



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

THE EFFECTS OF SELF MANAGEMENT PROGRAM AMONG  
UNCONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS

นพภรณ์ จันท์ศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

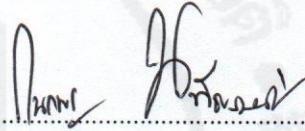
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  
THE EFFECTS OF SELF MANAGEMENT PROGRAM AMONG UNCONTROLLED  
HYPERTENSIVE PATIENTS

นพากรณ์ จันทร์ศรี

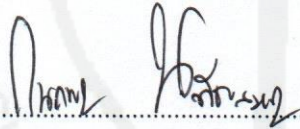
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา  
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีชนสมบัติ  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีชนสมบัติ  
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

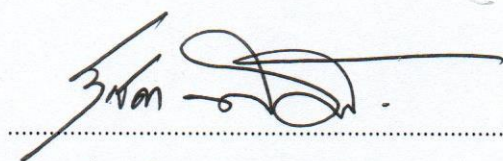


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล  
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล  
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง  
กรรมการ



อาจารย์ ดร.รัชดา พ่วงประสงศ์  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

## ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

นพากรณ์ จันท์ศรี 586053

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กนกพร นทีธนสมบัติ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ทวีศักดิ์ กลีผล, ปร.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยพัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระบัง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และคู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา ได้ค่าเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมสุขภาพ

## THE EFFECTS OF SELF MANAGEMENT PROGRAM AMONG UNCONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS

NAPAPORN CHANSREE 586053

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KANOKPORN NATEETANASOMBAT, Ph.D. (NURSING)

TAWEESAK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

### ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research, which aimed to study the effects of self-management programs among uncontrolled hypertensive patients by developing the program based on the self-management concept of Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L (1991). The sample was uncontrolled hypertensive patients, who had received the health services from Ban Paeng 2 Sub-District Health Promoting Hospital and Talat Kriap Sub-District Hospital, Bang Pa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The purposive sample had been used as the selected sample method. The samples were 40 subjects, which were equally divided into the experimental group and the comparison group. The experimental group received a self-management program among uncontrolled hypertensive patients for eight weeks and the comparison group received medical care as usual. The instruments used for data collection were health behaviors questionnaires in uncontrolled hypertensive patients and self-management handbook in uncontrolled hypertensive patients. These instruments had been examined by three experts. The Cronbach Alpha coefficient was 0.80. Data was analyzed by descriptive statistics, which were frequency, percentage, mean, standard deviation and T-test.

The results of the study showed that after receiving the self-management program among uncontrolled hypertensive patients the experimental group had higher mean on health behavior score than before receiving the program and more than the comparison group at statistically significant  $<.001$ . Mean of diastolic blood pressure level and mean of systolic blood pressure level after experiment were lower than before experiment and had lower than the comparison group at statistically significance  $<.001$ .

**Keywords:** Self-management program, Uncontrolled hypertensive patients,  
Health behavior



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความกรุณาเอาใจใส่และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอน รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นการบูรณาการจากองค์ความรู้ที่ได้เรียนมาจนบรรลุเป้าหมายอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่านรวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุด ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ รวมทั้งบุคลากรทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล และทำกิจกรรมกับผู้ป่วยและที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบุพการี คุณพ่อน้ำทิพย์ คุณแม่ประกิต จันทร์ศรี และครอบครัว เพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 12 ทุกท่าน ที่คอยห่วงใย ให้ความอบอุ่น และกำลังใจด้วยดีเสมอมา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านตลอดการศึกษานี้ และที่ขาดมิได้ขอกราบขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่เป็นแหล่งประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้เหล่านี้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน วิชาชีพ และไปสร้างประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติสืบไป

นพากรณ์ จันทร์ศรี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	9
2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	13
2.3 การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	14
2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	23
2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	25
2.6 การรักษาพยาบาลตามปกติ	27
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	27
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย</b>	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	34
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
3.5 การดำเนินการทดลอง	36
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	39
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	40
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	42
4.2 พฤติกรรมสุขภาพ	43
4.3 ระดับความดันโลหิต	47
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
5.1 สรุปผลการวิจัย	50
5.2 อภิปรายผล	52
5.3 ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	67
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	68
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	72
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	74
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	75
ภาคผนวก ฉ คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	80
ประวัติผู้เขียน	143

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด	36
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	42
3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง	44
4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง	44
5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	45
6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	46
7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง	46
8 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง	46
9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง	47
10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	47
11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง	48
12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง	48

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล	12
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	28
3	รูปแบบการวิจัย	29





## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกในขณะนี้ และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และไตวาย เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ยังส่งผลอันตรายจนถึงแก่ชีวิตของประชากรโลกได้ด้วย องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่าในปี 2015 ทั่วโลก ประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน อัตราส่วนการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในเพศชายพบ 1 ใน 4 เพศหญิงพบ 1 ใน 5 และยังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2016 พบสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17.9 ล้านคน จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก 56.9 ล้านคน ทั่วโลกคิดเป็น 44% จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก (WHO. 2019 : Online)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากรในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552-2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. 2557) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีนับเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงสุด และจากสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ร้อยละ 12.05 ร้อยละ 13.13 และร้อยละ 15.13 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2561 : ออนไลน์)

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559-2561 ร้อยละ 13.71 ร้อยละ 15.61 และร้อยละ 15.67 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562 : ออนไลน์) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในตำบลบ้านแป็ง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2559-2561 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราความชุกในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 10.75 ปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 11.19 และปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 11.67 ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลบ้านแป็งที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแป็ง 2 มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมความดัน

โลหิตไม่ได้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 3.77 ปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 12.5 และปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 13.79 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2562 : ออนไลน์)

ปัจจัยส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากการมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม และไขมันสูง การมีความเครียดสะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายที่กำหนดได้นั้น ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เป็นต้น จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสียชีวิต ถึงร้อยละ 73.79 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2561 : ออนไลน์) นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสรุนแรงที่เด่นชัดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ (Hornstena C et al. 2016 : Online) จะเห็นได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมายังพบอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดความตระหนักเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารรสเค็ม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีการออกกำลังกายเลย การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด และการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มชา กาแฟ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์)

แนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เป็นสาเหตุทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เมื่อเกิดความเครียดควรหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ควบคู่ไปกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ดังนั้น เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ตามที่คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมิน และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา ฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8 : JNC 8) ได้กำหนดเกณฑ์ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมโดยให้มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90

มิลลิเมตรปรอท ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น ให้มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) สำหรับเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงโดยแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิตมี 2 วิธี คือ

1) การใช้ยา

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1) การรับประทานอาหาร เช่น อาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension : DASH) และลดปริมาณเกลือในอาหารให้บริโภคได้ไม่เกินวันละ 2.4 กรัม

2.2) การออกกำลังกาย

2.3) การจัดการความเครียด

2.4) การรับประทานยา

2.5) การมาพบแพทย์ตามนัด

2.6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ และงดชากาแฟ เป็นต้น

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีความเชื่อว่าไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการดูแลจัดการและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีบุคลากรที่มีสุขภาพทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพใหม่ด้วยตนเอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องยากเพราะเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดเป็นความเคยชินและกลายเป็นวิถีชีวิต ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีกลวิธีหรือเทคนิคมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานอายุ 35-59 ปี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ของ รัฐธินีย์ ธนเศรษฐ์ (2561 : 100-111) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมจัดการตนเอง

ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ สายฝน วรรณขาว (2562 : 126-141) พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และ สัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563 : ออนไลน์) ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จะเห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นแนวคิดที่สำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีหน้าที่กระทำการพยาบาลโดยตรงบริหารจัดการ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สภาการพยาบาล. 2552 : 29) ผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยสภาพปัญหาที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในตำบลบ้านแปงยังขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนแพอร์ และกาลีค-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง และสามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ได้ ตามเป้าหมาย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา สนับสนุน และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการรักษาพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านแปง 2 ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง

## 1.2 คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีผลอย่างไรต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## 1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## 1.5 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 และโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระเทียม อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563

## 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP)  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP)  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท ซึ่งได้มาจากที่ได้จากการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะในสถานพยาบาล การวัดความดันโลหิตจะทำอย่างน้อย 2 ครั้ง ระยะเวลาวัดความดันโลหิตครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 15-30 นาที และนำระดับความดันโลหิตที่ได้ทั้งสองครั้งมาหาค่าเฉลี่ย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์)

2. โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายซึ่งกระบวนการจัดการตนเอง มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparation phase) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม ซึ่งประกอบด้วย ชนิดของอาหาร

- พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้หัวใจมีการทำงานมากขึ้น เช่น เดินแอโรบิก วิ่ง เดินเร็ว ฝึกจักรยานและการออกกำลังกายแบบสะสม (Anaerobic exercise) ด้วยการทำงานบ้าน เป็นต้น

- พฤติกรรมจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการแก้ไขหรือการลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

- พฤติกรรมรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

- พฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัด หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด

- พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มชา กาแฟ เป็นต้น

ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง (Self management) คือ ระยะที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเริ่มจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของตัวเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมานำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาสะท้อนคิดเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายได้ด้วยตนเองโดยมีกระบวนการในระยะการจัดการตนเองดังนี้

- การติดตามตนเอง (Self monitoring) หมายถึง การสังเกต ติดตามและการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองทั้งที่เป็นไปตามเป้าหมายและไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้รวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตของตัวเอง

- การประเมินตนเอง (Self evaluation) หมายถึง การประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเอง

- การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) หมายถึง การให้รางวัลตนเองเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Follow and evaluate) คือ การตรวจสอบความถูกต้องในการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ได้ปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับเกณฑ์เป้าหมายที่วางแผนไว้

3. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำและสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัตินั้นส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ประกอบด้วย การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลง และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้โดยมีอิทธิพลมาจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

4. การรักษาพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI ชักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้รายบุคคล ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ปรึกษา และแจกเอกสารความรู้การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และนัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไป

### 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรม สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ไปใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปในโรงพยาบาลและในชุมชนได้



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

#### 2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

##### 2.1.1 ความหมาย

##### 2.1.2 พยาธิสภาพ

##### 2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

##### 2.1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

##### 2.1.5 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

#### 2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

#### 2.3 การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

#### 2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

#### 2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

#### 2.6 การรักษาพยาบาลตามปกติ

#### 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

#### 2.1.1 ความหมาย

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP)  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP)  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท อ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดได้ ซึ่งค่าระดับความดันโลหิตเป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ มีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าระดับความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

### 2.1.2 พยาธิสภาพ

ความดันโลหิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยความดันโลหิต คือ 1) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และ 2) ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย

การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสอง ปัจจัยข้างต้นหรือเกิดจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชยปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin system) และระบบการทำงานของไตทั้ง 3 ระบบ ดังกล่าวจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) การกระตุ้นประสาทซิมพาธิติก จะมีผลต่อการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน ทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว ซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้นแรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น จึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2) การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลง ซึ่งกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอกซึ่งมีผลในการดูดซึมน้ำและโซเดียมที่ไตปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Robert M. Carey et al. 2018)

3) ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนและฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำอันตรายต่อเยื่อบุภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น (นวพร วุฒิศรรม. 2562 : 173-182)

### 2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผลกระทบต่อร่างกายเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ได้แก่

