการรัฐสภาสามัญมี 4 ประเภท ประกอบด้วย 1) ตำแหน่ง ประเภทบริหาร 2) ตำแหน่งประเภทอำนวยการ 3) ตำแหน่งประเภทวิชาการ 4) ตำแหน่งประเภท ทั่วไป ปัจจุบันสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร แบ่งส่วนราชการภายในออกเป็น 23 สำนัก 5 กลุ่มงาน

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการประจำสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ซึ่งเป็น 1 ใน 23 สำนัก 5 กลุ่มงาน ของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มงาน บริการทางการแพทย์และกลุ่มงานบริหารงานทั่วไป มีอำนาจหน้าที่ตามประกาศคณะกรรมการ ข้าราชการรัฐสภา เรื่อง การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2556 คือ กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน และพัฒนา แนวทางปฏิบัติ สนับสนุน และติดตามประเมินผลการดำเนินการด้านการบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขประจำรัฐสภา การตรวจสุขภาพประจำปี จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วย บริหารจัดการระบบ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ การตรวจรักษาโรคกรณีเจ็บป่วยขั้นพื้นฐานหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อ ช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาล บริหารจัดการสถานที่บริการทางการแพทย์ รถพยาบาล ฉุกเฉิน ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พร้อมการดูแลบำรุงรักษา อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและพัฒนา ระบบสุขภาพ และปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากร คือ ข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จากผลการตรวจ

สุขภาพประจำปีของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้นจำนวน 198 ราย (ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2564)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร จำนวน 44 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ มีโทรศัพท์ที่สามารถเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในโปรแกรมทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย 12 สัปดาห์ โดยการเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ คือ

- 1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ประชากรทั้งหมด
- 2) นำหมายเลขประจำตัวของประชากรมาจัดทำเป็นฉลาก
- 3) จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลข โดยชื่อแรกเป็นกลุ่มทดลองแล้วตามด้วยกลุ่มเปรียบเทียบ

จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

3.2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 มีการกำหนดค่าต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ (Large size) มีค่าเท่ากับ 0.80
- 2) อำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ 0.80
- 3) ความเชื่อมั่น (Alpha) ที่ 0.05

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 คือ 8 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด (Total sample size) จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน

3.2.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะดำเนินการวิจัย
- 2) ขอลอนตัวออกจากการศึกษา

3.2.5 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากระบบการลงทะเบียนของสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่กำหนด

2) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์จำนวน 22 ราย และโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ จำนวน 22 ราย โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (Matching) คือ แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษา จำนวน 22 คู่ จับคู่คนที่ 1 กับคนที่ 2 แล้วสุ่มเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับฉลาก ทำด้วยวิธีนี้จนครบ 22 คู่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษากลุ่มเดียวกัน ดังเช่น การศึกษาของจินตนา นุ่นยะพริก (2560) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา” พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิต การศึกษาของวิศรา ปั่นทองกลาง (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การศึกษาของวนิดา วุฒิกิจจารัตน์ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต คือ ระดับการศึกษาและการศึกษาของวิชาญ แป้นทอง (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding factor) คือ อายุ เพศ และการศึกษา

3) หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการสุ่ม (Random assignment sampling) โดยการจับฉลากได้ชื่อแรกเป็นกลุ่มทดลองแล้วตามด้วยกลุ่มเปรียบเทียบจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาที่ได้รับ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2) แบบวัดความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แบบวัดเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ เป็นคำถามเชิงบวก ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้ด้วยการตอบคำถามว่า “ถูก” หรือ “ผิด” จำนวน 22 ข้อ โดยผู้ตอบคำถามจะเลือกได้เพียง 1 คำตอบ เกณฑ์การให้คะแนนตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

แปลผลคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความรู้สูง	หมายถึง 17.60 - 22.00 คะแนน
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง 13.20 - 17.59 คะแนน
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง 0.00 - 12.99 คะแนน

3) แบบประเมินความตระหนักการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินความตระหนักถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยกำหนดระดับ

ความตระหนัก คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยมาก การแปลคะแนนระดับความตระหนัก
ดังนี้ คือ

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวเท่ากับ 0 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว แต่ยังไม่มีความจำเป็นจะต้องปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวและจะต้องปฏิบัติตามในทันทีเท่ากับ 2 คะแนน

แปลผลคะแนนผลรวมของคะแนนทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.60 - 2.00 คะแนน	หมายถึง	มีความตระหนักในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.20-1.59 คะแนน	หมายถึง	มีความตระหนักในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.19 คะแนน	หมายถึง	มีความตระหนักในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดี

4) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับปรุงแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 18 ข้อ โดยข้อความคำถามคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยกำหนดระดับพฤติกรรม คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับที่ไม่ได้กระทำหรือไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเลย
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับที่ได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 1-3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับที่ได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 4-6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับที่ได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 7 วัน/สัปดาห์หรือทุกวัน
เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรม ดังนี้	

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ ให้	3 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้	2 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้	1 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ ให้	0 คะแนน	3 คะแนน

แปลผลคะแนนผลรวมของคะแนนทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.40 - 3.00 หมายถึง	มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.80-2.39 หมายถึง	มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.79 หมายถึง	มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับไม่ดี

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นี้ใช้สำหรับกลุ่มทดลอง โดยโปรแกรมสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- (1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
- (2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด
- (3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด
- (4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

เกิดความรู้ ความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่องานในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างเป็นปกติสุข

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นหลักเนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่นิยมอย่างกว้างขวางและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภา ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ที่เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามนโยบายเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลของรัฐบาล โดยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์เน้นการส่งเสริมให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการใช้ LINE Meeting ในการประชุมให้ความรู้ และติดตามผลมีห้องเรียนออนไลน์ในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ ภาพ Infographics คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบของ E-book สมุดบันทึกความดันโลหิตแบบ Online ในรูปแบบของ ไลน์ โอเอ (LINE OA) หรือ LINE Official Account ชื่อว่า “หมอสภา” ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองได้ตลอดเวลา สามารถติดตามความก้าวหน้าของระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถเรียนรู้วิธีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเองได้ทุกที่ ทุกเวลา

ผู้วิจัยเชื่อว่าการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีประสบการณ์การจัดการตนเองที่ดี มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ และมีประสิทธิภาพ ใน 6 ประเด็น ได้แก่

- (1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet
- (2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ
- (3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- (4) การจัดการความเครียด
- (5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (6) การงดสูบบุหรี่

โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นเพียงเพื่อนร่วมทางในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ติดตาม ประเมินผล อำนวยความสะดวก และให้การเสริมแรง สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น การศึกษาของปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแวกซ์และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์” พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแวกซ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

2) โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใช้สำหรับกลุ่มควบคุม โปรแกรมนี้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- (1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้
- (2) การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด
- (3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด
- (4) การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ

เนื่องจากเชื่อว่าแนวคิดการจัดการตนเองของ Browder and Shapiro (1985) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเกิดความรู้ ความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างเป็นปกติสุข

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นครั้งนี้ดำเนินการจัดกิจกรรมในห้องประชุมปี 1-2 ชั้นปี 1 ของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร โดยผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยการบรรยายและการชมวิดีโอเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสาระการเรียนรู้ดังนี้ เรื่องอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูง วิธีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง วิธีการ ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่

- (1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet
- (2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ
- (3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- (4) การจัดการความเครียด
- (5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (6) การงดสูบบุหรี่

มีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พร้อมบันทึกระดับความดันโลหิต ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกความดันโลหิต โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นเพียงเพื่อนร่วมทางในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ติดตาม ประเมินผล อำนวยความสะดวก และให้การเสริมแรง สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดังเช่น การศึกษาของคุชฌา ภาคปิยวัชร (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี” พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับแบบออฟไลน์ ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของข้าราชการรัฐสภาสามัญที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และแบบวัดความรู้ แบบประเมินความตระหนักและแบบประเมินพฤติกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เนื้อหา และภาษาที่ใช้ ตลอดจนพิจารณาถึงความเหมาะสมทั่วไปของเครื่องมือนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. นำเครื่องมือวัดความรู้ แบบประเมินความตระหนักและแบบประเมินพฤติกรรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (0.60-1.00)

3. นำเครื่องมือที่ได้ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้

(Try out) กับข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยไปยังเลขาธิการวุฒิสภาแล้วนำผลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง โดยข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ .780 แบบประเมินความตระหนักและแบบประเมินพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .955 และ .887 ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติไปเสนอเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
2. หลังได้รับการอนุมัติจากเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมสัมมนาชั้นปี 1-2 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์อธิบายกิจกรรมในขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียดและการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตลอดระยะเวลาในการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการ ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งนี้ ให้เซ็นใบยินยอมและดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับแบบออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
ขั้นตอน : การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 1 – 5 ของสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ดังนี้ วันที่ 1 กิจกรรมเป้าหมายของฉัน (My goal) ผู้วิจัยให้ Add line หมอสภา แล้วส่งข้อมูลต่าง ๆ ผ่าน Line ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (11.00-12.00 น.) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายกิจกรรมในโปรแกรมฯ 2) อธิบายและสาธิตวิธีการใช้งาน Line OA “หมอสภา” เช่น การยืนยันตัวตน วิธีการบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และการดูผลการบันทึกข้อมูลที่แสดงเป็นกราฟ การเปิดอ่านคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (E-book) เป็นต้น 3) ประเมินความรู้เดิม โดยทำแบบสอบถามที่สร้างจาก Google form (Pre-test) คือ แบบสอบถามความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เดิม สำนวนตรวจสอบพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 5) กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง สนทนาแบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถามปัญหาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน	ขั้นตอน : การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 1 – 5 ของสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ดังนี้ วันที่ 1 กิจกรรมเป้าหมายของฉัน (My goal) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (09.00-10.00 น.) ณ ห้องประชุมสัมมนา ปี1-2 ชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา 1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายกิจกรรมในโปรแกรมฯ 2) อธิบายและสาธิตวิธีการใช้สมุดบันทึกความดันโลหิตและคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 3) ประเมินความรู้เดิม โดยทำแบบสอบถาม (Pre-test) คือ แบบสอบถามความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เดิม สำนวนตรวจสอบพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 5) กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง สนทนาแบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถามปัญหาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
วันที่ 2 กิจกรรม “Self-Learning ” ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (13.00-15.00 น.) ผ่านห้อง LINE Meeting 1) ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยการบรรยายและการชมวิดีโอ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสาระการเรียนรู้ ดังนี้ 1.1 อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง 1.4 วิธีการจัดการตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2) อธิบายและสาธิตวิธีการ ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาการจัดการความเครียด การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการงดสูบบุหรี่ 3) วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยนร่วมกันเป็นรายบุคคล สนทนาแบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถามปัญหาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน	วันที่ 2 กิจกรรม “Self-Learning” ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (10.00-12.00 น.) ณ ห้องประชุมสัมมนาปี 1-2 ชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา 1) ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยการบรรยายและการชมวิดีโอ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสาระการเรียนรู้ ดังนี้ 1.1 อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง 1.4 วิธีการจัดการตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2) อธิบายและสาธิตวิธีการ ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื่อง การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การรับประทานยาการจัดการความเครียด การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการงดสูบบุหรี่ 3) วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยนร่วมกันเป็นรายบุคคล สนทนาแบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถามปัญหาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน บอร์ดให้ความรู้หน้าสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ชั้น 1 โซน N อาคารรัฐสภา