1) หัวใจ ทำให้หัวใจห้องซ้ายโต (Left ventricle hypertrophy) ซึ่งถ้าปล่อยให้ เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจตามมา นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังทำให้ หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายได้



2) สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกเป็นบุคคลทุพพลภาพ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการเรื้อรังจะส่งผลให้ความจำเสื่อมได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ชัก หรือหมดสติได้

3) ไต ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังเนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ไตที่วายทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น ในกรณีการตรวจปัสสาวะผู้ป่วยจะพบสารไข่ขาว (Albumin) ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป การเจาะเลือดทดสอบการทำงานของไตจะพบระดับของสารปียูเอิน (BUN) และครีเอตินิน (Creatinin) สูง

4) ตา เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดในที่สุด

5) หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic aneurysm) และผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกแยก (Aortic dissection) ผู้ป่วยที่มีภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกแยกจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง เป็นลม หรือเป็นอัมพาต ถ้าเป็นรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าก็อาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่วมด้วยส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงขาและปลายเท้าได้น้อยลง หรือหากหลอดเลือดแดงอุดตันอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้

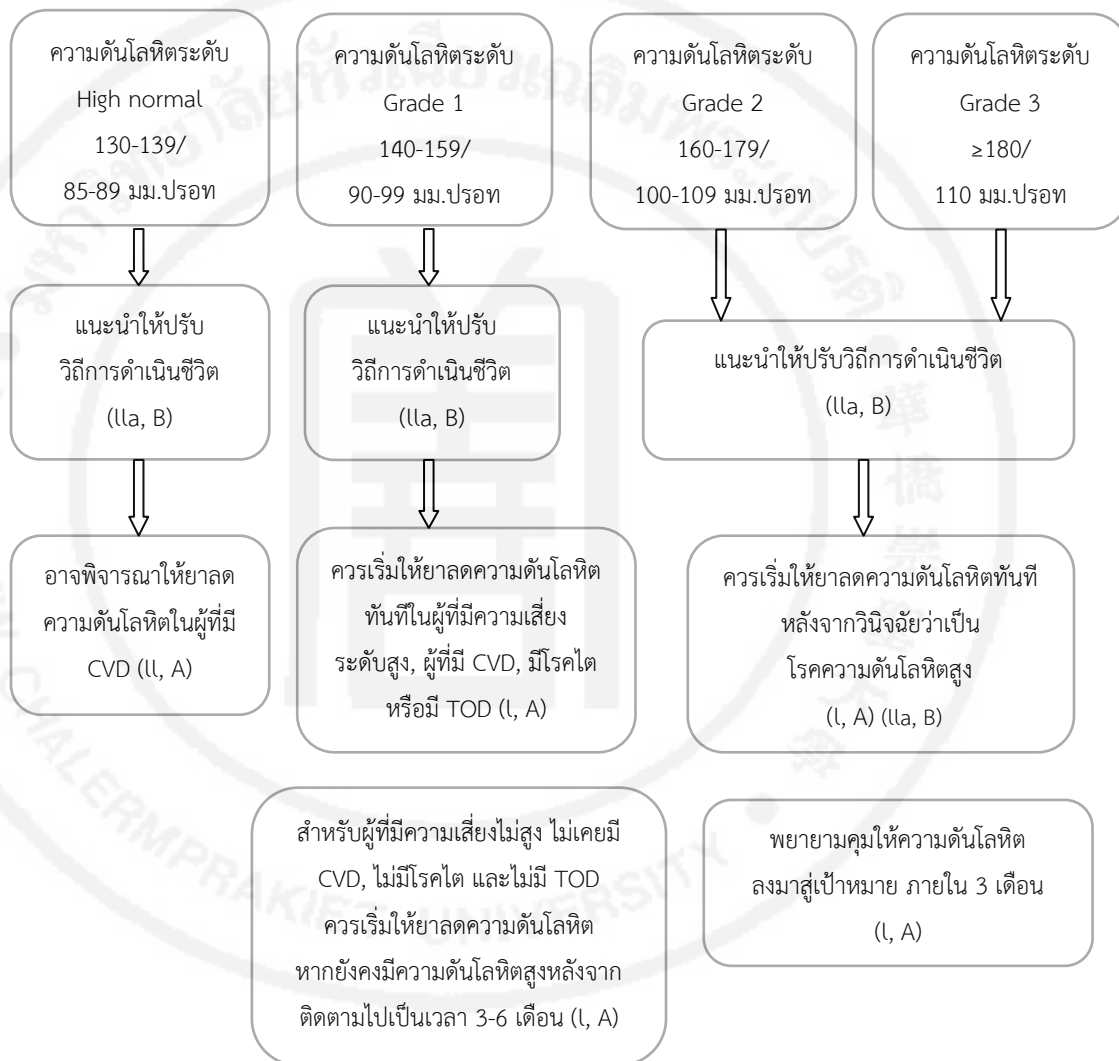
ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะมีความรุนแรงขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ซึ่งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายตามแนวทางการรักษาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน

#### 2.1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่า การลดความดัน Systolic (Systolic Blood Pressure : SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดัน Diastolic (Diastolic Blood Pressure : DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด Stroke ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 นอกจากนี้ การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันความเสื่อมในการทำงานของไตซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้ แพทย์จะพิจารณาการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายตาม

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ดังแผนภูมิที่ 1

**แผนภูมิที่ 1** แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล



CVD = Cardiovascular Disease, TOD = Target Organ Damage

**ที่มา:** สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์.

**\*หมายเหตุ:** การพิจารณารักษาตามแนวทางนี้ใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตระดับ High normal และผู้ที่ผ่านขั้นตอนของแนวทางวินิจฉัยมาแล้ว ได้รับการสรุปจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite hypertension)

### 2.1.5 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกและการรวบรวมข้อมูลแบบ Meta-analysis แสดงว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้น จึงแนะนำว่าควรรักษาให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตาม สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (2562 : ออนไลน์) มีข้อควรระวัง 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 ในเบื้องต้นควรลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับ  $\leq 130/80$  มิลลิเมตรปรอท

ประการที่ 2 มีข้อมูลแสดงว่าหากการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไปอาจมีผลเสียโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อยู่ ดังนั้น จึงแนะนำว่าไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสมควรจะอยู่ระหว่าง 70-79 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตาม ให้คำนึงถึงการลด SBP เป็นสำคัญ แม้ว่า DBP อาจลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท บ้างก็สามารถทนได้ เนื่องจากค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้ว ตั้งแต่ก่อนให้ยารักษาความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562 : ออนไลน์)

### 2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่า พุทธิพิสัย (Cognitive domain) ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของหรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective domain) และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor domain) (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

Pender, N. J (1996 อ้างถึงใน ศิราณี โพธิ์ศรี, 2556) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำและเป็นปกติและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

รุ่งอรุณ พิงเยี่ยม (2554 : 14) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของตัวบุคคลทั้งเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรง ปลอดภัย คงไว้ซึ่งภาวะสุขสมบูรณ์

อังคณา กั้นใจแก้ว (2562 : 10) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่น ๆ เป็นลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย รูปแบบพฤติกรรมที่เด่นชัด ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถสรุปได้ว่า หมายถึง การปฏิบัติตนหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกระทำเป็นประจำและสม่ำเสมอในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลง และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้โดยมีอิทธิพลมาจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

### 2.3 การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังทุกชนิดรวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นพื้นฐานสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม คำแนะนำของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย และมุ่งเน้นมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์)

พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี 2 แนวทาง คือ การรักษาโดยการใช้อาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรม การรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการปรับ พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะ เป้าหมายถูกทำลาย ควบคุมอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต (รัชณี วัฒนาเมธี และปัญญากรินทร์ หอยรัตน์. 2560 : 189-202) มีรายละเอียดดังนี้

#### 2.3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิต มีผู้ศึกษาถึงอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อที่จะช่วยควบคุมความดันโลหิตลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะ เป้าหมาย ซึ่งอาหารที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต คือ อาหารที่มีปริมาณ

เกลือโซเดียมและอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ได้แก่

1) ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อควรมีปริมาณที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยการแบ่งจานอาหารขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วน เป็นผัก อย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วน เป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วน เป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลาและทุกมื้อ ควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหารอย่างเพียงพอช่วยลดความดันโลหิตและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักโภชนาการ และควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง ชะเอมเทศ ชะเอม ส้มขม โยฮิมบี เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์)

2) ควรจำกัดการบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมในปริมาณสูง อาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารหมักดองประเภททำเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม น้ำพริกกะปิ ปลาร้า และอาหารจำพวกหมักดองอื่น ๆ เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า การจำกัดเกลือในอาหารไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน สามารถลดระดับความดันซิสโตลิก ประมาณ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization. 2012 : Online) และไม่ควรเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้ว รวมทั้งการใส่ผงชูรสลงในอาหาร หลีกเลี่ยงการจิ้มน้ำจิ้มหรือซอสเนื่องจากอาหารประเภทนี้มีปริมาณโซเดียมมากซึ่งจะทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้นทำให้ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนักทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การลดหรือจำกัดปริมาณโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลงซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจ จากการศึกษาของ กาญจนาน มณีทัต และสมจิต แदनสีแก้ว (2557 : 140-149) พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม คือ วิถีชีวิต การรับประทานอาหารร่วมวงกัน การมีความเชื่อที่ผิด ๆ ว่าการรับประทานเกลือทำให้สุขภาพแข็งแรง มีฐานะยากจน ขาดการรับรู้เรื่องการบริโภคเกลือเกินขนาด ขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และจากชุมชน ค่านิยมผิดรสชาติ และวิถีชีวิตที่เร่งรีบจึงจำเป็นต้องซื้ออาหารปรุงเสร็จมารับประทาน

3) ควรลดอาหารประเภทที่ไขมันอิ่มตัวสูงหรืออาหารมีโคเลสเตอรอลมากเกินไป ส่วนใหญ่ได้มาจากสัตว์ ได้แก่ อาหารมัน ของทอด อาหารที่ใส่กะทิ ขาหมู เนื้อหมูสามชั้น และไข่แดง เป็นต้น ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น งา ถั่วเหลือง ถั่วลิสง



น้ำมันมะกอก และน้ำมันปลา เป็นต้น การที่มีไขมันในเลือดปริมาณสูงจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และเกิดหลอดเลือดอุดตันได้

4) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด อาหารที่มีแป้งหรือน้ำตาลเป็นส่วนผสมปริมาณมาก รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น มะละกอ ส้ม และฝรั่ง เป็นต้น การลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลจะเป็นการลดน้ำหนักตัวไปในตัวการที่รับประทานอาหารหวานจัดมีผลต่อน้ำหนักตัวซึ่งส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรักษา วรณประเสริฐ, สุทธิพร มุลศาสตร์ และนภาพิณู จันทขัมมา (2562 : 92-104) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลงระดับความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย

5) ควรรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ก๋วย ล้ม องุ่น และลูกเกด เป็นต้น ซึ่งอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง พบว่า ปริมาณโปแตสเซียมมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิต โดยโปแตสเซียมจะช่วยทำหน้าที่ขับปัสสาวะที่มีโซเดียมมากผิดปกติซึ่งการหลังของสารเรนิน จากไตและยังช่วยลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ดีมากขึ้น

6) ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นมจืดพร่องไขมัน ปลาตัวเล็กตัวน้อย เมล็ดธัญญาพืชบางชนิด เช่น งา ถั่ว เป็นต้น ซึ่งพบว่า อาหารที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงลดลง อย่างไรก็ตาม ควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมไม่มากหรือน้อยจนเกินไป

7) ควรรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เนื่องจากอาหารที่มีแมกนีเซียมสูงเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดและช่วยเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต

8) ควรรับประทานอาหารประเภทที่มีวิตามินสูง โดยเฉพาะวิตามินซีและวิตามินอีซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูง วิตามินซีช่วยให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงเนื่องจากจะช่วยสร้างกรดน้ำดีที่ตับจากโคเลสเตอรอลมากขึ้น ส่วนวิตามินอีช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลที่เกาะอยู่ที่หลอดเลือดในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจและสมอง ป้องกันหลอดเลือดตีตันโดยทำหน้าที่ร่วมกับวิตามินซีและวิตามินบี 1 บี 6 และบี 12

9) ควรรับประทานอาหารประเภทที่มีกากใยสูง (Fiber) เช่น ข้าวกล้อง ถั่ว เมล็ดธัญญาพืช ผักและผลไม้สด เป็นต้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานผักและผลไม้เพราะในผักและผลไม้มีใยอาหารซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึมไขมันทำให้

น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับเป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้นทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง

### 2.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง พบว่า ช่วยลดระดับความดันโลหิตลงประมาณ 5-7 มิลลิเมตรปรอท ทั้งระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกภายในระยะเวลา 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยทำให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ช่วยลดไขมันอิสระ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดแรงต้านภายในหลอดเลือดป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันปกติ ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อความดันโลหิต พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายแบบไหนหรือความหนัก ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างไร ก็มีส่วนช่วยในการลดความดันโลหิตได้ โดยระดับความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 3.8 mmHg และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลง เฉลี่ย 2.6 mmHg (ปิยะนุช รักพาณิชย์. 2557 : 33-34) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษา ของ Fagard RH (1993 : 47-52) ยังพบว่า โดยเฉลี่ยแล้ว ผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยลดระดับความดันโลหิตลง 10/8 mmHg ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาว่าการออกกำลังกาย ใช้เวลา 30-60 นาทีต่อครั้ง ความถี่ 1-7 ครั้งต่อสัปดาห์ และระยะเวลาในการออกกำลังกายตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 52 สัปดาห์

นอกจากนี้ ผลของการออกกำลังกายต่อระบบประสาทจะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟินหรือฝิ่นทำให้กล้ามเนื้อลดอาการเกร็ง หายจากอาการปวด คลายความตึงเครียด เมื่อออกกำลังกายติดต่อกันจะทำให้ผู้นั้นติดการออกกำลังกายโดยอัตโนมัติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรดเว้นการออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยในการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น วิทยาลัยกีฬาเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา American College of Sports Medicine (ACSM. 2003) ได้เสนอแนวทางการออกกำลังกายโดยอาศัยหลักเกณฑ์ฟิต (FITTE) ซึ่งมีองค์ประกอบของการออกกำลังกายดังนี้

1) ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise - F) เป็นการกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

2) ความหนักเบาของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise - I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกาย ประมาณร้อยละ

60-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายในระยะเริ่มแรกควรเริ่มออกกำลังกายจากความหนักเบาระดับต่ำและค่อย ๆ เพิ่มขึ้น มีความหนักเบาประมาณร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรเป้าหมายที่เหมาะสมในการออกกำลังกายของบุคคลนั้น ๆ โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดสามารถคำนวณได้จากสูตร  $220 - \text{อายุ (เป็นปี)} \times 0.40$  และ  $0.60$  หรือประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละคนเป็นเกณฑ์วัด ควรออกกำลังกายให้ถึงระดับที่เริ่มรู้สึกเหนื่อยหรือใช้วิธีการทดสอบการพูด (Talk test) โดยการให้พูดคุยในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าสามารถพูดกับผู้อื่นได้โดยไม่เหนื่อยเลย แสดงว่าออกกำลังกายน้อยเกินไป หรือถ้าเหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดได้ แสดงว่า ออกกำลังกายหนักมากเกินไป

3) ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time or Duration of Exercise - T) เป็นช่วงระยะเวลาการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรอยู่ระหว่าง 20-40 นาที และควรทำติดต่อกันอย่างต่อเนื่องในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

3.1) ระยะการอบอุ่นร่างกาย (Warm-Up phase) เป็นการเตรียมพร้อมและการปรับตัวของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีการประสานงานดีขึ้น เกิดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวและเสริมสร้างความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อโดยเริ่มจากทำบริหารยืดเส้นยืดสายหรือการเดินอย่างช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.2) ระยะออกกำลังกาย (Exercise phase) เป็นช่วงการออกกำลังกายเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายมีการหดและยืดของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ โดยทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 20-40 นาทีขึ้นไป

3.3) ระยะผ่อนคลาย (Cool down phase) เป็นช่วงหลังออกกำลังกายควรค่อย ๆ ผ่อนคลายร่างกายลงทีละน้อยแทนการหยุดการออกกำลังกายลงทันทีเพื่อให้เลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อมีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจและเพียงพอไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย และเพื่อยืดกล้ามเนื้อปรับการทำงานของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ อาจเป็นการออกกำลังกายเหมือนช่วงอบอุ่นร่างกายควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.4) ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise - T) ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ หมายถึง การออกกำลังกายที่ร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ทั่วร่างกายเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจรวมทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง เช่น การถีบจักรยาน การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำจลน และกายบริหาร เป็นต้น

3.5) ความสนุกสนานหรือความเพลิดเพลิน (Enjoyable - E) เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติ โดยคำนึงถึงเป้าหมายสำคัญในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทำให้คล่องแคล่วและระบบต่าง ๆ ทำงานได้ด้วยดี ฝึกตามหลัก คือ ค่อย ๆ เพิ่มขีดความสามารถในการออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป การฝึกอย่างสม่ำเสมอ ฝึกต่อเนื่องไปทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที เพราะการฝึกบ้างหยุดบ้างทำให้ระบบการทำงานของร่างกายไม่ได้รับการกระตุ้นให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่ได้ผลต่อสมรรถภาพ ฝึกแล้วพอใจ การฝึกอย่างสนุกสนานเบิกบานใจจะช่วยให้ผ่อนคลาย ความเครียด คือ การฝึกที่ดีมีประโยชน์ถ้ารู้สึกเบื่อหน่ายซึ่งแสดงว่าฝึกไม่ถูกหลักการที่ดีจึงควรเปลี่ยน กิจกรรมให้หลากหลายเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย และทำให้แข็งแรงได้ทุกส่วนของร่างกาย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสามารถหรือความถนัด สิ่งที่สำคัญควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายร่างกายทุกครั้งหลังการออกกำลังกาย เลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเหนื่อยหอบหรือเบาเกินไปควรฝึกสร้างกำลังใจในการฝึก โดยในช่วงแรกจะปวดเมื่อยหรือมีข้อแก้ตัวต่าง ๆ เช่น ไม่มีเวลาเล่น เล่นไม่เป็น ไม่มีอุปกรณ์ จึงต้องสร้างกำลังใจโดยเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์แรก ถ้าพยายามตั้งใจตนเองได้จะมีแนวโน้มฝึกต่อไปได้เรื่อย ๆ ควรเลือกรูปแบบที่ฝึกตามลำพังหรือฝึกกับกลุ่มได้ ควรยืดหยุ่นในการเลือกรูปแบบ มีการติดตามความก้าวหน้า การฝึกที่ดีควรได้รับผลลัพธ์ที่ดีตามความคาดหวังผู้ฝึก ควรชื่นชมตัวเอง สังเกตความรู้สึก และสุขภาพของตนเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการฝึก ถ้าไม่ดีขึ้นแสดงว่าฝึกไม่ถูกวิธี ฝึกเบาไปไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เต็มใจฝึก (นาถตยา สุภาบุ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. 2560 : 70-80) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตมีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แต่ปัญหาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำ อาจเนื่องจากอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น รับจ้าง ค่าขายทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (อดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. 2558 : 65-77) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัตนา เกียรติเผ่า (2558 : 405-412) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำและไม่สม่ำเสมอ สาเหตุเนื่องจากมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและความพร้อมของร่างกายซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

### 2.3.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมบุคคลที่มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมักจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ง่ายกว่าคนปกติปกติซึ่งเรียกว่าภาวะการเจ็บป่วยทางกายส่งผลทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางใจนั่นเอง เพราะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นปัญหาที่ตามมา คือ การดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ รวมถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของ

ครอบครัว และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามมาด้วย และถ้ามีความเครียดเป็นระยะเวลายาวนานอีกทั้งยังมีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมอาจมีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (นฤมล โชว์สูงเนิน. 2560 : 9-16) การจัดการความเครียดจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เพิ่มการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีและต่อมหมวกไตลดปริมาณการใช้ ออกซิเจนในร่างกายทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดต่ำลง อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจลดลงจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยหรือบุคคลแต่ละคนมีผลทำให้ ภาวะสุขภาพของแต่ละคนต่างกัน ความเครียดมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง จากการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของ Mucci N et al (2016 : Online) พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเพิ่มภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะเห็นว่าการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้อาการของโรคกำเริบ แต่หากผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2557 : 23-30) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้มารับบริการที่คลินิกความดันเลือดสูงของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า การจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

### 2.3.4 พฤติกรรมการรับประทานยา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐาน มี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่า การลดความดันโลหิต Systolic (Systolic Blood Pressure : SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิต Diastolic (Diastolic Blood Pressure : DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด Stroke ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) แต่การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาจะเกิดประสิทธิภาพดีต่อผู้ป่วยมากที่สุดต่อเมื่อผู้ป่วยมีความตระหนักในเรื่องการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยรับประทานยาในขนาดและเวลาที่เหมาะสมไม่ควรหยุดยาลดยาหรือเพิ่มยาเอง ผู้ป่วยจึงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค โดยหลักการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2558)

1) การให้ยาให้ถูกคน หมายถึง การให้ยาให้ถูกบุคคลไม่นำยาของอีกบุคคลหนึ่งไปใช้ แม้จะเป็นโรคเดียวกันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมียาหลายชนิดที่ใช้ในการรักษาโดยที่แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามระดับความดันโลหิตและความเสี่ยงในแต่ละบุคคลเพื่อผลของการรักษาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การให้ยาให้ถูกโรค หมายถึง การให้ยาให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มียาใช้ในการควบคุมความดันโลหิตอยู่โดยเฉพาะและมีอยู่หลายชนิดซึ่งแต่ละชนิดมีข้อดีข้อเสียและประสิทธิภาพแตกต่างกันไปและในผู้ป่วยบางรายการตอบสนองต่อยาต่าง ๆ อาจไม่เหมือนกัน ดังนั้น จึงมีความแตกต่างในชนิดของยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละราย

3) การให้ยาให้ถูกทาง เนื่องจากการให้ยามีหลายวิธีทาง ได้แก่ ทางปาก และทางหลอดเลือด เป็นต้น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นยาเม็ดสำหรับรับประทานทางปากซึ่งยาบางชนิดจะมีผลต่อการลดความดันโลหิตที่แตกต่างกันเมื่อใช้ในวิธีที่ต่างกัน เช่น ยา Nifedipine เมื่อรับประทานโดยวิธีการอมใต้ลิ้นหรือเคี้ยวก่อนจะมีผลต่อการลดความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็วและถ้าลดลงมากเกินไปจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เป็นต้น

4) การให้ยาให้ถูกขนาด หมายถึง การรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์โดยมีการตรวจสอบขนาดของยา วิธีการใช้ รวมถึงเวลาในการรับประทานยาให้ถูกต้อง ถ้าลิ้มรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ไม่ควรรับประทานเป็นสองเท่าในมือถัดไปรับประทานยาหรือให้ยาตามที่กำหนดไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5) การให้ยาให้ถูกเวลา เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหารหรือก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาโดยเฉพาะการให้ยาทางปากการให้ยาที่ให้โดยการรับประทานแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่ต่างกันเมื่อให้ในเวลาที่แตกต่างกัน การให้ยาลดความดันโลหิตจะได้ผลดีนั้นระดับยาจะต้องออกฤทธิ์นานและครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องรับประทานยาให้ถูกต้องตามเวลาและหากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่ถ้าใกล้เวลารับประทานยาในมือต่อไปให้งดรับประทานยามื้อนั้นและรับประทานเฉพาะมื้อต่อไปเท่านั้นโดยไม่เพิ่มขนาดของยาเป็นสองเท่าเพื่อผลในการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

6) การสังเกตอาการของตนเองหลังรับประทานยาหรือเปลี่ยนชนิดของยาและให้ยาให้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ยารักษาความดันโลหิตสูงมักมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนทำผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนขนาดยาเองควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้งเมื่อมีอาการไม่สุขสบายจากการให้ยา

7) ควรนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้งเมื่อเดินทางไกลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ที่ต้องรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งชนิดขนาดและจำนวนของยาเพื่อผลในการควบคุมความดันโลหิต ถ้าพบว่ายามีนจำนวนไม่พอควรกลับมาพบแพทย์ให้สั่งยาเพิ่มได้แม้ว่าจะไม่ถึงวันนัด

8) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือเภสัชกรทราบถึงยาที่ได้รับประทานเป็นประจำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับยาที่มีผลต่อยาที่ได้รับประจำเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาโรค

9) หลีกเลี่ยงการรับประทานยา ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกจากแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิตแล้วยังมีผลต่อการดูดซึมของยา

### 2.3.5 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด

พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอมีความสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในรายที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากการมาพบแพทย์ตามนัดยังเป็นการติดตามความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเพื่อตรวจประเมินหาภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและสอบถามข้อสงสัยความรู้สึกระต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย ชัยยาทา (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน พบว่า ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.3.6 พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ดังนี้

1) การจำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่มหรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงควรดื่มไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (Standard drink) และผู้ชายควรดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำในระยะเวลายาวมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภักดิ์สรดา หนูมคำ และคณะ. 2558 : 159-170)

การดื่ม Ethanol Alcohol ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะทำให้เกิดการออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (World Health Organization-International Society of Hypertension. 2007) นอกจากนี้ การศึกษาของ Strange et al (2004 : Online) พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่

รับประทานอาหารมีภาวะอ้วนและรับประทานยาคุมกำเนิดจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวมากขึ้นและทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2) การเลิกสูบบุหรี่ อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรงแต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงไม่ชัดเจนแต่ผู้ที่สูบบุหรี่มักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น (World Health Organization. 2007) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลังสารแคทีโคลามีนเกิดการเกาะตัวของเกร็ดเลือดสูงขึ้นผนังหลอดเลือดหดตัวทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงกล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นหัวใจเต้นเร็วส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการศึกษาของ Norton, J. M (1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายดูดซึมนยาไม่ดีส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ

3) หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ แม้จะยังไม่มีหลักฐานปรากฏแน่ชัดว่าการดื่มชาและกาแฟจะมีผลต่อความดันโลหิตสูง แต่พบว่า ถ้าดื่มกาแฟมากกว่า 3 ถ้วยต่อวัน (กาแฟ 1 ถ้วย จะมีคาเฟอีนประมาณ 100 มิลลิกรัม) จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที และจะคงอยู่นาน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าดื่มมากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน จะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

สรุปได้ว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและระดับความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อประสิทธิผลของการรักษาที่ดีและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วย

#### 2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การจัดการตนเอง (Self management) เป็นแนวคิดวิธีที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการที่ดำเนินการซึ่งเป็นความสามารถของผู้ป่วยที่กระทำต่อตนเองหรือกระทำร่วมกับผู้อื่น แนวคิดนี้มีพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive) และการตัดสินใจ การประเมินผลเสียผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น การติดตามอาการแสดงของภาวะสุขภาพของตนเองการตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของชีวิต (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360)



แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งถูกกระตุ้นจากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคเรื้อรัง เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย

1. ช่วยให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านความคิด การจัดการกับอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
3. เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

กลวิธีการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง อาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ยังรวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพที่บุคคลกำลังจัดการด้วยตนเอง การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน นอกจากนี้ ผลของการติดตามตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ โดยการประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) เป็นขั้นตอนการใช้แรงเสริมแก่ตนเอง การเสริมแรงตนเอง คือ ข้อตกลงในรูปแบบที่บุคคลควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับรางวัลหรือการลงโทษและต้องต่อสู้กับพลังอำนาจของตนเองในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นแบบปิดบังซ่อนเร้นหรือแบบเปิดเผยก็ได้

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัดการตนเองและกลวิธีการกำกับตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ในระยะนี้เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันส่งเสริมให้มีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการกำกับ การจดบันทึก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีการประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้

## 2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หมายถึง การกระทำ การพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน (สภาการพยาบาล. 2552 : 29)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับประชาชน ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด โดยมีบทบาททั้งในด้านการดูแลป้องกัน รักษาพยาบาล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย (ศิริณี อินทรหนองไผ่. 2554) ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญและรบกวนจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนอีกด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความสุขทั้งในปัจจุบันบุคคล

กลุ่มคนและชุมชน ครอบคลุมบทบาททั้ง 4 ด้าน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชน พยาบาลจะต้องมีความรู้มีศักยภาพด้านการจัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน โดยการจัดการกับระบบจะเน้นการดูแลและการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และการเข้าถึงประชาชนในชุมชนอย่างมีศิลปะด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มีคุณธรรมจริยธรรม รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้และนวัตกรรมด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (นวพร วุฒิธรรม. 2562 : 173-182) ดังนี้

1. ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การจัดการกับภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น การรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอหรือมาพบแพทย์ก่อนถึงกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบ ได้แก่ งด/เลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง งด กาแฟ ที่อาจกระตุ้นให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. ให้การรักษาพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

- 2.1) การประเมินโดยการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

- 2.2) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลที่เน้นศักยภาพของตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง โดยใช้การจัดการตนเองเพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและยั่งยืนต่อเนื่อง

- 2.3) การประเมินผลโดยประเมินจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและระดับความดันโลหิต

3. ให้ความรู้โดยให้ข้อมูลเรื่องการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นำไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

4. ให้คำปรึกษาโดยให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการตัดสินใจเลือกการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้คำปรึกษา และหาแนวทางแก้ไขหากผู้ป่วยยังไม่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

5. พัฒนาการรู้ทางสุขภาพโดยมีบทบาทในการทวิวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

6. ประสานงาน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ประกอบด้วย ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างยั่งยืน

## 2.6 การรักษาพยาบาลตามปกติ

การรักษาพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพ โดยการวัดความดันโลหิตซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

2. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

3. ให้คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

## 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษามูลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self management) ของ แคนเฟอร์ และ แกลlick-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparation phase)

ระยะที่ 2 การจัดการด้วยตนเอง (Self management) ในระยะนี้มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self monitoring) การประเมินตนเอง (Self evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement)

ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ (Follow and evaluate)

ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และระดับความดันโลหิต ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



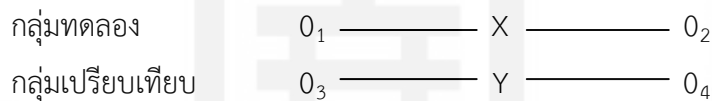
### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest - Posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและค่าความดันโลหิต ดังแผนภูมิต่อไปนี้

#### แผนภูมิที่ 3 รูปแบบการวิจัย



$O_1$  หมายถึง การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Experimental group) ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

$O_2$  หมายถึง การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Experimental group) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

$O_3$  หมายถึง การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

Y หมายถึง การรักษาพยาบาลตามปกติ

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.1 ประชากร (Population)

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกวียน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระเทียม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ โคเฮน (Cohen, J. 1988) คือ

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ชนิษฐา สารีพล และปัทมา สุริต. 2558 : 110-116) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect size) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้ค่าเท่ากับ .80 ผู้วิจัยกำหนดกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.8 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โคเฮน (Cohen, J. 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน

กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1.1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยมีค่าความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

1.2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

1.3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

1.4) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน

1.5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

2.1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

2.2) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวาย เป็นต้น

### 3.1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และจำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

## 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

### 3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล และชลิตา โสภิตภักดีพงษ์ (2554) ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

- (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
- (2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
- (3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ
- (4) พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ
- (5) พฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด จำนวน 2 ข้อ และ
- (6) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

#### คำถามด้านบวก

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์



### คำถามด้านลบ

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม ใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด ÷ จำนวนระดับขั้นที่แบ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ และแปลผลดังนี้

การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมกรจัดการความเครียด ด้านพฤติกรรมกรรับประทานยา ด้านพฤติกรรมกรมาพบแพทย์ตามนัด และด้านพฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยง

คะแนน 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมกรรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมกรรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมกรรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมกรรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก

### 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.1) ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

(1) สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำ

วิจัย

(2) ประเมินภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 1 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI

(3) เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการติดตามตนเองประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

(4) ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา

(5) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

(6) ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยพร้อมสาธิตวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

(7) สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและร่วมกันวางแผนแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พร้อมอธิบายวิธีการจดบันทึกและให้ผู้ป่วยฝึกบันทึกด้วยตนเอง

(8) ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและบันทึกลงในคู่มือฯ

(9) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเพื่อตระหนักถึงเหตุผลของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและหาวิธีการเสริมแรงให้แก่ตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในขณะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วย

(10) ให้การรักษาพยาบาลตามปกติ

1.2) ระยะเวลาที่ 2 การจัดการตนเองเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-7

(1) ประเมินการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา

(2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่วางไว้

(3) ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบผลสำเร็จ

(4) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบผลสำเร็จ และกระตุ้นผู้ป่วยในการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

(5) ผู้ป่วยหาวิธีการเสริมแรงให้แก่ตัวผู้ป่วยเองซึ่งในขณะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วย

1.3) ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยและผู้วิจัย ร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา

(1) วัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักประเมินสุขภาพ ครั้งที่ 2

(2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพและผลการประเมินสุขภาพ ที่ดีขึ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมให้เกิด แรงบันดาลใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จ

2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 3.3.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้

2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ ทุกส่วนเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติ ครอบครัว) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

ภายหลัง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI = 0.81

### 3.3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) แบบสอบถามพฤติกรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรมสุขภาพฯ ดังกล่าวมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีคุณสมบัติเดียวกัน จำนวน 40 คน และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.714

2) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ จำนวน 1 เครื่อง ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบสภาพของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้อย่างเที่ยงตรง ซึ่งผ่านได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลองผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ เพื่อขี้นางวัลวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์การเกิดโรค และแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ โดยใช้ฐานข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP PCU และระบบฐานข้อมูลระบบสุขภาพของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. ผู้วิจัยส่งหนังสือขี้นางวัลวัตถุประสงค์ของการศึกษาการทำกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ พร้อมทั้งประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชุมชน

4. ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 จำนวน 20 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระียบ จำนวน 20 คน ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องเพื่อเตรียมพร้อม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6. ในระยะดำเนินการทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่ละราย ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ กิจกรรมแบ่งเป็น

6.1) สัปดาห์ที่ 1 สอนให้ความรู้ สาธิตและฝึกทักษะ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

6.2) สัปดาห์ที่ 2-7 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที

6.3) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลการทำกิจกรรมในภาพรวม

### 3.5 การดำเนินการทดลอง

**ตารางที่ 1** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
<p><b>ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)</b>  <b>ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย</b></p> <p>1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>2. ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI ครั้งที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และให้ผู้ป่วยตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ก่อนการ เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>4. ให้การพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง ดังนี้</p> <p>4.1 วัดความดันโลหิตหลังจากนั่งพัก อย่างน้อย 20 นาที</p> <p>4.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยและซักประวัติทั่วไป</p> <p>4.3 ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา</p>	<p><b>ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)</b>  <b>ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย</b></p> <p>1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>2. ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI ครั้งที่ 1</p> <p>3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และให้ผู้ป่วยตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง ครั้งที่ 1</p> <p>4. ให้การรักษาพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง ดังนี้</p> <p>4.1 วัดความดันโลหิตหลังจากนั่งพัก อย่างน้อย 20 นาที</p> <p>4.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยและซักประวัติทั่วไป และให้ความรู้รายบุคคล</p> <p>4.3 ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
<p>4.4 รับประทานและให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิต พร้อมแจกเอกสารความรู้ ประกอบด้วย การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p> <p>4.5 นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์</p> <p>5. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุ</p> <p>6. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย</p> <p>6.1 การรับประทานอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป</li> </ul> <p>6.2 การออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สานิตและฝึกปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น การแกว่งแขน การเดิน วิ่งเบา ๆ หรือการออกกำลังกายแบบผสมโดยการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำสวน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น</li> </ul> <p>6.3 การจัดการความเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สานิตและฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การดูรายการทีวีที่ชอบ การนอนหลับพักผ่อน และการอ่านหนังสือที่ชอบ เป็นต้น</li> </ul> <p>6.4 การรับประทานยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด</li> </ul> <p>6.5 การมาพบแพทย์ตามนัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง</li> </ul>	<p>4.4 รับประทานและให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตพร้อมแจกเอกสารความรู้ ประกอบด้วย การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p> <p>4.5 นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
<p>6.6 การควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่</li> </ul> <p>7. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนทางในการดูแลสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>8. มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และอธิบายวิธีการจดบันทึกลงในคู่มือฯ พร้อมกับผู้ป่วยฝึกบันทึกด้วยตนเอง</p>	
<p><b>ครั้งที่ 2-7 (สัปดาห์ที่ 2-7)</b></p> <p><b>ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 วัดความดันโลหิต</li> <li>1.2 ชั่งน้ำหนัก</li> </ol> </li> <li>2. ประเมินการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ</li> <li>3. ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกับแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่วางไว้</li> <li>4. ผู้วิจัยกระตุ้นผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จตามแนวทางที่วางไว้</li> <li>5. ผู้วิจัยให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จตามแนวทางที่วางไว้และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้</li> <li>6. ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม</li> <li>7. ผู้วิจัยช่วยเสริมแรงให้ผู้ป่วยโดยการกำลังใจ</li> </ol>	<p><b>ครั้งที่ 2-7 (สัปดาห์ที่ 2-7)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน</li> </ol>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
<p><b>ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8)</b>  <b>ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนะนำตัว กล่าวทักทาย</li> <li>2. ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI</li> </ol> <p><b>ครั้งที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการซักประวัติและประเมินสุขภาพทั่วไป และให้ความรู้รายบุคคล</li> <li>4. ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเอง</li> </ol> <p><b>ครั้งที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา</li> <li>6. ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต</li> <li>7. นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์</li> <li>8. ผู้วิจัยกับผู้ป่วยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์</li> <li>9. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้นพร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</li> <li>10. ผู้วิจัยเสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะปฏิบัติต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จต่อไป</li> <li>11. ปิดการดำเนินกิจกรรม</li> </ol>	<p><b>ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8)</b>  <b>ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนะนำตัว กล่าวทักทาย</li> <li>2. ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI</li> </ol> <p><b>ครั้งที่ 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการซักประวัติและประเมินสุขภาพทั่วไปและให้ความรู้รายบุคคล</li> <li>4. ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเองครั้งที่ 2</li> <li>5. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา</li> <li>6. ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต</li> <li>7. นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์</li> </ol>

## 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Dependent t-Test (Paired t-Test)



3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-Test

### 3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.946/2563 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตัว และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้เซ็นชื่อแสดงการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การสอบถามและการบันทึกไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre - Test and post - Test design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 จำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ และเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระเทียม จำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน โดยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียงดังนี้

#### 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง

##### 4.1.2 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเปรียบเทียบ

#### 4.2 พฤติกรรมสุขภาพ

เป็นการอธิบายคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 5

เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามตารางที่ 4 และตารางที่ 6

เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง ตามตารางที่ 8

#### 4.3 ระดับความดันโลหิต

เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามตารางที่ 9 และตารางที่ 10

เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง ตามตารางที่ 12

#### 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	6	30	8	40
หญิง	14	70	12	60
<b>อายุ (ปี)</b>				
ต่ำกว่า 60 ปี	6	30	2	10
61 – 70	9	45	11	55
71 – 80	5	25	5	25
สูงกว่า 80 ปี	0	0	2	10
<b>อาชีพ</b>				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	13	65	17	85
รับจ้าง	5	25	3	15
ค้าขาย	2	10	0	0
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	1	5	0	0
คู่	14	70	15	75
หม้าย	4	20	4	20
หย่า/แยกกันอยู่	1	5	1	5
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>				
น้อยกว่า 3,000	12	60	14	70
3,001 – 5,000	2	10	2	10
มากกว่า 5,000	6	30	4	20
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>				
น้อยกว่า 2 ปี	1	5	1	5
2 – 6 ปี	15	75	4	20
มากกว่า 6 ปี	4	20	15	75

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 45 รองลงมา ต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 30 และ 71-80 ปี ร้อยละ 25 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 65 รองลงมา เป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 10 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 20 หย่า/แยกกันอยู่และโสด ร้อยละ 5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 60 รองลงมา มากกว่า 5,000 ร้อยละ 30 และ 3,001-5,000 ร้อยละ 10 กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2-6 ปี ร้อยละ 75 รองลงมา มากกว่า 6 ปี ร้อยละ 20 และน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 5

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 55 รองลงมา 71-80 ปี ร้อยละ 25 ต่ำกว่า 60 ปี และสูงกว่า 80 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 10 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 85 นอกนั้น ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 20 และ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 70 รองลงมา มากกว่า 5,000 ร้อยละ 20 และ 3,001-5,000 ร้อยละ 10 กลุ่มเปรียบเทียบ มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 75 ระยะเวลาที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง 2 – 6 ปี ร้อยละ 20 และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 5

#### 4.2 พฤติกรรมสุขภาพ

เป็นการอธิบายคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 5

เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามตารางที่ 4 และตารางที่ 6

และเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง ตามตารางที่ 8

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	กลุ่มทดลอง					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ
การรับประทานอาหาร	1.96	.193	พอใช้	2.04	.158	ดี
การออกกำลังกาย	1.62	.366	พอใช้	3.03	.227	ดีมาก
การจัดการความเครียด	2.11	.286	ดี	3.41	.151	ดีมาก
การรับประทานยา	2.36	.139	ดี	2.40	.000	ดี
การมาพบแพทย์ตามนัด	3.80	.299	ดีมาก	4.00	.000	ดีมาก
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	.475	.785	ไม่ดี	.275	.343	ไม่ดี
<b>รวม</b>	<b>2.45</b>	<b>.171</b>	<b>ดี</b>	<b>2.52</b>	<b>.083</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.80 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา คือ การรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .139 และการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย 2.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .286 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .171

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 รองลงมา คือ การจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .151 และการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .227 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .083

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.05	.173		
หลังได้รับโปรแกรม	2.52	.083	-17.155	<.001

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ตารางที่ 5** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	กลุ่มเปรียบเทียบ					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ
การรับประทานอาหาร	1.68	.159	พอใช้	1.65	.145	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.29	.346	พอใช้	1.48	.254	พอใช้
การจัดการความเครียด	2.07	.236	ดี	2.17	.261	ดี
การรับประทานยา	2.19	.188	ดี	2.21	.199	ดี
การมาพบแพทย์ตามนัด	3.65	.366	ดีมาก	3.70	.299	ดีมาก
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1.05	1.32	พอใช้	1.02	1.292	พอใช้
<b>รวม</b>	<b>2.15</b>	<b>.244</b>	<b>ดี</b>	<b>2.04</b>	<b>.219</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .366 รองลงมา คือ การรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 2.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .188 และการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย 2.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .236 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .244

หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.70 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา คือ การรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 2.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .199 และการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .261 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .219

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	2.15	.366		
หลังการทดลอง	2.04	.219	-3.276	.004

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	2.45	.510		
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.15	.366	2.135	.04

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	หลังการทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	2.52	.173		
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.04	.219	9.274	<.001

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### 4.3 ระดับความดันโลหิต

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามตารางที่ 9 และตารางที่ 10 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง ตามตารางที่ 12

**ตารางที่ 9** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	150.10	8.252	134.45	4.628	10.560	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	89.10	7.615	77.00	5.610	5.353	<.001

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 150.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.252 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 89.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.615 ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 134.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.628 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 70.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.353 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 เช่นกัน

**ตารางที่ 10** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	157.35	8.242	153.45	6.684	2.369	.029
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	86.65	8.659	86.50	8.401	1.000	.330



จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 157.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.242 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 86.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.659 ภายหลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 153.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.684 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 86.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.401 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.05$  และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 11** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง

ค่าความดันโลหิต	กลุ่มตัวอย่าง				t	P-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	150.10	8.251	157.35	8.241	-2.780	.008
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	89.10	7.615	86.65	8.658	.950	.348

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$  และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 12** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง

ค่าความดันโลหิต	กลุ่มตัวอย่าง				t	P-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	134.45	4.628	153.45	6.684	-10.451	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	77.00	5.610	86.50	8.401	-4.206	<.001

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระเทียม โดยนำแนวทางการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มาประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในบทนี้นำเสนอเป็นประเด็นหลักที่สำคัญมีรายละเอียดดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 65 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 60 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 2-6 ปี มากที่สุด ร้อยละ 75

2) กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 75 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 70 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงมากกว่า 6 ปี มากที่สุด ร้อยละ 75

##### 5.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

###### 1) กลุ่มทดลอง

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัดคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .193 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .286 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด มีค่าเฉลี่ย .475 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .785 ทั้งนี้ กลุ่มทดลองก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .171

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .151 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .227 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ค่าเฉลี่ย .275 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .343 ทั้งนี้ กลุ่มทดลอง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .083

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t - Test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 2) กลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .399 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .188 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .236 ตามลำดับส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 1.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 ทั้งนี้ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .244

หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .199 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .261 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 ทั้งนี้ ภายหลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .219

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t - Test พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-Test พบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### 5.1.3 ระดับความดันโลหิต