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
วันที่ 3-วันที่ 5 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ” สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “Self-Review” ผ่านห้อง LINE Meeting ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (13.00-15.00 น.) ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2 ดังนี้ 1) ทบทวนความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง 1.1 การบริโภคอาหาร 1.2 การออกกำลังกาย 1.3 การรับประทานยา 1.4 การจัดการความเครียด 1.5 การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.6 การงดสูบบุหรี่ 2) กำหนดเป้าหมาย พันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ร่วมกัน 3) กำหนดเวลา รายงาน ชมเชยบุคคลและติดประกาศบุคคลบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเองโดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มไลน์ วันที่ 2-วันที่ 5 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ”	วันที่ 3-วันที่ 5 เรียนรู้ด้วยตนเองโดยทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการประชุมในประชุมสัมมนา ปี 1-2 ชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “Self-Review” ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (10.00-12.00 น.) ณ ห้องประชุมสัมมนา ปี 1-2 ชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2 ดังนี้ 1) ทบทวนความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง 1.1 การบริโภคอาหาร 1.2 การออกกำลังกาย 1.3 การรับประทานยา 1.4 การจัดการความเครียด 1.5 การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.6 การงดสูบบุหรี่ 2) กำหนดเป้าหมาย พันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ร่วมกัน 3) กำหนดเวลา รายงาน ชมเชยบุคคลและติดประกาศบุคคลบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเองโดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีบนบอร์ด วันที่ 2-วันที่ 5 เรียนรู้ด้วยตนเองโดยทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการประชุมในประชุมสัมมนา ปี 1-2 ชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา
ขั้นตอน : การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ด้วยกิจกรรม “Self- Reflection” ติดตามผ่าน	ขั้นตอน : การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย ด้วยกิจกรรม “Self-Reflection” ที่ห้องเบอร์ 1 สำนักบริหารทาง

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
แอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) ให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นรายบุคคลเมื่อพบอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองร่วมกับผู้ช่วย หากยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พูดให้กำลังใจ และร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคนั้น 2) ผู้วิจัยบันทึกผลการติดตามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการแนวทางในการช่วยเหลือการประเมินผล เพื่อให้เป็นข้อมูลในการดูแลกลุ่มตัวอย่างต่อไป วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ”	การแพทย์ประจำรัฐสภา โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเมื่อพบอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองร่วมกับผู้ช่วย หากยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พูดให้กำลังใจ และร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคนั้น 2) ผู้วิจัยบันทึกผลการติดตามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการแนวทางในการช่วยเหลือการประเมินผล เพื่อให้เป็นข้อมูลในการดูแลกลุ่มตัวอย่างต่อไป วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเอง
ขั้นตอน : การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด ด้วยกิจกรรม “Motivation and goal” ผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) รายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเองโดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มไลน์เพื่อกระตุ้น สร้างแรงจูงใจและคงพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้อย่างต่อเนื่อง วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ”	ขั้นตอน : การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด ด้วยกิจกรรม “Motivation and goal” รายบุคคล โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) รายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเองโดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพื่อกระตุ้น สร้างแรงจูงใจและคงพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้อย่างต่อเนื่องบนบอร์ดให้ความรู้หน้าสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ชั้น 1 โซน N อาคารรัฐสภา วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเอง

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
ขั้นตอน : การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ด้วยกิจกรรม “Self-Control” โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิต พร้อมบันทึกน้ำหนัก ระดับความดันโลหิต วิธีการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในแบบบันทึกความดันโลหิตแบบ Online ใน Line OA “หมอสภา” วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ” วันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 12 ประชุมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Meeting) ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (13.00-15.00 น.) 1) ผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ 2) ประเมินผล 2.1 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ดังนี้ แบบวัดความรู้ แบบประเมินความตระหนักและแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2.2 ตรวจวัดระดับความดันโลหิต 3) ผู้วิจัยกล่าวรายงาน ชมเชยบุคคลที่มีผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้นพร้อมให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงพฤติกรรม	ขั้นตอน : การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ กิจกรรม “Self-Control” โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 3-12 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิต พร้อมบันทึกน้ำหนัก ระดับความดันโลหิต วิธีการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในแบบบันทึกความดันโลหิต วันที่ 2-วันที่ 4 เรียนรู้ด้วยตนเอง วันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (09.00-11.00 น.) ณ ห้องประชุมชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา 1) ผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ 2) ประเมินผล 2.1 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ดังนี้ แบบวัดความรู้ แบบประเมินความตระหนักและแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2.2 ตรวจวัดระดับความดันโลหิต 3) ผู้วิจัยกล่าวรายงาน ชมเชยบุคคลที่มีผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้นพร้อมให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้อย่างต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จต่อไป

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	กลุ่มเปรียบเทียบ : โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์
ที่ตีนี้ไว้อย่างต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จต่อไป 4) ยุติโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์	4) ยุติโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับแบบออฟไลน์ วิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test แต่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติที่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับแบบออฟไลน์ จึงวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon signed - rank test และวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.1220/2565 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยจากสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตัว และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้เซ็นชื่อแสดงการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การสอบถามและการบันทึกไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest - posttest designs) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ผลการวิจัยมีดังนี้

4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

4.4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

4.5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล (n=50)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Chi-square (X ²)	Mann-Whitney U	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$ (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$ (S.D.)			
1. เพศ	25(100.00)	-	25(100.00)	-	0.000	-	1.000
- ชาย	12(48.00)	-	12(48.00)	-	-	-	-
- หญิง	13(52.00)	-	13(52.00)	-	-	-	-
2. อายุ	25(100.00)	46.14(5.52)	25(100.00)	44.59(6.65)	-	218.50	0.58

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ ส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Chi- square (X ²)	Mann- Whitney U	p- value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (S.D.)			
3. น้ำหนัก	25(100.00)	71.23(9.84)	25(100.00)	72.95(14.03)	-	238.50	0.93
4. ส่วนสูง	25(100.00)	163.09(7.10)	25(100.00)	163.86(9.17)	-	238.50	0.93
5. รอบเอว	25(100.00)	85.73(7.24)	25(100.00)	85.50(9.60)	-	230.00	0.78
6. ดัชนีมวลกาย	25(100.00)	26.71(2.64)	25(100.00)	27.12(4.61)	-	236.50	0.90
7. สถานภาพ	25(100.00)	-	25(100.00)	-	40.545	-	0.000
สมรส							
- โสด	9(36.00)	-	8(32.00)	-	-	-	-
- สมรส	12(48.00)	-	12(48.00)	-	-	-	-
- แยกกันอยู่	1(4.00)	-	2(8.00)	-	-	-	-
- หย่า	1(4.00)	-	2(8.00)	-	-	-	-
- หม้าย	2(8.00)	-	1(4.00)	-	-	-	-
8. ศาสนา	25(100.00)	-	25(100.00)	-	36.364	-	0.000
- พุทธ	24(96.00)	-	23(92.00)	-	-	-	-
- คริสต์	0(0.00)	-	0(0.00)	-	-	-	-
- อิสลาม	1(4.00)	-	2(8.00)	-	-	-	-
9. ระดับ	25(100.00)	-	25(100.00)	-	3.273	-	0.070
การศึกษา							
- ปริญญาตรี	9(36.00)	-	9(36.00)	-	-	-	-
- ปริญญาโท	16(64.00)	-	16(64.00)	-	-	-	-
- ปริญญาเอก	0(0.00)	-	0(0.00)	-	-	-	-
10. รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน	25(100.00)	40909.09 (10117.92)	25(100.00)	37681.82 (8576.75)	-	193.50	0.252
โดยประมาณ							
11. ระยะเวลาที่เป็นโรค	25(100.00)	-	25(100.00)	-	23.636	-	0.000
ความดันโลหิต							
สูงนับตั้งแต่							
แพทย์วินิจฉัย							
- 1-3 ปี	12(48.00)	-	10(40.00)	-	-	-	-
- 4-6 ปี	10(40.00)	-	11(44.00)	-	-	-	-
- 7-9 ปี	2(8.00)	-	2(8.00)	-	-	-	-
- มากกว่า 10 ปี	1(4.00)	-	2(8.00)	-	-	-	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วน บุคคล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			Chi- square (X ²)	Mann- Whitney U	p- value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$ (S.D.)		จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$ (S.D.)				
12. โรค ประจำตัว นอกจากโรค ความดันโลหิตสูง	25(100.00)	-		25(100.00)	-		36.364	-	0.000
- ไม่มี	2(8.00)	-		0(0.00)	-		-	-	-
- มี	23(92.00)	-		25(100.00)	-		-	-	-
13. วิธีการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง ปัจจุบัน	25(100.00)	-		25(100.00)	-		11.000	-	0.001
- รับประทานยา	0(0.00)	-		0(0.00)	-		-	-	-
- การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	12(48.00)	-		12(48.00)	-		-	-	-
- การ รับประทานยา ร่วมกับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	13(52.00)	-		13(52.00)	-		-	-	-
14. สถาน พยาบาลที่รักษา โรคความดัน โลหิตสูง	25(100.00)	-		25(100.00)	-		30.864	-	0.000
- สถานพยาบาลของรัฐ	16(64.00)	-		14(56.00)	-		-	-	-
- สถานพยาบาลเอกชน	4(16.00)	-		8(32.00)	-		-	-	-
- อื่น ๆ	5(20.00)	-		3(12.00)	-		-	-	-
15. การรักษาคตามนัด	25(100.00)	-		25(100.00)	-		5.818	-	0.016
- ทุกครั้ง	8(32.00)	-		7(28.00)	-		-	-	-
- ไม่ทุกครั้งใน ปัจจุบัน	17(68.00)	-		18(72.00)	-		-	-	-