#### 1) กลุ่มทดลอง

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก เท่ากับ 150.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.252 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 89.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.615 ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิก เท่ากับ 134.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.628 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 70.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.353 จากผลการวิเคราะห์ แสดงว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### 2) กลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก เท่ากับ 157.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.242 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 86.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.659 ภายหลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก เท่ากับ 153.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.684 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 86.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.401 จากผลการวิเคราะห์ แสดงว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษามูลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

### สมมติฐานที่ 1

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .193 และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .286 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดซึ่งมีค่าเฉลี่ย .475 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .785 ทั้งนี้ กลุ่มทดลองก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .171 ส่วนภายหลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .151 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .227 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย .275 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .343 ทั้งนี้ กลุ่มทดลองภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .083 แสดงว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ที่มีความเชื่อว่า ไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการดูแลจัดการ และรับผิดชอบต่อภาพของตนเอง ส่วนบุคลากรทางด้านสุขภาพมีหน้าที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการในการจัดการตนเองมีด้วยกัน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparation phase) เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง การรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดการตนเอง (Self management) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เริ่มจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของตัวเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมานำปัญหาและอุปสรรคที่ค้นพบมาสะท้อนคิดเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ด้วยตนเองโดยในระยะนี้มีกระบวนการการจัดการตนเอง ดังนี้

1) การติดตามตนเอง (Self monitoring) ผู้ป่วยมีการสังเกต ติดตาม และการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตัวเอง ทั้งที่เป็นไปตามเป้าหมายและไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้รวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตของตัวเอง

2) การประเมินตนเอง (Self evaluation) ผู้ป่วยประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของตัวเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น หรือคงพฤติกรรมสุขภาพนั้นไว้โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการติดตามตนเอง

3) การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) ผู้ป่วยให้รางวัลตนเองเป็นการเสริมแรงทางบวกเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Follow and evaluate) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องในการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ได้ปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ด้วยตนเอง เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ การเสริมแรงทางบวกด้วยการให้กำลังใจตนเองเมื่อพฤติกรรมสุขภาพบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาในส่วนที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยกับผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สารีพล และปัทมา สุจริต (2558 : 110-116) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และแกลลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐธรรณีย์ ธนเศรษฐ์ (2561 : 100-111) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มาพัฒนาโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน วรรณขาว (2562 : 126-141) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สมมุติฐานที่ 2

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย สูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .151 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .227 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย .275 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .343 ทั้งนี้ กลุ่มทดลองหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .083 และกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .299 รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .199 และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.17 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน .261 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.292 ทั้งนี้ กลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ รวมอยู่ในระดับดี คือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .219 ซึ่งภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

อธิบายได้ว่า ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการ รักษาพยาบาลตามปกติ ซึ่งกระบวนการและกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และแกลลิก-บาย (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมีจุดเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเอง โดย ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ชี้แนะให้คำแนะนำช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการตนเองอย่าง



เหมาะสม กระบวนการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย

1) การกำกับติดตามตนเอง (Self monitoring) มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพลงในคู่มือการจัดการตนเองฯ จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาของตนเอง มองเห็นความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา มีการตั้งเป้าหมายและตัดสินใจเลือก การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันสามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยากทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2) การประเมินตนเอง (Self evaluation) คือ ผู้ป่วยประเมินเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่บันทึกในคู่มือการจัดการตนเองฯ กับเป้าหมายที่วางไว้พิจารณาเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อไป

3) การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) คือ เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่วางไว้และเกิดผลดีกับตนเอง โดยเกิดการภูมิใจ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่อง การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งในแต่ละครั้งจะให้ผู้ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจากข้อมูลที่บันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเองฯ และเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมมารับประทานยา พฤติกรรมการไปตรวจตามนัดและพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า กิจกรรมการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดเกรียบ ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตามนัด ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการวัดความดันโลหิตซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายนั้น มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตลดลงในระดับหนึ่ง แต่ผู้ป่วยอาจยังขาดความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเท่าที่ควร อีกทั้งการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นยังไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของ จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2557 : 179-192) ที่พบว่า การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### สมมุติฐานที่ 3

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 150.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.252 และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 89.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.615 และภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 134.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.628 และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 77.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.610 จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991 : 305-360) มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มทดลองมีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ที่เป็นกลวิธีที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มทดลองจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการปฏิบัติตนขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ซึ่งช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาเพิ่มสูงขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) สอดคล้องกับ

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563 : ออนไลน์) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

#### สมมุติฐานที่ 4

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 134.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.628 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 77.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.610 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 153.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.684 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 86.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.401 จากผลการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างขึ้น มีกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ทั้งทางด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มทดลองมีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ที่เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น กลุ่มทดลองจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติตนขั้นพื้นฐานสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาสูงขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562 : ออนไลน์) ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง

ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ จันทรเพ็ญ หวานคำ, ชตชัย วัฒนะ และศิริพร ชัมลิขิต (2558 : 49-60) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้นั้น อาจมาจากผู้ป่วยยังขาดกลวิธีในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้การรักษาโรคความดันโลหิตและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายยังเห็นผลลัพธ์ไม่ชัดเจน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามมา

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในพื้นที่ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มาปรับใช้กับงานให้บริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเน้นการดูแลลักษณะเชิงรุก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2) พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกไต คลินิกอื่น ๆ เป็นต้น

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 3 เดือน 6 เดือน หรือมากกว่านั้น เป็นต้น เพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยว่ามีความต่อเนื่องยั่งยืนหรือไม่

### บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2558) รายงานผลการดำเนินงานประจำปี : ภาวะความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://110.164.147.155./kmhealty\\_new/Document/blood/knowledge/17.pdf](http://110.164.147.155./kmhealty_new/Document/blood/knowledge/17.pdf) (30 เมษายน 2562)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562) สถิติจำนวนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2561. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020> (30 กันยายน 2562)
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556) แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา มณีทัฬห และสมจิต แดนสีแก้ว. (2557) “สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น” วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35 (4) หน้า 140-149.
- ชนิษฐา สารีพล และปัทมา สุจริต. (2558) “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ” วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 33 (3) หน้า 110-116.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ. (2557) “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” ราชาริบัติพยาบาลสาร. 20 (2) หน้า 179-192.
- จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และศิริพร ชัมลิขิต. (2558) “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง” วารสารพยาบาลสาร. 42 (1) หน้า 49-60.
- จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน. (2557) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร” ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12 และนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ. หน้า 721-734. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดารณี อนันตศรีณย์. (2559) “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน” วารวิชาการแพทย์ เขต 11. 30 (4) หน้า 299-311.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- นฤมล โชว์สูงเนิน. (2560) “การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง” **วารสารสุขภาพภาคประชาชน**. 12 (1) หน้า 9-16.
- นวพร วุฒิธรรม. (2562) “บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” **พยาบาลสาร**. 46 (4) หน้า 173-182.
- นันทิกานต์ หวังจิ. (2558) **ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้**.  
[ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/11186> (31 สิงหาคม 2562)
- นาถยา สุภาบุ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2560) “ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 11 (3) หน้า 70-80.
- น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2557) “ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้มารับบริการที่คลินิกความดันเลือดสูงของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง” **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 32 (1) หน้า 23-30.
- นิพพภัทร์ สิ้นทรัพย์ และฉิมวัตร จันครา. (2560) “โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. 28 (1) หน้า 100-111.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2557) “การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง” **วารสารแพทยนาวิ**. 41 (1) หน้า 33-43.
- เพ็ญศรี เมื่อรี, ฐิติอาภา ตั้งค้ำวานิช และสายชล จันทรวิจิตร. (2557) “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับแอลดีแอล โคลเลสเตอรอลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 8 (1) หน้า 72-81.
- รัชณี วัฒนาเมธี และปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. (2560) “ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลประทาน” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 4 (3) หน้า 189-202.
- รัฐธนีย์ ธนเศรษฐ. (2561) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน” **วารสารวิชาการ สคร. 9**. 24 (2) หน้า 100-111.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- รัตนา เกียรติเผ่า. (2558) “ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง” **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 24 (3) หน้า 405-412.
- รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม. (2554) **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเข่าร้าวสภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลภัสสรดา หนู่มคำ และคณะ. (2558) “ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 45 (2) หน้า 159-170.
- วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล และชลิดา โสภิตภักดีพงษ์. (2554) **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ศิริภาณี โพธิ์ศรี. (2556) **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริภาณี อินทรหนองไผ่. (2554) **กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์กรรวมเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). มหาสารคาม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริรนิภา วรรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิณญ์ จันทขัมมา. (2562) “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน” **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา**. 20 (2) หน้า 92-104.
- สภาการพยาบาล. (2552) “ประกาศสภาการพยาบาลขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ” **ราชกิจจานุเบกษา**. 126 (ตอนพิเศษ 16 ง) หน้า 29.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562) **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaihypertension.org/guideline.html> (31 สิงหาคม 2562)
- สายฝน วรรณขาว. (2562) “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์**. 11 (1) หน้า 126-141.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2562) รายงานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี พ.ศ. 2562. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.aya.hdc.moph.g.th/hdc/reports/report.php>. (31 มกราคม 2561)
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2557) รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562) อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ. 2559-2561. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaincd.com/2016/mission> (31 มกราคม 2561)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558) คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- \_\_\_\_\_. (2559) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- \_\_\_\_\_. (2561) ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [https://www.thaincd.com/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง\\_62.pdf](https://www.thaincd.com/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf) (31 สิงหาคม 2562)
- สุพัตรา สิทธิวิง, ศิวพร อังวัฒนา และเดชา ทำดี. (2563) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.tcithaijo.ort/index.php/TJONC/article/download/2626/2007> (30 สิงหาคม 2563)
- ไหมมูนิะ สังขาว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2563) “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้” วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 40 (1) หน้า 84-100.
- อติพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2558) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 21 (1) หน้า 65-77.
- อังคณา กันใจแก้ว. (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สาขาวิชาพลศึกษา) ชลบุรี : มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ.