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ จำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ จำนวน 25 คน สามารถจำแนกลักษณะส่วนบุคคล ดังนี้

1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ย 46.14 มีน้ำหนักเฉลี่ย 71.23 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 163.09 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 85.73 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกาย 26.71 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.00 มีระดับการศึกษาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 64.00 มีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณเฉลี่ย 40,909.09 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 92.00 วิธีรักษาโรคความดันโลหิตสูงปัจจุบันโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 52.00 ปัจจุบันรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลของรัฐคิดเป็นร้อยละ 64.00 และไม่ไปรับการรักษาตามนัด ทุกครั้งในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 68.00

2) กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ย 44.59 มีน้ำหนักเฉลี่ย 72.95 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 163.86 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 85.50 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกาย 27.12 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.00 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 64.00 มีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณเฉลี่ย 37,681.82 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยช่วง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.00 ปี มีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง มีคิดเป็นร้อยละ 100.00 วิธีรักษาโรคความดันโลหิตสูงปัจจุบันโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 52.00 ปัจจุบันรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลของรัฐคิดเป็นร้อยละ 56.00 และไม่ไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้งในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 70.00

3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เพศ ($\chi^2 = 0.000$, $p = 1.000$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 3.273$, $p = 0.070$) ค่าเฉลี่ยอันดับอายุ (Mann-Whitney U = 218.50, $p = 0.58$) น้ำหนัก (Mann-Whitney U = 238.50, $p = 0.93$) ส่วนสูง (Mann-Whitney U = 238.50, $p = 0.93$) รอบเอว (Mann-Whitney U = 230.00, $p = 0.78$) ดัชนีมวลกาย (Mann-Whitney U = 236.50, $p = 0.90$) และค่าเฉลี่ยรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณ (Mann-Whitney U = 193.50, $p = 0.252$) ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรส ($\chi^2 = 40.545$, $p = 0.000$) ศาสนา ($\chi^2 = 36.364$, $p = 0.000$)

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย ($X^2 = 23.636$, $p = 0.000$) การมีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง ($X^2 = 36.364$, $p = 0.000$) วิธีรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ($X^2 = 11.000$, $p = 0.001$) สถานที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง ($X^2 = 30.864$, $p = 0.000$) และการรักษาตามนัด ($X^2 = 5.818$, $p = 0.016$) ของกลุ่มทดลองแตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median	Mean Rank	IRQ(Q1-Q3)	Z	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	25	21.50	0.00	20.00-22.00	-2.96	0.003
	หลังทดลอง	25	22.00	6.00	22.00-22.00		
ความตระหนัก	ก่อนทดลอง	25	1.97	0.00	1.87-2.00	-2.96	0.003
	หลังทดลอง	25	2.00	6.00	2.00-2.00		
พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	25	2.17	0.00	2.13-2.22	-4.11	0.000
	หลังทดลอง	25	2.72	11.50	2.61-2.78		
	ก่อนทดลอง	25	150.50	9.00	149.00-160.50		

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้หลังทดลอง (Mean Rank = 6.00) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.96$, $p = 0.003$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักหลังทดลอง (Mean Rank = 6.00) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.96$, $p = 0.003$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของพฤติกรรมหลังทดลอง (Mean Rank = 11.50) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.11$, $p = 0.000$)

4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (n=25)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median	Mean Rank	IRQ(Q1-Q3)	Z	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	25	20.50	0.00	19.75-22.00	-3.56	0.000
	หลังทดลอง	25	22.00	8.50	22.00-22.00		
ความตระหนัก	ก่อนทดลอง	25	1.93	0.00	1.73-1.95	-3.43	0.001
	หลังทดลอง	25	2.00	8.00	1.93-2.00		
พฤติกรรม	ก่อนทดลอง	25	2.11	0.00	2.05-2.17	-4.03	0.000
	หลังทดลอง	25	2.20	11.00	2.16-2.33		

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้หลังทดลอง (Mean Rank = 8.50) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -3.56$, $p = 0.000$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักหลังทดลอง (Mean Rank = 8.00) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -3.43$, $p = 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับพฤติกรรมหลังทดลอง (Mean Rank = 11.00) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.03$, $p = 0.000$)

4.4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลัง

การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ ($n = 25$) และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ ($n = 25$)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median Rank	Mean Rank	IRQ(Q1-Q3)	Z	p-value
ความรู้	กลุ่มทดลอง	25	21.50	25.16	20.00-22.00	-1.430	0.153
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	20.40	19.84	19.35-22.00		
ความตระหนัก	กลุ่มทดลอง	25	1.97	26.05	1.87-2.00	-1.893	0.058
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	1.93	18.75	1.73-1.95		
พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	25	2.17	26.25	2.13-2.22	-1.975	0.051
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	2.11	18.75	2.05-2.17		

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 25.16) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (Mean Rank = 19.84) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -1.430$, $p = 0.153$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 26.05) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (Mean Rank = 18.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -1.893$, $p = 0.058$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับพฤติกรรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 26.25) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ (Mean Rank = 18.75) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -1.975$, $p = 0.051$)

4.5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (n=50)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median	Mean Rank	IRQ(Q1-Q3)	Z	p-value
ความรู้	กลุ่มทดลอง	25	22.00	24.00	22.00-22.00	-1.774	0.076
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	22.00	21.00	22.00-22.00		
ความตระหนัก	กลุ่มทดลอง	25	2.00	26.00	2.00-2.00	-2.847	0.004
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	2.00	19.00	1.93-2.00		
พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	25	2.72	33.30	2.61-2.78	-5.600	0.000
	กลุ่มเปรียบเทียบ	25	2.20	11.70	2.16-2.33		

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรม และค่าความดันโลหิตระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 24.00) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 21.00) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -1.774$, $p = 0.076$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 26.00) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 19.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.847$, $p = 0.004$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของพฤติกรรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 33.30) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (Mean Rank = 11.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -5.600$, $p = 0.000$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest – posttest designs) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร จำนวน 50 คน โดยการเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่าย (Sample random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 มีการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ย 46.14 มีน้ำหนักเฉลี่ย 71.23 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 163.09 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 85.73 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกาย 26.71 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 45.50 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.50 มีระดับการศึกษาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 64.00 รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณเฉลี่ย 40,909.09 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 92.00 วิธีรักษาโรคความดันโลหิตสูงปัจจุบันโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 52.00 ปัจจุบันรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลของรัฐคิดเป็นร้อยละ 64.00 และไม่ไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้งในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 68.00

2) กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ย 44.59 มีน้ำหนักเฉลี่ย 72.95 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 163.86 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 85.50 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกาย 27.12 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 48.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.00 มีระดับการศึกษาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 64.00 รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณ

เฉลี่ย 37,681.82 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยช่วง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.00 ปี มีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 100.00 วิธีรักษาโรคความดันโลหิตสูงปัจจุบันโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 52.00 ปัจจุบันรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลของรัฐคิดเป็นร้อยละ 56.00 และไม่ไปรับการรักษตามนัดทุกครั้งในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 70.00

5.1.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรแทรกซ้อนที่ต้องควบคุม

การวิจัยนี้กำหนดตัวแปรที่ต้องควบคุมด้วยวิธีการจับคู่ (Match pair) จำนวน 3 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน จึงเชื่อได้ว่า ผลการศึกษาวิจัยเกิดขึ้นจากการจัดกระทำ (Manipulation) เนื่องจากการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

5.1.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าในสภาพการทดลองก่อนได้รับสิ่งจัดกระทำ (Manipulation) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ที่ไม่แตกต่างกัน จึงเชื่อได้ว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองเกิดขึ้นจากสิ่งจัดกระทำคือโปรแกรมแบบออนไลน์สำหรับกลุ่มทดลอง และโปรแกรมแบบออฟไลน์สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ มีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

5.1.4 การเปรียบเทียบคะแนนความตระหนัก

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์มีคะแนนความตระหนักไม่แตกต่างกัน แสดงว่าในสภาพการทดลองก่อนได้รับสิ่งจัดกระทำ (Manipulation) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความตระหนักไม่แตกต่างกันจึงเชื่อได้ว่าคะแนนความตระหนักหลังการทดลองเกิดขึ้นจากสิ่งจัดกระทำคือโปรแกรมแบบออนไลน์สำหรับกลุ่มทดลอง และโปรแกรมแบบออฟไลน์สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อพิจารณาคะแนนความตระหนักก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีคะแนนความตระหนักหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ มีคะแนนความตระหนักหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

5.1.5 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์มีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน แสดงว่าในสภาพการทดลองก่อนได้รับสิ่งจัดกระทำ (Manipulation) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกันจึงเชื่อได้ว่าคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองเกิดขึ้นจากสิ่งจัดกระทำคือโปรแกรมแบบออนไลน์สำหรับกลุ่มทดลอง และโปรแกรมแบบออฟไลน์สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ มีคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

5.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

5.2.1 สมมุติฐานข้อที่ 1 ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระยะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์สูงกว่าโปรแกรมแบบออฟไลน์ ผลการศึกษานี้พบว่าในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยอันดับของความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่าง (สูงกว่า) จากกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยยกเว้นค่าเฉลี่ยอันดับของความรู้ พบว่า ในระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยอันดับของความความรู้การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไม่แตกต่าง กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความตระหนักและพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดความตระหนักของ Good (1973) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ที่จะเกิดความตระหนักและจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือทักษะด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องมีความรู้ (Knowledge) เป็นลำดับแรกซึ่งโปรแกรมแบบออนไลน์ของกลุ่มทดลองและโปรแกรมแบบออฟไลน์ของกลุ่มเปรียบเทียบนั้นในสัปดาห์ที่ 1 มีการให้ความรู้ที่มีเนื้อหาสาระเหมือนกันและยังใช้ขั้นตอนของโปรแกรมจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) ที่เชื่อว่าสามารถสร้างความรู้ได้เช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีความตระหนักแตกต่างคือสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์นั้น เชื่อได้ว่าเป็นมาจากรูปแบบของโปรแกรมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหลังตนเองได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ว่าตนเองจะได้รับการติดตามผ่านโปรแกรมออนไลน์ “หมอสภา” ที่สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และน้ำหนักของตนเองได้ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดความตระหนักเกิดขึ้น ซึ่งความตระหนักนี้นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังคำอธิบายของกระบวนการของ Good (1973) ว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ที่จะเกิดความตระหนักและจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือทักษะด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องมีความรู้ (Knowledge) เป็นลำดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Bozorgi, et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่องผลของ “แอปพลิเคชันการจัดการความดันโลหิต” เคลื่อนที่ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีความตระหนักและพฤติกรรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Li, et al. (2019) ที่ศึกษาเรื่องการแทรกแซงการจัดการตนเองโดยใช้ WeChat สำหรับชุมชนวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในกวางโจว ประเทศจีน พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้ WeChat ในการจัดการตนเองมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลของความตระหนักผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ WeChat ในการจัดการตนเองมีความตระหนักในการจัดการตนเองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม การศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) เรื่องผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออนไลน์มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอปพลิเคชันมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของอดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (ไลน์แอปพลิเคชัน) มีความเชื่อด้านสุขภาพ (ความตระหนัก) สูงกว่ากลุ่มออฟไลน์ (การให้โปรชาร์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยหลังการทดลองที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้จากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) ที่เชื่อว่าสามารถสร้างความรู้ได้ซึ่งในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรมออนไลน์และโปรแกรมออฟไลน์อยู่ภายใต้กระบวนการสร้างการเรียนรู้ตามแนวคิดการจัดการตนเองเช่นเดียวกัน มีเนื้อหาสาระที่เหมือนกันยกเว้นรูปแบบออนไลน์เป็นการให้ความรู้ผ่านระบบ Line Meeting แต่โปรแกรมแบบออฟไลน์เป็นการให้ความรู้ในห้องอบรมจึงทำให้

ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Li, et al. (2019) ที่ศึกษาเรื่องการแทรกแซงการจัดการตนเองโดยใช้ WeChat สำหรับชุมชนวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในกวางโจว ประเทศจีน พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ WeChat ในการจัดการตนเองมีความรู้ในการจัดการตนเองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ Bozorgi, et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่องผลของ “แอปพลิเคชันการจัดการความดันโลหิต” เคลื่อนที่ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง พบว่า ความรู้และระดับความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีความตระหนักและพฤติกรรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้ว่าผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์จะมีคะแนนความรู้ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ แต่จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมแบบออฟไลน์ เนื่องจากโปรแกรมแบบออนไลน์ทำให้เกิดความสะดวกสบายในการเข้าร่วมกิจกรรมสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน และในระยะของการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าด้านสุขภาพของตนเองผ่านแอปพลิเคชัน “หมอสภา” ได้ แต่โปรแกรมแบบออฟไลน์อาจจะต้องมางานเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องอบรมสอดคล้องกับการศึกษา Hallberg, Ranerup, and Kjellgren, (2016) เรื่อง การสนับสนุนการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง : ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้ระบบโทรศัพท์แบบเคลื่อนที่ พบว่า การใช้โปรแกรมที่อยู่ในรูปแบบออนไลน์มีความสะดวกสบายในการใช้งานโดยเฉพาะการจัดการด้วยตนเองการศึกษาของ McBride, Morrissey and Molloy, (2017) เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปรับปรุงการปฏิบัติตามยาในความดันโลหิตสูง พบว่า การวิจัยทั้งสองเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสะดวกสบาย ใช้งานง่ายในการจัดการตัวเองของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีความตระหนักเกิดขึ้นและคงอยู่ตลอดเวลาส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง

5.2.2 สมมุติฐานข้อที่ 2 ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการศึกษาวิจัยพบว่าในระยะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยอันดับของความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่าง (สูงกว่า) ในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้จากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) ที่เชื่อว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้ เกิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด

เสมือนการเกิดความตระหนักที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ดังนั้น เมื่อโปรแกรมแบบออนไลน์มีกระบวนการที่มาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) จึงทำให้เกิดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gazit, Gutman, and Beatty (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประเมินการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความดันโลหิตด้วยตนเองด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ McLeana, et al. (2016) เรื่องโปรแกรมดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ใหญ่ด้วยการทบทวนระบบความดันโลหิตสูงและการวิเคราะห์ห่อภิมาน พบว่างานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมานกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองการศึกษาของ Alnooh, et al. (2023) เรื่องการระบุแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อรองรับแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดภาวะความดันโลหิตสูง (DASH) การจัดการอาหารด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับแอปพลิเคชันมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของ Li, Liang, and Hesketh, (2020) เรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองของความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่โดยใช้สุขภาพเคลื่อนที่พบว่า งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขภาพเคลื่อนที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การศึกษาของ Kim, Wineinger, and Steinhubl, (2016) เรื่อง อิทธิพลของโปรแกรมตรวจสอบตนเองแบบไร้สายต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดใช้งานของผู้ป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) เรื่องผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอปพลิเคชันมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของอดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (ไลน์แอปพลิเคชัน) มีความเชื่อด้านสุขภาพ (ความตระหนัก) สูงกว่ากลุ่มออฟไลน์ (การให้โปรชาร์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2.3 สมมุติฐานข้อที่ 3 ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ผลการศึกษาวิจัยพบว่าในระยะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอันดับของความรู้ ความตระหนัก พฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่าง (สูง

กว่า) ระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้จากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Browder and Shapiro (1985) ที่เชื่อว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้ เกิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด เสมือนการเกิดความตระหนักที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ดังนั้น เมื่อโปรแกรมแบบออนไลน์มีกระบวนการที่มาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) จึงทำให้เกิดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี วุฒิวงศ์, ดารินทร์ เหมะวิบูลย์ และศรีไพร ผลบุญเรือง (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของจันทร์เพ็ญ หวานคำ ชดช้อย วัฒนะ และศิริพร ชัมภลิจิต (2558) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของชัยยา นรเดชาพันธ์ เพชรีย์ ฤณาสสิริ และณัททวี ศิริรัตน์ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมและความตระหนักที่เทียบได้กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของดุชนฤภา ภาคปิยวัชร สุธีรา ชุ่นตระกูล และนงพิมล นิมิตรอนันท์ (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของนพภรณ์ จันทร์ศรี กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กลีผล (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของนิศารัตน์ รอมวงษ์ และคณะ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุญฤทธิ์ หุ่นสุวรรณ และธัญช กนกเทศ (2562) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรละคร อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรรณัฐริณีย์

ธนเศรษฐ (2561) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชินวงศ์ (2564) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสายฝน วรรณขาว ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ (2562) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุพัตรา สิทธิวัง ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2560) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของไหมมูนิะ สังขว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ควบคุมดันโลหิตไม่ได้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมในการจัดการตนเอง (การรับประทานยา) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของจันจิรา วิทยาบำรุง และ ปัทมา สุริต (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุชาดา พวงจำปา กาญจนา พิบูลย์ วัลลภ ใจดี และเกษม ใช้คลองกิจ (2563) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ (การออกกำลังกาย) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของลดาวลย์ มาลัยเจริญ (2564) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสารต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a. พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและเจตคติ (ความตระหนัก) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของจุฬามาส พรหมใจมั่น ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่

ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของอดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบออนไลน์ (การให้โปรซัวร์) มีความเชื่อด้านสุขภาพ (ความตระหนัก) ไม่แตกต่างทั้งก่อนและหลังการทดลอง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์และแบบออฟไลน์ล้วนมีผลต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รวมถึงการลดลงของค่าความดันโลหิต แต่โปรแกรมแบบออนไลน์มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตไม่ว่าจะเป็นชีวิตประจำวันและการทำงานของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร มากกว่าแบบโปรแกรมแบบออฟไลน์

ดังนั้นสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภาซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของข้าราชการ และบุคลากรในวงงานรัฐสภาจึงควรนำโปรแกรมแบบออนไลน์ไปส่งเสริมให้ข้าราชการและบุคลากรในวงงานรัฐสภาทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มที่ไม่ได้ป่วยให้มีการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร รวมถึงการประชาสัมพันธ์รณรงค์การดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้โปรแกรมแบบออนไลน์ เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก และเข้าได้กับแผนพัฒนา Digital Parliament ของรัฐสภาที่สามารถใช้โปรแกรมออนไลน์ในการติดตามประเมินผล หรือให้การสนับสนุนส่งเสริมการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมให้ยาวนานขึ้น เช่น เพิ่มระยะเวลาเป็น 24 สัปดาห์ และมีการติดตามเป็นระยะเพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของโปรแกรม ทั้งนี้ควรมีการติดตามค่าระดับความดันโลหิตสูงว่ามีการเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินโปรแกรม และควรมีการเพิ่มกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติในการวิจัยครั้งต่อไปด้วยเพื่อให้เห็นความแตกต่างของโปรแกรมออนไลน์ ออฟไลน์ และการดูแลแบบปกติ

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์เผยมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย. (19 กุมภาพันธ์ 2565).

ข่าวในรัฐสภ. ค้นคืนจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/171043>

กฤตวรรณ ฌพลพงศกร และ ธนัช กहनกเทศ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตความรับผิดชอบ รพ.สต.วังชมพู อำเภอเมือง

จังหวัดเพชรบูรณ์. ใน งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น: การประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอ

ผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 16 และ

การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 3. มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์.

กาญจนา มณีทัต และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2560). “สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น” วารสารการพยาบาลและ

การดูแล, 35(4), 140-149.

กิตติมา แต่งสาขา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 25(1), 87-101.

กลุ่มยุทธศาสตร์แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ (บรรณาธิการ). (2564). รายงานประจำปี

2564. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, คณะจัดทำรายงานประจำปีของกองโรค

ไม่ติดต่อประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564.

กุลวดี สุธล้า. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ และความตระหนักด้านการบริหารจัดการ

ความเสี่ยง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เกศินี วุฒิวงศ์, ดารินทร์ เหมะวิบูลย์ และศรีไพร ผลบุญเรือง. (2560). ผลของโปรแกรมการ

สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยพายัพ, เชียงใหม่.

จันจิรา วิทยาบำรุง และ ปัทมา สุริต. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้

พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้: การทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม. วารสารพยาบาล

ศาสตร์และสุขภาพ, 43(4), 36-47.

จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และศิริพร ชัมภลิจิต. (2015). ผลของโปรแกรมการจัดการ

ตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ย

ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 42(1), 49-60.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จุฑามาส พรหมใจมั่น, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 7(2), 1-15.
- จรรยาศักดิ์ วงษ์ลี. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ (รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เจริญ โนภิระ. (2553). ความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอบางบาล ราชอาณาจักรไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์, ฉะเชิงเทรา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).
- ชวิศา เลิศมงคลธีรกุล, ปวิพร บุญพัฒนกุล, และอนุแสง จิตสมเกษม. (2564). ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล*, 23(1), 31-45.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. [ฉบับเพิ่มเติม]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- ชัยยา นรเดชาพันธ์, เพชรีย์ กุณาละสิริ และณัทวิ ศิริรัตน์. (2020). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(2), 138-151.
- ณัฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 95-116.
- ณัฐยานี ขาวเมือง. (2562). เกล็ดขบับัดในโรคความดันโลหิตสูงและอัมพฤกษ์แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. ค้นคืนจาก <https://shorturl.asia/4yGgR>
- ณัฐจิรพรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และสรณรัตน์ ลัทธิต. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. ค้นคืนจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์*, 39(3), 51-66.
- คุณนฤภา ภาคปิยวัชร, สุธีรา ชื่นตระกูล, และนางพิมล นิมิตรอนันท์. (2561). ผลของโปรแกรม
การจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(2), 377-398.
- ทัศน์ะ วงศ์รัตนติลก. (2560). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน
จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,
มหาสารคาม.
- ทัศนวิศ ยะโส. (2563). เทวัญ ธาณิรัตน์. (บรรณาธิการ). *แดชไดเอท [DASH Diet] บำบัดโรค
ความดันโลหิตสูง*. วี อินดี ดีไซน์, กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข.
- เทอดศักดิ์ ใจว่อง. (2562). การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดย
ชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ธีรวัฒน์ บุญชัย. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นฤมล โชว์สูงเนิน. (2560). การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(1), 9-16.
- นงลักษณ์ วงศ์ถนอม. (2548). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักถึงความสำคัญกับ
ความสามารถในการนำความรู้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไปใช้ในชีวิตประจำวันของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสมุทรสงคราม. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- นาถติยา สุภาพุ และ ยุยงค์ จันทรวิจิตร. (2559). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออก
กำลังกายต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(3), 70-80.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิศารัตน์ รวมนงษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์ และสุธี สุนทรชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 128-137.
- นพารณ จันทศรี, กนกพร นทีธสมบัติ, และทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 6(2), 58-68.
- น้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2557). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 30(1), 23-30.
- บุญฤทธิ์ หุ่นสุวรรณ และ ธนัช กนกเทศ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรละคร อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(2), 239-253.
- บุรฉัตร จันทรแดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, และสัญญา เคนาภูมิ. (2562). กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 49-60.
- บุษยรัตน์ ศิลปวิทยาทร และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 6-14.
- ประภัสสร ตลวาส และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2562). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 183-191.
- ประภาพร สุวรรณภูมิ, ศิริรัตน์ จูมจะนะ, และกฤษฎา บุญมั่ง. (2564). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองในการฝึกโยคะสมาธิต่อระดับความเครียดและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 88-99.
- ประภาพร สุวรรณภูมิ. (2564). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองในการฝึกโยคะสมาธิต่อระดับความเครียดและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 88-99.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปัฐยาวัชร ปรากฎผล และ จิรียา อินทนา. (2662). ผลของโปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 30(2), 88-100.
- ปัทมาพร ชนะมาร. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับปีพุทธศักราช. (2554). ค้นคืนจาก <https://dictionary.orst.go.th/>
- พนิดา จันทรดี, แก้ว สกุล, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 36(1), 31-43.
- พนิดา อาร. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแบบเข้าถึงเป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- พรทิพย์ นิมขุนทด. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, นครราชสีมา.
- พรทิพย์ ลำริดเปี่ยม, สุนทร เลี้ยงเขวงวงศ์ และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(4), 46-60.
- พรรัตน์กมล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจโกเลิศ, และคณินิจ พงศ์ถาวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(3), 93-103.
- พลวรรณ วิฑูรกลชิต (บรรณาธิการ). (2560). ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560-2569). ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรพล ลอมแปลง. (2554). ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 12-22.
- ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย. (2561). ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง. (21 กุมภาพันธ์ 2561). ค้นคืนจาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line>
- ภัทรา สุวรรณโท, ปิยะนุช ชูโต, และบังอร ศุภวิทพัฒนา. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 177-189.
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (3 ตุลาคม 2560). *Dash diet คืออะไร* ดียังไง. ค้นคืนจาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140133>
- รัฐธินีย์ ธนเศรษฐ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน. *วารสารวิชาการ สคร.*, 24(2), 100-114.
- รุ่งทิพา ชันธมุล และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 89-97.
- ลดาวลัย มาลัยเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสารต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 109-122.
- วนิดา สติประเสริฐ. (2558). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรดา ทองสุก, วรพรรณ ทิพย์วาริรมย์, และปิ่นพยับ สุขเมธาพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(4), 229-241.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, และวราณี สัมฤทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 94-107.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.
- วาปี ตินรัตน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ศิรินทรา ดั่งใส และ ทิพนาส ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 74-85.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ค้นคืนจาก <http://www.thaihypertension.org/guide.html>
- สายฝน วรรณขาว, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี*, 11(1), 126-141.
- สาวิตรี อัจฉนาคชัย (บรรณาธิการ). (2562). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992). ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ค้นคืนจาก <http://cas.or.th/cas/?p=6099>
- สิตาพร ถุงคำ, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และทวีศักดิ์ ศิริไพบูลย์. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดแพร่. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(3), 65-79.
- สิทธิฯ พงษ์พิบูลย์. (2556). การออกกำลังกายคืออะไร. ใน อำนวย ภูภัทรพงศ์, และนงพงา ศิวานวัฒน์ (บรรณาธิการ). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. (น.1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมควบคุมป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, และพางนา ดวงจันทร์. (2561). ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78-87.
- สุชาดา พวงจำปา, กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี และเกษม ใช้คลองกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวนก้าวเดินและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 275-300.
- สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และเดชา ทำดี. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(2), 85-97.
- สุมาพร สุจ้านงค์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี กรุงเทพฯ*, 29(2), 20-30.
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, กาญจนา ปัญญาธร, นิตยา ลุนพรม, อุมภาพร เคนศิลา, ฝานิต คำหารพล, กนธชา จินกลิ่น, ... นาราภัทร มูลเพชร. (2563). ผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(3), 89-104.
- หมอชาวบ้าน. (2565). *เคล็ดลับบอกกล่าวความเครียด. (19 มกราคม 2565)*. กรมสุขภาพจิต. ค้นคืนจาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>
- ใหม่มู้น๊ะ สักขา, และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ควบคุมดันโลหิตไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 84-100.
- อนุสรณ์ กาลดิษฐ์. (2548). *การศึกษาความรู้และความตระหนักของนักศึกษาที่มีต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมในห้องปฏิบัติการวิศวกรรมโลหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อัญชลี ศรีสมุทร. (2552). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคอินเตอร์เน็ตของเด็กรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อติพร สำราญบัว, และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(1), 228-242.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (บรรณาธิการ). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดีไซน์, กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมภากร หาญณรงค์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 25(3), 52-65.
- อัมภากร หาญณรงค์, ชัญชีดาคุชฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 129-134.
- อุมาพร แซ่กอ. (2552). *การศึกษาคความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Alessa, T., Abdi, S., Hawley, M. S. and Witte, L. D. (2018). Mobile Apps to Support the Self-Management of Hypertension: Systematic Review of Effectiveness, Usability, and User Satisfaction. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(7). e10723. doi: 10.2196/10723
- Alnooh, G., Alessa, T., Noorwali, E., Albar, S., Williams, E., de Witte, L. P. and Hawley, M. S. (2023). Identification of the Most Suitable Mobile Apps to Support Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet Self-Management: Systematic Search of App Stores and Content Analysis. *Nutrients*, 15(3476). <https://doi.org/10.3390/nu15153476>
- American Heart Association. (2022). High Blood Pressure. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bloom, B.S.. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain*. New York: McKay.
- Bozorgi, A., Hosseini, H., Eftekhari, H., Majdzadeh, R., Yoonessi, A., Ramezankhani, A., Mansouri, M. and Ashoorkhani, M. (2021). *The effect of the mobile “blood pressure management application” on hypertension self-management enhancement: a randomized controlled trial*. *Trials*, 22(413), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s13063-021-05270-0>
- Choi, W., Wang, S., Lee, Y., Oh, H. and Zheng. (2020). A systematic review of mobile health technologies to support self-management of concurrent diabetes and hypertension. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 939–945. doi: 10.1093/jamia/ocaa029
- Gazit, T., Gutman, M. and Beatty, A. L. (2021). Assessment of Hypertension Control Among Adults Participating in a Mobile Technology Blood Pressure Self-management Program. *JAMA Netw Open*, 4(10), e2127008. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.27008.
- Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Griffin, A. C., Khairat, S., Bailey, S. C. and Chung, A. E. (2023). A chatbot for hypertension self-management support: user-centered design, development, and usability testing. *JAMIA Open*, 6(3), ooad073.
<https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooad073>
- Hallberg, I., Ranerup, A. and Kjellgren, K. (2016). Supporting the self-management of hypertension: Patients’ experiences of using a mobile phone-based system. *Macmillan Publishers Limited*, 30, 141–146. www.nature.com/jhh
- Joint National Committee VII, [JAMA]. (2021). Hypertension. Retrieved from <https://jamanetwork.com/channels/hypertension/pages/jnc8>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kang, E., Kim, K. H., Cho, Y. M., Park, S.M., Kim, Y. J., Lee, H. Y., Rhee, Y. E., Kim, H. and Yun, Y. H. (2021). *Effect of Changes in Patient's Self-management Strategies on Clinical Outcomes: Evidence from a Cohort Study of Patients with Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia*. *Int J Behav Med*, 28(4), 479-487. DOI: 10.1007/s12529-020-09937-x.
- Kim, J. Y., M.D., Wineinger, N. E. and Steinhubl, S. R. (2016). *The Influence of Wireless Self-Monitoring Program on the Relationship Between Patient Activation and Health Behaviors, Medication Adherence, and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients: A Substudy of a Randomized Controlled Trial*. *J Med Internet*. 18(6). e116. doi: 10.2196/jmir.5429
- Kohler, B., Kellerer, C., Schultz, K., Wittmann, M., Atmann, O., Linde, K., Hapfelmeier, A, and Schneider, A. (2020). An Internet-Based Asthma Self-Management Program Increases Knowledge About Asthma. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117: 64–71.
- Lasco, G., Renedo, A., Mendoza, J., Seguin, M. L., Palafox, B., Palileo-Villanueva, L. M., Balabanova, D. and McKee, M. (2022). ‘Doing’ hypertension: Experiential knowledge and practice in the self-management of ‘high blood’ in the Philippines. *Sociol Health Illness*, 44 : 1167-1181. DOI: 10.1111/1467-9566.13503
- Li, R., Liang, N., Bu, F. and Hesketh, T. (2020). The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(3). doi: 10.2196/17776
- Li, X., Li, T., Chen, J., Xie, Y., An, X., Lv, Y., and Lin, A. (2019). WeChat-Based Self-Management Intervention for Community Middle-Aged and Elderly Adults with Hypertension in Guangzhou, China: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 4058. doi:10.3390/ijerph16214058.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- McBride, C. M., Morrissey, E. C. and Molloy, G. J. (2017). Patients' Experiences of Using Smartphone Apps to Support Self-Management and Improve Medication Adherence in Hypertension: Qualitative Study. *Int J Qual Health Care*, 31(7). 37-43. DOI: 10.1093/intqhc/mzy252
- McLeana, G., Bandb, Saundersona, K., Hanlona, P., Murrayc, E., Littled, P., McManuse, R. J., Yardleyb, L. and MairaDigital, R. J. (2016). Digital interventions to promote self-management in adults with hypertension systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 34(4), 600-612. www.jhypertension.com
- Postel-Vinay, N., Bobrie, G., Asmar, R., Stephan, D. and Amar, L. (2023). Management of arterial hypertension: home blood pressure measurement is a cornerstone for telemonitoring and self management. *mHealth*, 9(18), 1-8. doi: 10.21037/mhealth-22-51 <https://dx.doi.org/10.21037/mhealth-22-51>
- World Health Organization. (2021). Hypertension statistics. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Stroke Organization. (2021). The WSO Annual Report for 2021 is now available. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 15 สิงหาคม 2565

ชื่อเรื่อง การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์
ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงาน
เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา
คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเจตจำนง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 15 สิงหาคม 2565

เลขที่รับรอง

อ.1220/2565

วันที่ให้การรับรอง: 15 สิงหาคม 2565

วันหมดอายุใบรับรอง: 14 สิงหาคม 2567

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

COMPARISON OF THE EFFECT OF ONLINE AND OFFLINE SELF-MANAGEMENT PROGRAMS ON KNOWLEDGE, AWARENESS, AND BEHAVIORS FOR PREVENTING COMPLICATIONS FROM UNCONTROLLED HYPERTENSION OF ORDINARY PARLIAMENTARY OFFICIAL OF THE SECRETARIAT OF THE HOUSE OF REPRESENTATIVES

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย สำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร เลขที่ 1111 (อาคารรัฐสภา) ถนนสามเสน แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10300

โทรศัพท์ 096-994-4436

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-242-5900 ต่อ 7410, 7411

Email soraya.emss@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัด สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร จำนวน 44 คน เหตุผลที่ท่านได้รับการเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ มีโทรศัพท์ที่สามารถเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในโปรแกรมทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ กับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออฟไลน์ ดังนี้

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ถูกสร้างขึ้นโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เน้นการส่งเสริมให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญสังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ขั้นตอนการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ตระหนักเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ผ่าน LINE Meeting ประกอบด้วยวันที่ 1 กิจกรรมเป้าหมายของฉัน “My goal” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง วันที่ 2 กิจกรรม “Self-Learning” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และวันที่ 3-5 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ” สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “Self-Review” ผ่านห้องLINE Meeting จัดขึ้นในวันที่ 1 ของสัปดาห์ โดยทบทวนความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น กำหนดเป้าหมาย พันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ร่วมกัน และกำหนดเวลา รายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง โดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มไลน์ วันที่ 2-5 เรียนรู้ด้วยตนเองในห้องเรียนออนไลน์ใน Line OA หมอสภา “ห้องความรู้สุขภาพ” ส่วนในสัปดาห์ที่ 3-12 ประกอบด้วยขั้นตอนการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับด้วยกิจกรรม “Self-Control” โดยสัปดาห์กิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของแต่ละสัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิต พร้อมบันทึกน้ำหนัก ระดับความดันโลหิต วิธีการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกความดันโลหิตแบบ Online ใน Line OA “หมอสภา” ขั้นตอนการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยกิจกรรม “Buddy for self” ติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล โดยให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคลเมื่อพบอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย หากยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พูดให้กำลังใจ และร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคนั้น โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 2 ของสัปดาห์ และขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดกิจกรรม “Motivation and goal” ผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล โดยรายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลบุคคลที่มี

ความก้าวหน้าในการจัดการตนเองโดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มไลน์เพื่อกระตุ้นสร้างแรงจูงใจและคงพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 5 ของแต่ละสัปดาห์

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์ที่ถูกสร้างขึ้นครั้งนี้ดำเนินการจัดกิจกรรมในห้องประชุม มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 องค์ประกอบดังนี้ ขั้นตอนการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้าราชการรัฐสภาสามัญที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ตระหนักเรื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการงดสูบบุหรี่ จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ณ ห้องประชุมชั้นปี 1 โซน C อาคารรัฐสภา ประกอบด้วยวันที่ 1 กิจกรรมเป้าหมายของฉัน “My goal” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง วันที่ 2 กิจกรรม “Self-Learning” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และวันที่ 3-5 เรียนรู้ด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “Self-Review” จัดขึ้นในวันที่ 1 ของสัปดาห์ โดยทบทวนความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น กำหนดเป้าหมายพันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ร่วมกัน และกำหนดเวลา รายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง โดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีบนบอร์ดให้ความรู้หน้าสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ชั้น 1 โซน N อาคารรัฐสภา วันที่ 2-5 เรียนรู้ด้วยตนเอง ส่วนในสัปดาห์ที่ 3-12 ประกอบด้วยขั้นตอนการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ด้วยกิจกรรม “Self-Control” โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 1 ของแต่ละสัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกน้ำหนัก ระดับความดันโลหิต วิธีการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกความดันโลหิต ขั้นตอนการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยกิจกรรม “Buddy for self” ติดตาม ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเมื่อพบอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย หากยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พูดให้กำลังใจ และร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคนั้น โดยกิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 2 ของสัปดาห์ และขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดกิจกรรม “Motivation and goal” โดยรายงาน ชมเชยบุคคลและตีตประกาศบุคคลบุคคลที่มีความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง โดยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพื่อกระตุ้น สร้างแรงจูงใจและคงพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้อย่างต่อเนื่องบนบอร์ดให้ความรู้หน้าสำนักบริการทางการแพทย์ประจำรัฐสภา ชั้น 1 โซน N อาคารรัฐสภา กิจกรรมนี้จะอยู่ในวันที่ 5 ของแต่ละสัปดาห์

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

5. ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

6. ท่านได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อท่าน ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวท่าน หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา)



ภาคผนวก ค

หนังสือให้ความความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่
 วันที่
 ข้าพเจ้า อายุ ปี
 อยู่บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่ แขวง/ตำบล
 เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัย) นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยผลที่จะเกิดขึ้นรวมถึงความปลอดภัย รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....ผู้จัดทำวิจัย

(นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565

ภาคผนวก ง

เครื่องมือวิจัย

เรื่อง การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์
ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ

สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

คำชี้แจง

เครื่องมือวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลของท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ขอให้ท่านทำความเข้าใจรายละเอียดของรายการในข้อความนั้น จากนั้นจึงทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง ☐ หรือเติมข้อความที่เห็นว่าถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบเอว.....ซม. ดัชนีมวลกาย.....กก/เมตร²
4. วัดความดันโลหิตครั้งสุดท้าย.....มิลลิเมตรปรอท วัดเมื่อวันที่.....
5. สถานภาพสมรส

☐ (1) โสด	☐ (2) สมรส	☐ (3) แยกกันอยู่
☐ (4) หย่า	☐ (5) หม้าย	
6. ศาสนา

☐ (1) พุทธ	☐ (2) คริสต์
☐ (3) อิสลาม	☐ (4) อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระดับการศึกษา

☐ (1) ปริญญาตรี	☐ (2) ปริญญาโท
☐ (3) ปริญญาเอก	☐ (4) อื่น ๆ.....
8. รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนโดยประมาณ (รายได้ที่ไม่หักค่าใช้จ่าย).....บาท
9. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย

☐ (1) 1 – 3 ปี	☐ (2) 4 – 6 ปี	☐ (3) 7 – 9 ปี
☐ (4) มากกว่า 10 ปี		
10. ท่านมีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

☐ (1) ไม่มี				
☐ (2) มี ระบุ <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ (2.1) โรคหัวใจ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)</td> </tr> <tr> <td>☐ (2.2) ไตวาย (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)</td> </tr> <tr> <td>☐ (2.3) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ เดินเซ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)</td> </tr> <tr> <td>☐ (2.4) อื่น ๆ.....</td> </tr> </table>	☐ (2.1) โรคหัวใจ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)	☐ (2.2) ไตวาย (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)	☐ (2.3) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ เดินเซ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)	☐ (2.4) อื่น ๆ.....
☐ (2.1) โรคหัวใจ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)				
☐ (2.2) ไตวาย (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)				
☐ (2.3) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ เดินเซ (ระยะเวลาที่ตรวจพบ.....ปี)				
☐ (2.4) อื่น ๆ.....				

11. ปัจจุบันท่านรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) รับประทานยา ระบุ.....
- ☐ (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นต้น
- ☐ (3) การรับประทานยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ☐ (4) อื่น ๆ ระบุ.....

12. ปัจจุบันท่านรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไหน

- ☐ (1) สถานพยาบาลของรัฐ ระบุ.....
- ☐ (2) สถานพยาบาลของเอกชน ระบุ.....
- ☐ (3) อื่น ๆ ระบุ

13. ท่านไปรับการรักษาดำเนินการทุกครั้งหรือไม่

- ☐ (1) ทุกครั้ง
- ☐ (2) ไม่ทุกครั้ง ในปัจจุบัน (ระบุ).....

14. ยาที่ได้รับประทาน

(ระบุ).....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นการตอบคำถามว่า “ถูก” หรือ “ผิด” คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง

ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
1. ความดันโลหิต คือ ความดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		
2. โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบนมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทหลังจากได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นเวลา 1 เดือน		
3. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้		
4. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต		
5. เป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงมาอยู่ที่ $\leq 130/80$ มม.ปรอท จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้		
6. ผู้ที่มีพ่อ แม่ หรือญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพศ และอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมไม่ได้		
7. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ไตวาย		
8. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงแต่ไม่ปรากฏอาการผิดปกติใด ๆ แสดงว่าไม่เป็นอันตราย		
9. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จนไม่สามารถควบคุมได้		

ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้		
10. ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ ไขมันในเลือดสูงจากขาดการออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้		
11. อาหารประเภทแป้ง และน้ำตาลเมื่อบริโภคเข้าไปมากจะสะสมในร่างกายเป็นไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง		
12. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์เครื่องในสัตว์ ไข่แดง สัตว์ที่มีเปลือก หมึกกระดอง เป็นต้น เมื่อรับประทานมาก ๆ ร่างกายนำไปใช้ได้ไม่หมด จะถูกเก็บสะสมตามผิวหนัง ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง		
13. ผู้ที่นิยมบริโภคอาหารรสเค็มที่มีเกลือมีโซเดียมสูงจะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น		
14. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูง		
15. ผู้ที่มีความเครียด และสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแข็งตัว และเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย		
16. การรับประทานผัก ผลไม้สด ธัญพืชโดยเน้นเป็นธัญพืชไม่ขัดสีและเนื้อสัตว์ไขมันต่ำอย่างเนื้อปลา จะช่วยลดความความดันโลหิตได้		
17. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดระดับความดันโลหิตสูง		
18. การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ เช่น ยกน้ำหนัก เป็นต้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้		
19. การรับประทานยาสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ยาสามารถออกฤทธิ์เพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น		
20. การจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ ฝึกโยคะ พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น จะส่งผลให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น		
21. การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสมทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้		

ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
22. สารนิโคตินในบุหรี่จะออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดตีบ หัวใจเต้นแรงและเร็ว แรงดันเลือดสูง เลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนน้อยลง เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้		

ตอนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินความตระหนักถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่

คำชี้แจง : ขอให้ท่านทำความเข้าใจรายละเอียดของรายการในข้อความนั้น จากนั้นจึงทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ลักษณะการตอบของแบบประเมินความตระหนัก มีคำตอบ 3 ระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว แต่ยังไม่มีความจำเป็นจะต้องปฏิบัติ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวและจะต้องปฏิบัติตามในทันที

ประเด็นคำถาม	ระดับความตระหนัก		
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก
1. บุคคลที่ตรวจพบว่าตนเองมีระดับความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 90 มม.ปรอท ควรไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา และรับคำแนะนำการปฏิบัติตนจากแพทย์ พยาบาลทุกราย			
2. การรับประทานอาหารเค็ม ไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ โดยหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลให้สามารถควบคุม			

ประเด็นคำถาม	ระดับความตระหนัก		
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก
ระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้			
3. การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตลดลงมาอยู่ที่ $\leq 130/80$ มม.ปรอท สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้			
4. การรับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหารอย่างเพียงพอช่วยลดความดันโลหิต และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด			
5. การลดหรือจำกัดการบริโภคอาหารเค็มจะมีผลทำให้ลดการคั่งของน้ำในร่างกาย ลดการทำงานของหัวใจ ทำให้ความคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
6. การลดอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวสูงหรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลจะลดการสะสมของไขมันส่วนเกินที่ผนังของหลอดเลือด ทำให้หัวใจบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีป้องกันการแข็งตัวและอุดตันของหลอดเลือดได้			
7. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
8. การทำกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ ให้เหงื่อออก เช่น การทำงานบ้าน การปลูกต้นไม้ การจัดสวน การล้างรถ เป็นต้น สามารถลดความกังวลและความเครียด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
9. การรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยรับประทานยาในขนาดและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา ลดยาหรือเพิ่มยาเองจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ			

ประเด็นคำถาม	ระดับความตระหนัก		
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก
โรคความดันโลหิตสูงได้			
10. หากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้เวลารับประทานยาในมือต่อไปให้รับประทานยามื้อนั้น และรับประทานมือต่อไปเท่านั้น โดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า เพื่อผลดีในการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ			
11. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมักมีผลข้างเคียง คือ ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า ไม่ควรหยุดยาหรือปรับขนาดยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ ที่ทำการรักษาเมื่อมีอาการไม่สบายจากการใช้ยา			
12. การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น การทำสมาธิ การฝึกหายใจ การฝึกโยคะ การร่ำรวยเงิน รับประทานอาหาร ที่ช่วยให้อารมณ์ดีหรือใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้			
13. การฝึกหายใจ โดยหายใจเข้าลึก ๆ นับ 1-4 ซ้ำ ๆ รู้สึกว่าท้องพองออก หลังจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก นับ 1-8 ไส้ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบ ทำติดต่อกัน 4-5 ครั้ง สามารถช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่น และผ่อนคลาย ความเครียดได้			
14. การงดหรือการจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถป้องกันการแข็งตัวของหลอดเลือด และมีส่วนช่วย ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ผลดี			
15. การงดสูบบุหรี่มีส่วนช่วยให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ผลดี สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้			

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารแบบ DASH Diet 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ 3) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) การจัดการความเครียด 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ โดยข้อความถามคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ กำหนดระดับพฤติกรรม คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านไม่ได้กระทำหรือไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 1-3 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 4-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง 7 วัน/สัปดาห์ หรือทุกวัน

ประเด็นคำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
การบริโภคอาหาร				
1. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอส ปรุงรส ระหว่างรับประทานอาหาร				
2. ท่านรับประทานผักและผลไม้สด				
3. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำอย่างเช่น เนื้อปลาวันละ 2-3 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4-6 ช้อนกินข้าว)				
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ				
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูป จำพวก เนย ชีส น้ำตาล แป้ง เช่น โดนัท ไอศกรีม คุกกี้ ช็อกโกแลต ขนมหวานต่าง ๆ				

ประเด็นคำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ฯลฯ				
การออกกำลังกาย				
6. ท่านออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง				
7. ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน โยคะ เป็นต้น				
8. ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนท่านรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก				
การรับประทานยา				
9. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด				
10. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต ท่านจะรีบไปพบแพทย์				
11. ท่านไม่ลดยา หยุดยา หรือเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง				
12. เมื่อยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งหมด ท่านมักจะไปหาซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองโดยไม่ไปพบแพทย์				
การจัดการความเครียด				
13. เมื่อท่านมีความเครียดหรือกังวลใจ ท่านจะมีวิธีคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ดูหนัง ปลูกต้นไม้ ท่องเที่ยว ออกกำลังกาย ฯลฯ				
14. เมื่อท่านมีความเครียดหรือกังวลใจท่านจะปรึกษาบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดที่วางใจได้				
15. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดหรืออารมณ์เสียได้				
16. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8				

ประเด็นคำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ชั่วโมง				
การเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
17. ทำางดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
การสูบบุหรี่				
18. ทำางดการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีการสูบบุหรี่				

ภาคผนวก จ

สมุดบันทึกความดันโลหิตแบบ Online

Link ลงทะเบียน : <https://liff.line.me/1657040139-qPbVWW>

LINE OA หมอสภา



ลงทะเบียน

เลขบัตรประชาชน

1-1111-11111-11-1

ข้อมูลเลขบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง

ลงทะเบียน

ยืนยันตัวตน

กรุณารอกรายละเอียดของคุณ

ชื่อ

นามสกุล

ชื่อเล่น

สังกัด

เลือก

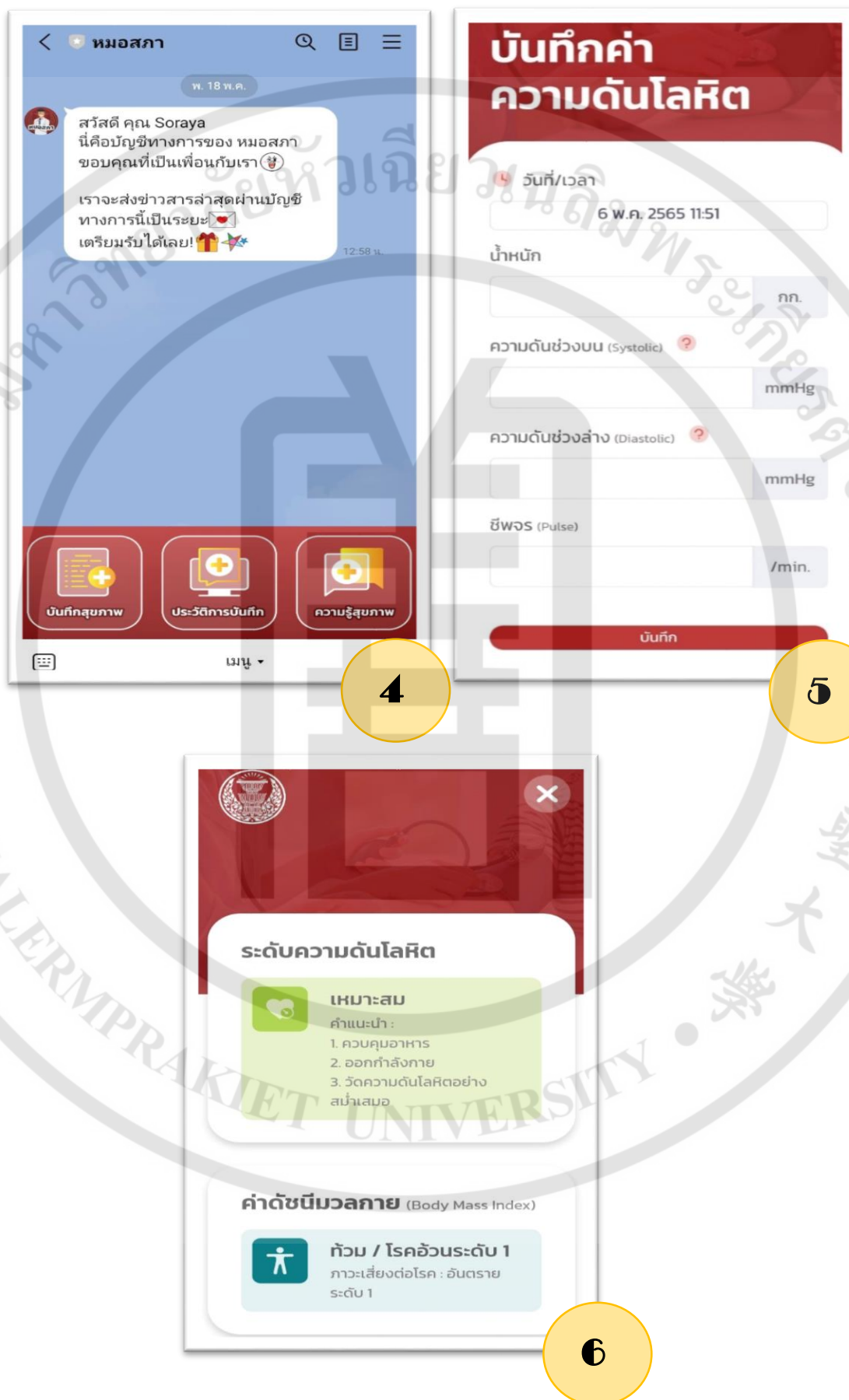
วันเกิด

01/01/2500

เพศ

☒ ชาย ☐ หญิง

ส่วนสูง



7

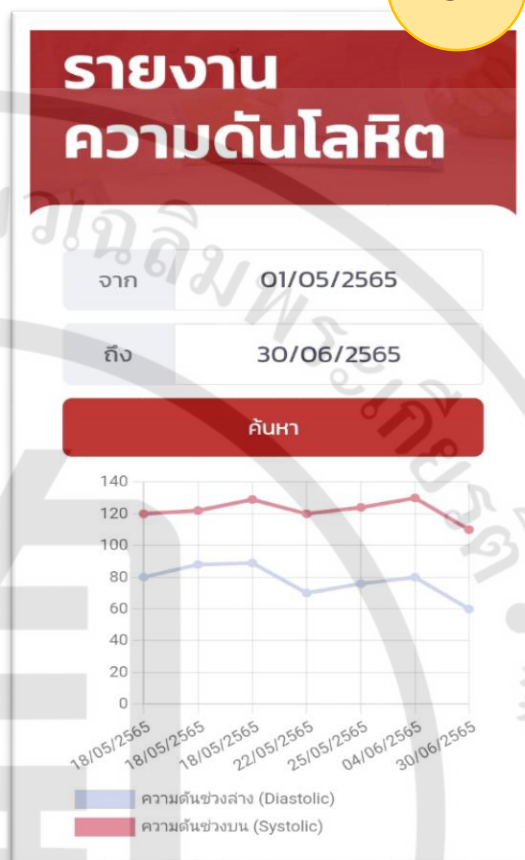
ประวัติสุขภาพ

ชื่อ : โสธยา สุกุลวงศ์โอฬาร
 เพศ : หญิง
 อายุ : 36 ปี
 น้ำหนัก : 60 กิโลกรัม
 ส่วนสูง : 161 เซนติเมตร

รายงาน

BP	BMI	บันทึกเมื่อ
110/60	23.15	30 มิ.ย. 2565 15:19
130/80	23.92	4 มิ.ย. 2565 20:34
124/76	23.53	25 พ.ค. 2565 14:20
120/70	23.22	22 พ.ค. 2565 16:25

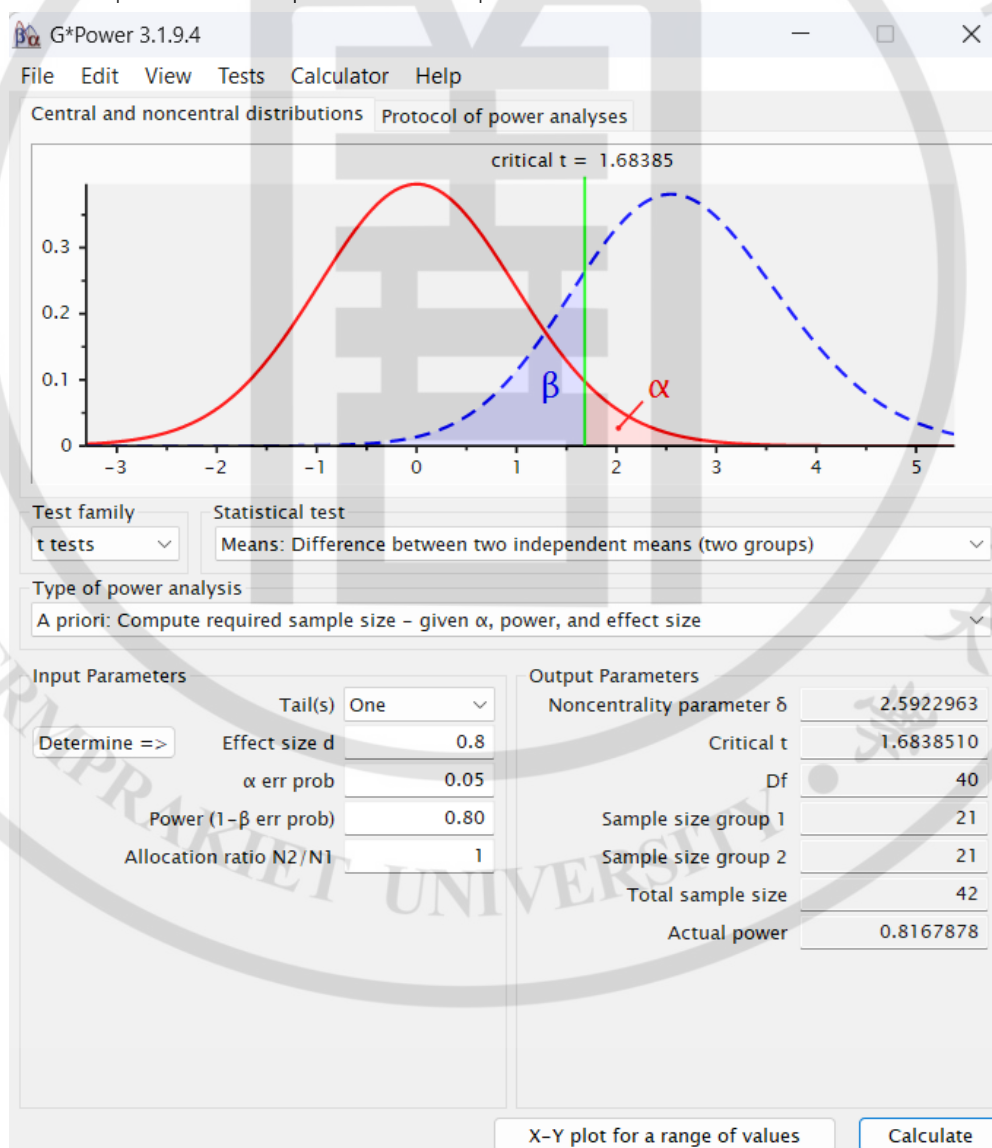
8



ภาคผนวก ฉ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ (Large size) มีค่าเท่ากับ 0.80 (คำนวณค่า Effect size จากงานวิจัยของนพวรรณ จันทร์ศรี, 2563 ได้ขนาดอิทธิพล > 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ 0.80 และกำหนดความเชื่อมั่น (Alpha) ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 คือ 8 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด (Total sample size) จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์

- 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทราวีวัฒน์
ประธานหลักสูตร วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
- 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ
ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการสาธารณสุข และที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการกีฬาและนันทนาการ
- 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี
รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 4) อาจารย์ ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- 5) นายโชคชัย สุฤทธิ
ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานบริการระบบคอมพิวเตอร์ สำนักสารสนเทศ

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยวัดตัวแปรตาม
ด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม

- 1) นายแพทย์ชาญเวช ศรีธำพุทธร
ที่ปรึกษาสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี
รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 4) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณฯ สอนองเดช
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 5) อาจารย์ ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย Letter of Consent for Publication of Research

เขียนที่ At มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ Date 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า Miss นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา รหัสนักศึกษา Student ID 636057-804

ระดับปริญญาโท Master's degree หลักสูตร Courses พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา field of study การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะ Faculty พยาบาลศาสตร์

E-mail : soraya.emss@gmail.com

ชื่อเรื่อง Title (คุณิพนธ์/วิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์)

(ชื่อภาษาไทย) (Thai Title) การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบออนไลน์กับออฟไลน์ต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของข้าราชการรัฐสภาสามัญ สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

(ชื่อภาษาอังกฤษ) (English Title) COMPARISON OF THE EFFECT OF ONLINE AND OFFLINE SELF-MANAGEMENT PROGRAMS ON KNOWLEDGE, AWARENESS, AND BEHAVIORS FOR PREVENTING COMPLICATIONS FROM UNCONTROLLED HYPERTENSION OF ORDINARY PARLIAMENTARY OFFICIAL OF THE SECRETARIAT OF THE HOUSE OF REPRESENTATIVES

☒ อนุญาต ให้ศูนย์บรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เผยแพร่ผลงานวิจัยของข้าพเจ้าสู่สาธารณะ เพื่อเป็นผลงานทางวิชาการ ผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัย ThaiLIS

Permit the Information Center at Huachiew Chalermprakiet University to publish my research to the public as an academic achievement through the ThaiLIS research database system

☐ ไม่อนุญาต Not permitted

ลงชื่อ Sign.....  Researcher ผู้วิจัย

(นางสาวอิชยา ชัยภัทรธาดา)