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- อารีย์ เสนีย์. (2557) “โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” วารสารพยาบาลทหารบก. 15 (2) หน้า 129-134.
- เอกชัย ชัยยาทา. (2561) **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ) ปทุมธานี : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ACSM. (2003) **Physical Activity Guidelines for Americans.** 2<sup>rd</sup> ed. American College of Sports Medicine.
- Cohen, J. (1988) **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** Second Edition. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Fagard RH. (1993) “Physical fitness and blood pressure” **National Library of Medicine.** 11 (5) page 47-52.
- Hornstena C et al. (2016) **High blood pressure as a risk factor for incident stroke very old people: a population-based cohort study.** [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398900/pdf/jhype-34-2059.pdf> (30 April 2020)
- Jonas, B. S, Franks, P & Ingram, D. D. (1997) “Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension Longitudinal evidence from the national health and nutrition examination survey I epidemiologic” **Archives of Family Medicine.** 6 (5) page 43-49.
- Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. (1991) “Self-management methods” **American Psychology Association.** 52 (1) page 305–360.
- Kaplan, N. M. (2006) **Kaplan’s Clinical Hypertension.** 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Mucci N et al. (2016) **Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young Adults.** [Online] Available : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01682>. (30 December 2019)
- Norton, J. M. (1995) **Introductory Nursing Care of Adults.** Philadelphia : W.B. Saunders.
- Pender, N. J. (1996) **Health promotion in nursing practice.** 3<sup>rd</sup> ed. Stamford, Conn : Appletonand Lange.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Robert M. Carey et al. (2018) “Prevention and Control of Hypertension” **Journal of The American College of Cardiology**. 72 (11) page 1278–1293.
- Strange et al. (2004) **World Health Organization : Global Status Report on Alcohol 2004**. [Online] Available : [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf?ua=1) (30 September 2019)
- World Health Organization. (2012) **Guideline : Sodium intake for adults and children**. [Online] Available : [https://file:///C:/Users/T/Downloads/9789241504836\\_eng%20\(1\).pdf](https://file:///C:/Users/T/Downloads/9789241504836_eng%20(1).pdf) (30 September 2019)
- \_\_\_\_\_. (2019) **Hypertension statistics**. [Online] Available : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (30 September 2019)
- World Health Organization-International Society of Hypertension. (2007) **Prevention of cardiovascular disease : Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk**. Geneva, Switzerland.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

## เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 12 มีนาคม 2563

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง2 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวนพภรณ์ จันทร์ศรี

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 12 มีนาคม 2563

เลขที่รับรอง

อ.946/2563

วันที่ให้การรับรอง: 12 มีนาคม 2563

วันหมดอายุใบรับรอง: 11 มีนาคม 2565

**ภาคผนวก ข**  
**เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

**กลุ่มได้รับโปรแกรม**

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	นางสาวนพารัตน์ จันทร์ศรี
<b>สถานที่ติดต่อผู้วิจัย</b>	(ที่ทำงาน) : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ที่บ้าน) : บ้านเลขที่ 105/1 หมู่ 7 ตำบลนางบวช อำเภอดมธวัช จังหวัดสุพรรณบุรี
<b>โทรศัพท์</b>	(ที่ทำงาน) : 089-901-7624      (มือถือ) : 089-823-8512
<b>E-mail</b>	: aye.aye2518@hotmail.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด เกี่ยวข้องกับอะไร และท่านจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างไร ดังนั้น ท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นการจัดการกิจกรรมให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 ทั้งหมด 8 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทั้งหมดทำกิจกรรมร่วมกันในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-7 โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยโดยการลงติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผลการดำเนินการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ทุกคนเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินผลในภาพรวมร่วมกัน

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ)

3.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ)

#### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 คัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ ได้แก่ มีค่าระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาลมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เหตุผลที่ท่านได้รับการเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากตัวท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

5. ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อท่านทั้งสิ้น

6. ท่านได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อท่านตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวท่าน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

### กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวนพารณ์ จันทรศรี
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ที่บ้าน) : บ้านเลขที่ 105/1 หมู่ 7 ตำบลนางบวช อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์	(ที่ทำงาน) : 089-901-7624 (มือถือ) : 089-823-8512
E-mail	: aye.aye2518@hotmail.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ ทำเพราะเหตุใด เกี่ยวข้องกับอะไร และท่านจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างไร ดังนั้น ท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI ในสัปดาห์ที่ 1 ต่อมาในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ท่านจะได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามผลและประเมินสภาวะร่างกายด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ทุกคนเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินผลในภาพรวมร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตแก่ท่าน พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไว้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ หากท่านมีข้อสงสัยจะถามผู้วิจัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด

### 3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ)

3.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ)

#### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดกระบัง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ ได้แก่ มีค่าระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาลมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เหตุผลที่ท่านได้รับการเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากตัวท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

5. ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

6. ท่านได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อท่านตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวท่าน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....



## ภาคผนวก ค

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวนพากรณ์ จันทร์ศรี

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่ทำงาน) : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแบ่ง 2 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
(ที่บ้าน) : บ้านเลขที่ 105/1 หมู่ 7 ตำบลนางบวช อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

**โทรศัพท์** (ที่ทำงาน) : 089-901-7624 (มือถือ) : 089-823-8512

**E-mail** : aye.aye2518@hotmail.co.th

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

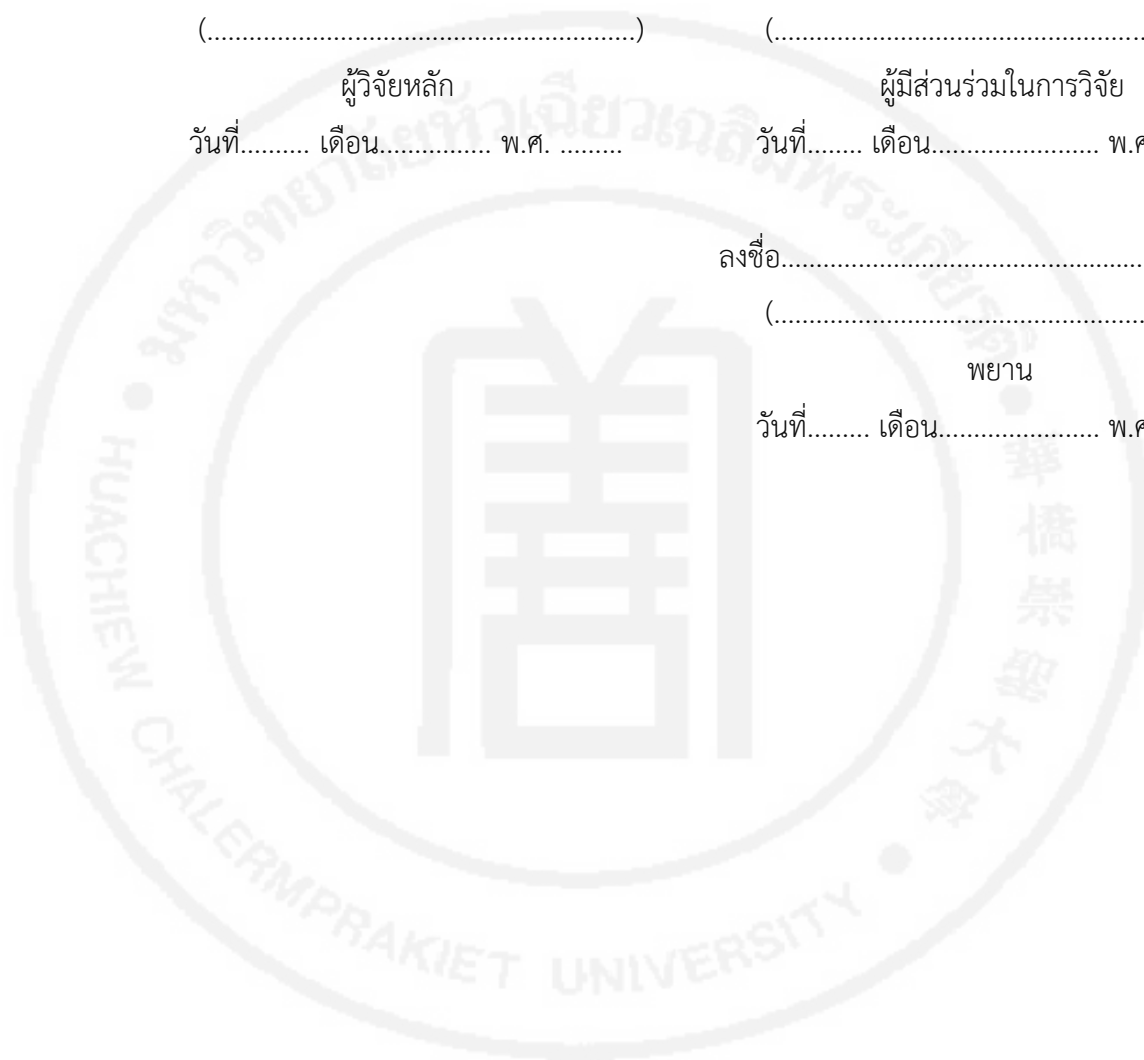
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....



## ภาคผนวก ง

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แพทย์หญิงอรณิสสา อีสสรานนท์  
นายแพทย์ชำนาญการ คลินิกพิเศษผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
โรงพยาบาลบางปะอิน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม  
รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. นางสาวอมรศรี ฉายศรี  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะอิน

ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชุดที่ .....

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม จำนวน 27 ข้อ

ข้อคำถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องต่อไปนี้

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
- พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ
- พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ
- พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 2 ข้อ
- พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย  หน้าช่อง  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  1) ชาย  2) หญิง

2. อายุ .....ปี (เต็ม)

3. อาชีพ

- 1) ไม่ได้ทำงาน  2) เกษตรกรรม
- 3) พ่อบ้าน/แม่บ้าน  4) รับจ้าง
- 5) รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 6) ค้าขาย  7) ธุรกิจส่วนตัว
- 8) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

## 4. สถานภาพสมรส

- 1) โสด  2) คู่
- 3) หม้าย  4) หย่า
- 5) แยกกันอยู่  6) อื่น ๆ ระบุ.....

## 5. ระดับการศึกษา

- 1) ประถมศึกษา  2) มัธยมศึกษา
- 3) อนุปริญญา/ปวส.  4) ปริญญาตรี
- 5) สูงกว่าปริญญาตรี  6) อื่น ๆ ระบุ .....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง.....ปี (เต็ม)

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**คำชี้แจง** ข้อคำถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องต่อไปนี้

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย
- พฤติกรรมการจัดการความเครียด
- พฤติกรรมการรับประทานยา
- พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด
- พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

เมื่อท่านได้อ่านข้อคำถามแล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกตอบที่ตรงกับการปฏิบัติ

ของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การตอบคำถามดังนี้แบบสอบถามชุดนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

## ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน)	ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน)
<b>พฤติกรรมการรับประทานอาหาร</b>					
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน					
2. ท่านรับประทานอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่ว ข้าวสอย ข้าวเหนียว ขนมปัง น้ำมันพืช กะทิ เนย ผักใบเขียว ผลไม้ต่าง ๆ เป็นต้น					
3. ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วเพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว					
4. ท่านรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น ปลากระป๋อง บะหมี่ เป็นต้น					
5. ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัด ทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แกงกะทิ ขนมที่ใส่กะทิ เป็นต้น					
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ชา กาแฟ เป็นต้น					
7. ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้					
8. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว					
<b>พฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>					
9. ท่านเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพของท่าน					
10. ท่านออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดินนาน ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก เล่นกีฬาต่าง ๆ เป็นต้น					

## ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)
11. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที					
12. ท่านทำกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่ นาน ๆ เช่น การเดินแทนการขับรถจักรยานยนต์ หรือปั่นจักรยานแทนการขึ้นรถ เป็นต้น					
13. ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมให้มีเหงื่อออก เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ทำสวน ล้างรถ เป็นต้น					
<b>พฤติกรรมการจัดการความเครียด</b> 14. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะหากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดในครอบครัวหรือเพื่อน					
15. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม เช่น การไปวัดทำบุญ ฟังเทศน์ ร่วมงานในชุมชน					
16. ท่านไปมหาสุ่ พบปะสังสรรค์ พูดคุยหรือติดต่อกับเพื่อนญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน					
17. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง					
18. เมื่อท่านเกิดความโกรธ หงุดหงิด ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้					

## ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4 คะแนน)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3 คะแนน)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)
<b>พฤติกรรมกรรับประทานยา</b> 19. ท่านรับประทานยาลด ความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ไม่เพิ่มยาหรือลดยาเอง					
20. ท่านรับประทานยาลด ความดันโลหิตตามเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ					
21. ท่านหยุดรับประทานยาลด ความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าอาการ ตนเองดีขึ้น					
22. เมื่อยาลดความดันโลหิตหมด ท่านมักจะไปหาซื้อยาจากร้าน ขายยามารับประทานเอง					
23. ท่านรับประทานยาลด ความดันโลหิตตามคำแนะนำ ของแพทย์อย่างเคร่งครัด					
<b>พฤติกรรมกรมาพบแพทย์ตามนัด</b> 24. ท่านไปตรวจตามแพทย์นัด ทุกครั้ง					
25. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า ท่านจะมาพบแพทย์ทันทีก่อนถึง กำหนดนัด					
<b>พฤติกรรมด้านการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง</b> 26. ท่านสูบบุหรี่					
27. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า เป็นต้น					



ภาคผนวก ฉ

คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

# คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

นพากรณ์ จันท์ศรี

## คำนำ

การจัดทำมือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการ Self management เครือข่ายบริการได้พัฒนา รูปแบบโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และแกลlick-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L. 1991) การจัดทำคู่มือฉบับนี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ใช้เป็นแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้เปรียบเทียบและติดตามผลการปฏิบัติของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่จะ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัย

มกราคม 2563

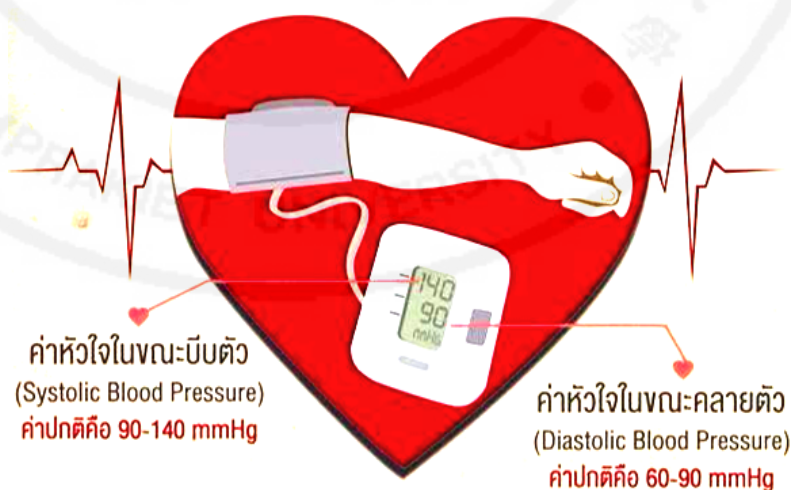
## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
โรคความดันโลหิตสูง	1
สาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	2
ภาวะแทรกซ้อนเมื่อควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	2
การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	3
- การรับประทานอาหาร	3
- การออกกำลังกาย	5
- การจัดการความเครียด	6
- การรับประทานยาสม่ำเสมอ	7
- การมาพบแพทย์ตามนัด	7
- การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	8
การประเมินภาวะสุขภาพ	9
- แบบการประเมินภาวะสุขภาพ	10
- แบบบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิตรายสัปดาห์	11
พฤติกรรมสุขภาพ	12
- แบบบันทึกการรับประทานอาหาร	12
- แบบบันทึกการออกกำลังกาย	20
- แบบบันทึกการจัดการความเครียด	28
- แบบบันทึกการรับประทานยา	36
- แบบบันทึกการมาพบแพทย์ตามนัด	44
- แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	52
เอกสารอ้างอิง	60

## โรคความดันโลหิตสูง



โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (ตัวบน)  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (ตัวล่าง)  $\geq 90$  มม.ปรอท



ค่าหัวใจในขณะบีบตัว  
(Systolic Blood Pressure)  
ค่าปกติคือ 90-140 mmHg

ค่าหัวใจในขณะคลายตัว  
(Diastolic Blood Pressure)  
ค่าปกติคือ 60-90 mmHg

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

## สาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารมัน อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ซอส ซีอิ๊ว น้ำปลา และเครื่องปรุงรสต่าง ๆ รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ไม่รับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น
2. ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ
3. การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม
4. รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
5. ไม่มาพบแพทย์ตามนัด
6. ปัจจัยเสี่ยง เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และสูบบุหรี่ เป็นต้น

## ภาวะแทรกซ้อนเมื่อควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



## การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับพฤติกรรม

### ➤ การรับประทานอาหาร

ลดการรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ ผงชูรส ซอส ซีอิ๊ว กระป๋อง น้ำปลา และเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ เน้นการรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผักและผลไม้สดรสหวานน้อยร่วมด้วยทุกมื้อ



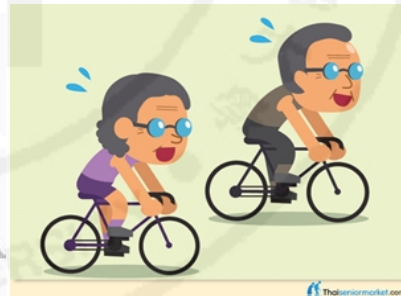


ข้อมูลโภชนาการ	ข้อมูลโภชนาการ
หนึ่งหน่วยบริโภค : 1 ชอง (40 กรัม) จำนวนหน่วยบริโภคต่อชอง : 1	หนึ่งหน่วยบริโภค : 1 ชอง (55 กรัม) จำนวนหน่วยบริโภคต่อชอง : 1
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค พลังงานทั้งหมด 130 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 20 กิโลแคลอรี)	คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค พลังงานทั้งหมด 240 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 80 กิโลแคลอรี)
ร้อยละของปริมาณ ที่แนะนำต่อวัน*	ร้อยละของปริมาณ ที่แนะนำต่อวัน*
ไขมันทั้งหมด 2.5 ก. 4%	ไขมันทั้งหมด 9 ก. 14%
ไขมันอิ่มตัว 1 ก. 5%	ไขมันอิ่มตัว 4 ก. 20%
โคเลสเตอรอล 0 มก. 0%	โคเลสเตอรอล 0 มก. 0%
โปรตีน น้อยกว่า 1 ก.	โปรตีน 7 ก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 27 ก. 9%	คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 34 ก. 11%
ใยอาหาร น้อยกว่า 1 ก. 4%	ใยอาหาร 2 ก. 8%
น้ำตาล 11 ก.	น้ำตาล 2 ก.
โซเดียม 1600 มก. 67%	โซเดียม 1120 มก. 47%
ไม่ควรเลือก	ควรเลือก

ผู้ป่วยควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 1,800 มิลลิกรัมต่อวัน หรือไม่เกิน

## ➤ การออกกำลังกาย

ควรมีกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 15-30 นาที และควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น เต้นแอโรบิก ฝึกจักรยาน วิ่งเหยาะ ๆ การเดินเร็ว รวมทั้งการออกกำลังกายแบบผสม ได้แก่ การทำงานบ้าน เป็นต้น





## ➤ การจัดการความเครียด

ความเครียดมีผลต่อระดับความดันโลหิต ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น



### ➤ การรับประทานยาสม่ำเสมอ

ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง และไม่ซื้อ  
ยารับประทานเอง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุดผู้ป่วยจะต้องการ  
รับประทานยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



### ➤ การมาพบแพทย์ตามนัด

ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามประเมินอาการต่อเนื่อง ในกรณี  
พบอาการผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือได้ทันที่



## ➤ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบตัน โดยพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่วันละอย่างน้อย 20 มวน จะเพิ่มอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 เท่า ในผู้ชายและ 6 เท่าในผู้หญิง เทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่รวมทั้งคนที่สูดควันบุหรี่ก็มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วยและการดื่มสุราทำให้เกิดการออกซิเดชันของไขมันเป็นการเพิ่มปริมาณไขมันให้เซลล์ร่างกายเกิดความดันโลหิตสูงตามมา



## การประเมินภาวะสุขภาพ

### คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตั้งแต่ ..... ถึง .....

ชื่อผู้ป่วย ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... เพศ..... การศึกษา ..... สถานภาพ .....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน (รวมตัวเอง) รายได้ต่อเดือน ..... บาท

ที่อยู่ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

โรคประจำตัว .....

สถานที่รักษา ..... ระยะเวลาที่ป่วย ..... ปี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เบอร์โทรติดต่อ .....

ประวัติการรักษา (ยา)

1) ..... 2) .....

3) ..... 4) .....

5) ..... 6) .....

## แบบการประเมินภาวะสุขภาพ

### ครั้งที่ 1 ก่อนเข้ารับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต..... มิลลิเมตรปรอท ซีพจร.....ครั้งต่อนาที  
 น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....มิลลิเมตร  
 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ..... รอบเอว.....เซนติเมตร

### ครั้งที่ 2 หลังเข้ารับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต..... มิลลิเมตรปรอท ซีพจร.....ครั้งต่อนาที  
 น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....มิลลิเมตร  
 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ..... รอบเอว.....เซนติเมตร



## แบบบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต

**คำชี้แจง** การบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต โดยทำการลงบันทึกผลการชั่งน้ำหนักตัว และลงบันทึกค่าการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ซ้ำๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	ชีพจร (ครั้งต่อนาที)	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 1				
สัปดาห์ที่ 2				
สัปดาห์ที่ 3				
สัปดาห์ที่ 4				
สัปดาห์ที่ 5				
สัปดาห์ที่ 6				
สัปดาห์ที่ 7				
สัปดาห์ที่ 8				

## พฤติกรรมสุขภาพ

### แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

### แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 1

**คำชี้แจง** ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มือเช้า							
มือกลางวัน							
มือเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

### แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร รายสัปดาห์ที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อทุกวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วัน พฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า							
มื้อกลางวัน							
มื้อเย็น							

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 1

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

### แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	กิจกรรมการออกกำลังกาย/ระยะเวลาในการออกกำลังกาย		
	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	หมายเหตุ
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			
วันอาทิตย์			

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย .....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 1

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

### แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกวิธีการจัดการความเครียดเมื่อมีเกิดความเครียดในแต่ละวันตามความเป็นจริง  
เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	วิธีการจัดการความเครียด
วันจันทร์	
วันอังคาร	
วันพุธ	
วันพฤหัสบดี	
วันศุกร์	
วันเสาร์	
วันอาทิตย์	

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 1

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

### แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	ถูกขนาด		ถูกเวลา	
	ถูก	ไม่ถูก	ถูก	ไม่ถูก
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				
วันอาทิตย์				

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....



















## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 1

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....



### แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

### แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

## แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สัปดาห์ที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในแต่ละวัน  
ตามความเป็นจริง

เป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม.....

เป็นไปตามเป้าหมาย  ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางแก้ไข.....

	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		การสูบบุหรี่		ชา กาแฟ	
	ดื่ม	ไม่ดื่ม	สูบ	ไม่สูบ	ดื่ม	ไม่ดื่ม
วันจันทร์						
วันอังคาร						
วันพุธ						
วันพฤหัสบดี						
วันศุกร์						
วันเสาร์						
วันอาทิตย์						

สรุปผลการติดตามของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

### อ้างอิง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558) **คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

**ในคลินิก NCD คุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562) **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ**

**ทั่วไป.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>

(31 สิงหาคม 2562)

Kanfer, F.H & Gaelick-Buys, L. (1991) “Self-management methods” **American**

**Psychology Association.** 52 (1) page 305–360.

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวนพารมภ์ จันทร์ศรี
วัน เดือน ปีเกิด	18 ธันวาคม 2526
ที่อยู่ปัจจุบัน	105/1 หมู่ 7 ตำบลนางบวช อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 – 2547 คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
พ.ศ. 2550 – 2552	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต
พ.ศ. 2549 – 2556	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2547 – 2549 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามเรือน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ. 2552 – 2561	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนอนเหนือ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน	พ.ศ. 2562 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา