



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  
STROKE PREVENTION SELF - MANAGEMENT PROGRAMME  
IN PATIENTS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION

กัตติกา วังทะพันธ์

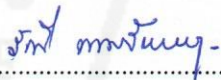
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

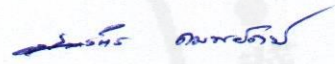
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  
STROKE PREVENTION SELF - MANAGEMENT PROGRAMME  
IN PATIENTS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION

กัตติกา วังทะพันธ์

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2562



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์  
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



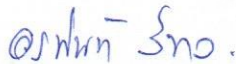
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



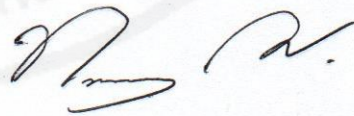
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม  
กรรมการ



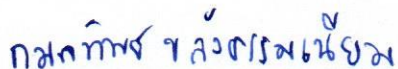
รองศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



รองศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว  
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กลีผล  
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม  
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กัตติกา วังทะพันธ์ 586071

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

อรพินท์ สีขาว, วท.ม. (สรีรวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับการรักษาแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์ และแกลิก คู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันเป็นรายบุคคล เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบบันทึกความดันโลหิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และทดสอบสมมติฐานโดยสถิติที่ ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษา พบว่า

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$
2. หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$
3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$
4. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนระดับความดันโลหิตดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ต่อเนื่องและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมการจัดการตนเอง  
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

## STROKE PREVENTION SELF - MANAGEMENT PROGRAMME IN PATIENTS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION

KATTIKA WANGTAPAN 586071

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARIYAWAT KOMPAYAK, Dr.P.H (PUBLIC HEALTH NURSING)

ORAPINT SIKAO, M.Sc. (PHYSIOLOGY)

### ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research two-group pretest–posttest design was to compare before and after self-care behaviors and blood pressure levels of the experimental group and the comparison group in uncontrolled hypertensive patients. The sample consisted of 50 uncontrolled hypertensive patients who were treated with medicine at the outpatient medicine department of Prachapat Hospital, Bangkok. The instrument used in the experiment was self-management program for stroke prevention based on the self-management concept of Kanfer and Gaelick, a self-management handbook for recording daily self-care behaviors of individual hypertensive patients. Data were collected and tested after receiving the research ethics certification from Huachiew Chalermprakiet University and Prachapat Hospital. Were analyzed by using Frequency, Mean, Standard Deviation, Chi-square statistic, and hypotheses were tested using t-test at .05 level of significance.

The study results revealed that:

1. Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the experimental group was higher than that before, and mean blood pressure (top / bottom) was significantly different at  $< .05$

2. Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the comparative group was different and indifferent, and mean value of bottom blood pressure number was significantly indifferent at  $< .05$

3. The comparative group after receiving the self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients was significantly between experimental group and comparison group who received nursing care.  $< .05$

4. Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the experimental group was higher than the control group, and mean blood pressure (top / bottom) was significantly better than the comparative group at  $< .05$

This research indicates that self-management program for stroke prevention in uncontrollable hypertensive patients can promote and support patients with uncontrollable hypertension to continuously change self-care behaviors and better control blood pressure.

**Keywords:** Uncontrolled hypertension, Self-management program, Stroke prevention

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ซ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำปรึกษาและแนวทางอันเป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจแก้ไขและเสนอแนะเพิ่มเติมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และอาจารย์ ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่กรุณาแก้ไขและเสนอแนะเพิ่มเติมให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประชาพัฒนา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยวิจัย และเจ้าหน้าที่ที่ให้ความอนุเคราะห์ประสานงาน

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้มอบความรู้อันมีค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยและบรรณารักษ์ ศูนย์บรรณสารสนเทศ ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการค้นคว้าข้อมูล

ขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทดลองและให้ข้อมูลที่เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือและให้การสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย สำหรับคุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่บุพการี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน

กัตติกา วังทะพันธ์

## 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  | 6    |
| 1.6 คำนิยามศัพท์  |      |
| <b>บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>  |      |
| 2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้   | 9    |
| 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย<br>ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้   | 18   |
| 2.3 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<br>ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์<br>และแกลลิก (Kanfer and Gaelick. 1991 : Online) | 23   |
| 2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>จากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  | 27   |
| 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย  | 28   |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>   |      |
| 3.1 รูปแบบการวิจัย  | 30   |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง   | 30   |
| 3.3 สถานที่ทำวิจัย  | 33   |
| 3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  | 33   |

## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า |
|--|------|
| 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย   | 34   |
| 3.6 การหาคุณภาพของเครื่องมือ   | 37   |
| 3.7 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล   | 38   |
| 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล   | 46   |
| <b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>  |      |
| 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง<br>ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ  | 48   |
| 4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับความดันโลหิต<br>ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลัง<br>การทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ | 51   |
| 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต<br>ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง<br>กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ     | 54   |
| <b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>  |      |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย   | 56   |
| 5.2 อภิปรายผล  | 57   |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ   | 60   |
| บรรณานุกรม   | 61   |
| ภาคผนวก  |      |
| ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  | 69   |
| ภาคผนวก ข คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย   | 70   |
| ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  | 71   |
| ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย   | 72   |
| ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย   | 73   |
| ภาคผนวก ฉ ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง<br>และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองจำแนกเป็นรายข้อ   | 84   |
| ประวัติผู้เขียน  | 87   |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|------|
| 1        | 40   |
| 2        | 48   |
| 3        | 50   |
| 4        | 51   |
| 5        | 52   |
| 6        | 52   |
| 7        | 53   |
| 8        | 54   |
| 9        | 55   |



## สารบัญแผนภูมิ

| แผนภูมิที่ |  | หน้า |
|------------|--|------|
| 1          | กรอบแนวคิดในการวิจัย                                   | 29   |
| 2          | การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ | 33   |
| 3          | ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง                               | 45   |



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยตรงมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการให้หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลก รายงานว่า พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปี และพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year ; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง (World Health Organization. 2015 : Online)

สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2556 : ออนไลน์) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยทั่วประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย พ.ศ. 2547 พบ 252.59 คนต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 354 คนต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2555 (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2557) สอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2546-2555) พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2555 คือ 20.80, 21.00, 27.50, 30.00 และ 31.70 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน คือ 216.58, 222.67, 271.85, 254.48 และ 318.83 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555 : ออนไลน์)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ คือ (Hanchaiphiboolkul et al. 2011 : Online)

1. อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 10 ปี ของอายุเพิ่มขึ้น

2. เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรค 1.5 เท่า ของเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า

3.ชาติพันธุ์ คนผิวดำเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง

4. พันธุกรรม บุคคลที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้ และพบว่า ปัจจัยด้านบิดามีความเสี่ยง 2.4 เท่าของด้านมารดา ทั้งนี้ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมกกว่าบุคคลทั่วไป (Flossmann, Schulz & Rothwell. 2004 : Online)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้จะทำให้ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตที่สูงเกินระดับปกติ (Chobanian et al. 2003 : Online)

2. การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอดักันเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (Burns. 2003)

3. โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (Obesity and body fat distribution) ถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.39 เท่า (Suk et al. 2003 : Online)

4. การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity) กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำประมาณ 2.7 เท่า ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม. 2559)

5. การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและโปแทสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม. 2559)

จากสถิติในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงช่วงอายุ 40-60 ปี พ.ศ. 2558-2660 จำนวน 1,833,526 ราย 1,919,996 ราย และ 2,043,749 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2558-2660 จำนวน 3,860 ราย 4,797 ราย และ 4,974 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. 2560 : ออนไลน์)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยาไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จนทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (นภาพร ห่วงสกุล. 2555) ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูง (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. 2550) ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ปริญญารักษ์ ลามุน, นภาพร มัชฌิมานุกร และอนันต์ มลารัตน์. 2554 : 160-169) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (สุมาลี วัจนากร, ชุตติมา ผาติदारกุล และปราณี คาจันท์. 2551 : 539-548) และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. 2550)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเน้นที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย (นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดนั้นสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง กระทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ (ชลธิรา กาวโรสง. 2555) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุความต้องการ การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น คือ มีทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. 2553) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการตนเองช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเนื่องจากการจัดการตนเองผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมมีการตัดสินใจ ทั้งผลดีและผลเสียของสิ่งที่ตนเลือกปฏิบัติ (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. 2551) แนวคิดการจัดการตนเองเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Kanfer and Gaelick. 1991 : Online) โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่ เหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอ

จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำพัฒนา กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 100 เตียง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเวลาและนอกเวลาราชการด้วยการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยยาตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องโรค วิธีการป้องกันและการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง

พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งหมดเป็นจำนวน 16,781 ราย 15,313 ราย และ 16,442 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคอื่นร่วม จำนวน 1,021 ราย 982 ราย และ 1126 และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี พบมีแนวโน้มสูงขึ้นคือ จำนวน 42 ราย 76 ราย และ 126 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2561 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558 : ออนไลน์) มีจำนวน 196 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2560) จากการสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดการติดตามการรักษาเนื่องจากไม่มีเวลามารับยา ผู้วิจัยจึงได้สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยตัวเองจำนวนหนึ่งได้รับข้อมูลว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่ได้มารับยาตามนัดและไม่ค่อยมีเวลาเนื่องจากทำงานประจำ ส่วนเรื่องการปฏิบัติตัว พบว่า ไม่มีเวลาออกกำลังกายและยังรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูงอยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ ยังสังเกตพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนมากจึงอาจทำให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคได้ไม่เพียงพอ

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตและถ้ารอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคนี้ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถป้องกันได้หากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer and Gaelick, 1991 : Online) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการปรับและควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดนี้ได้มุ่งเน้นการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ช่วงอายุ 40-60 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการดูแลตนเองได้ดีรวมถึงจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปลอดภัย เป็นเสาหลักของครอบครัว และสถิติโรคหลอดเลือดสมองพบสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ซึ่งหากเกิดในผู้ป่วยช่วงวัยนี้สูงจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศได้ ทั้งนี้ ผลการศึกษายังสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร
2. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความดันโลหิตลดลงหรือไม่ อย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
4. เปรียบเทียบสัดส่วนระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

## 1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
4. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนระดับความดันโลหิตดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

## 1.5 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตก่อนและหลัง การทดลอง (Two group pretest - posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อายุตั้งแต่ 40-60 ปี ใช้สิทธิ์ประกันสังคม โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา โดยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2562

## 1.6 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตหรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558 : ออนไลน์)

2. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการจัดการพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลลิก (Kanfer and Gaelick, 1991 : Online) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองภายหลังวัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป สาธิตขั้นตอนการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

ระยะที่ 2 เป็นการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม คือ

1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่ละสัปดาห์พร้อมตั้งเป้าหมาย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค

2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและค้นหาปัญหาและอุปสรรคและประเมินผลเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองกับเป้าหมายที่วางไว้

3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมของแต่ละคน โดยผู้วิจัยช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองให้คำชมเชยและกำลังใจ

ระยะที่ 3 ติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ ประเมินผลการจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้เล่าให้ฟังและจากแบบบันทึก ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของตนเองกับเป้าหมาย กระตุ้นผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของตนเองเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง วัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ขั้นตอนการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกับผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองกับพฤติกรรมตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 (หลังได้รับโปรแกรม) โดยผู้ป่วยได้สรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผ่านมาทั้งหมด

3. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิต

1) พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องกับสถานะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามและแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.1) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร น้ำ ให้เพียงพอกับที่ร่างกายต้องการ และการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต คือ อาหารที่มีเกลือโซเดียม และอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง

1.2) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ชนิดของการออกกำลังกาย ความถี่ของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ระยะเวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง

1.3) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การเผชิญความเครียด การจัดการความเครียด



1.4) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี ตามแผนการรักษา และการหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ไม่อยู่ในแผนการรักษา

2) ค่าความดันโลหิต หมายถึง ค่าจากการวัดความดันในหลอดเลือดเมื่อหัวใจบีบตัวสูบฉีดเลือดเข้าสู่หลอดเลือด ซึ่งเรียกว่า ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และเมื่อหัวใจพักคลายตัว ซึ่งเรียกว่า ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ประเมินได้จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลที่มีการควบคุมมาตรฐานของเครื่องมือโดยหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ในทำนอง วัดโดยพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรอง ทั้งนี้ ให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อนการวัด

4. การรักษาพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการคลินิก โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาติดตามอาการตามนัดตามที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ พบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนพบของโรงพยาบาลและรับใบนัดเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา

2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

2.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย

2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญความเครียด

2.3 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer and Gaelick)

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง ในความหมายนี้จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่าง ๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา. 2554 อ้างถึงใน WHO. 1973)

สำนักโรคไม่ติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557 : ออนไลน์) ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองว่า เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบ แตก ของหลอดเลือด ทำให้สมองทำงานผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ ซึ่งเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง

นุซรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวทย์ และเมตตา คาพิบูลย์ (2553 : ออนไลน์) ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองว่า เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตีบ แตกตัน จนเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อสมองทำให้สูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกายจะมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้มีความบกพร่องของระบบประสาท มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเกิดชั่วคราวหรือถาวร

### 2.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท โดยมีสาเหตุมาจากการขัดขวางเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนของสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท (สถาบันประสาทวิทยา. 2554) คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

2) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 15-20 ของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

โรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง โดยพบภาวะสมองตีบตันร้อยละ 68.5 และจากเส้นเลือดในสมองแตก ร้อยละ 27.70 (ภราดร มัณยานนท์. 2550 : 32-42) จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดขึ้นได้บ่อยและพบได้มากที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.1.3 อาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมองที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดที่ตีบตันนั้น ๆ โดยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเวลาเป็นนาทีจากคำนิยามเดิมในกรณีมีอาการผิดปกตินั้นคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง จะเรียกว่าสโตรคจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) แต่ถ้าอาการเป็นช่วงสั้น ๆ และหายเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง จะเรียกว่าสโตรคจากการขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Stroke ; TIA) ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดง คาร์โรติด (Carotid anterior) และหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (Anterior circulation) และผู้ป่วยอีก ร้อยละ 20 อาการสมองขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือดเวอรัทโทโรบาสิลาร์ (Vertebrobasilar) หรือหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหลังตีบและอุดตัน อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองเนื่องมาจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (Centers for Disease Control

and Prevention 2004) คณะกรรมการร่วมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพนานาชาติ (International Liaison Committee on Resuscitation 2005) รายงานว่า อาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinnati Prehospital Stroke Scale ; CPSS) มี 3 อย่าง คือ

1) ใบหน้าอ่อนแรงในขณะที่พยายามยิ้มฟัน

2) แขนอ่อนแรง โดยผู้ป่วยมีอาการแขนข้างหนึ่งตกลงหรือคว่ำลงขณะที่กำลังยกแขน แขนมือและหลังตา 10 วินาที

3) พูดผิดปกติ พูดซ้ำ พูดไม่ถนัด พูดผิด ๆ ถูก ๆ หรือพูดไม่ได้

โดยหากพบความผิดปกติ 1 อาการ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 72 หากพบ 3 อาการ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 85 (American Heart Association. 2005 : Online)

#### 2.1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และที่ควบคุมไม่ได้

##### 1) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

นิจศรี ชาญณรงค์ (2552) ได้อธิบายปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ซึ่งนำมากล่าวโดยสรุปดังนี้

1.1) ความดันโลหิตสูง เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อดตันและภาวะเลือดออกในสมอง ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตที่สูงเกินระดับ และพบมีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างต่อเนื่องและแปรผันโดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ลดลง การรักษาความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างมากในการลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2) โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า ของคนที่ไม่เป็นเนื่องจากมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นกัน นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอดตันทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

1.3) ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันชนิดไม่ดีหรือ (LDL) เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอนเข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือดและเป็นอัมพาตในที่สุด

1.4) ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุงมีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้น จึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.5) โรคหัวใจ ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคหัวใจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

1.6) Homocystein ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งขึ้นในหน้าตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย

1.7) บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่และควันบุหรี่สามารถทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

1.8) แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกตินำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูงและทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

1.9) สารเสพติดโคเคน แอมเฟตามีน และเฮโรอีน เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้นเพิ่มความดันโลหิตชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

1.10) การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่แข็งแรงและผู้ที่ยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่รับประทานอาหารประเภททอดหรือมีไขมันมากมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

1.11) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทนยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ทำให้มีภาวะเลือดหนืด

## 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

สถาบันประสาทวิทยา (2558 : 19-32) ได้เสนอสาระของปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย

2.1) อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง โดยคนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าเพิ่มเป็น 3 เท่าของคนที่ยุ่่น้อย

2.2) เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง แต่ผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นและถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่าเพศหญิงมีโอกาเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

2.3) พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าบุคคลทั่วไป

2.4) เชื้อชาติ คนผิวดำ (African, American) พบว่า เป็นมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า อาจเนื่องจากคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว

2.5) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack ; TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า

### 2.1.5 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้นและการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บูรณะกิจเจริญ. 2553) การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตันซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตั้งตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น มักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2554) ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกลดลงทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลงและสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับเมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (Bertoia, Waring, Gupta, Roberts, & Eaton. 2011 : 38-360)

ในภาวะปกติปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมองเท่ากับ 45 ถึง 60 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที ถ้าปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมองลดลงเหลือ 18 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที เนื้อเยื่อสมองจะขาดเลือดและถ้าไม่ได้รับการแก้ไขและปล่อยให้ขาดเลือดนานกว่า 4 ชั่วโมง จะเกิดการขาดเลือดของเนื้อสมอง (Cerebral ischemic cascade) ซึ่งเป็นการเริ่มต้นภายในไม่กี่นาทีของการเกิดเนื้อสมองขาดเลือด คือ เกิดการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้การสร้างพลังงานอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (Adenosine Triphosphate : ATP) เสียไป มีการกระตุ้นการแลกเปลี่ยนของโซเดียม / ไฮโดรเจนที่ผิดปกติเกิดการรบกวนการสร้างเซลล์ปกติและเซลล์สมองตาย เมื่อเซลล์สมองตายจะปล่อยสารเคมี

ที่ทำให้ลายผนังเซลล์เนื้อเยื่อสมองทำให้สารต่าง ๆ ที่มีโมเลกุลขนาดใหญ่ เช่น อัลบูมิน ผ่านเข้าผนังเซลล์เนื้อเยื่อสมอง เมื่ออัลบูมินเข้าสู่เนื้อสมองได้จะมีการดึงน้ำด้วยกระบวนการออสโมซิสส่งผลทำให้เซลล์สมองบวมเกิดอิชคีมิกพินัมบรา (Ischemic penumbra) คือ การที่เนื้อเยื่อที่มีการขาดเลือดและเสี่ยงที่จะเกิดการตายของเนื้อเยื่อนั้น ๆ แต่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ถ้าหากได้รับการแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง หลังเกิดพยาธิสภาพ (Morrison T., Dorothy, F. & Gordon, G. 2014 : 460-468) เนื้อสมองส่วนนี้มีความสำคัญมาก เพราะถ้าได้รับการแก้ไขให้ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอจะทำให้เนื้อสมองกลับมาทำงานปกติได้

แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดเนื้อสมองตายถาวรซึ่งไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ กรณีที่มีหลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง เมื่อมีเลือดออกในสมองจะเกิดกลไก หลัก 2 กลไก คือ เนื้อสมองถูกทำลายจากการเพิ่มปริมาตรของก้อนเลือดในสมอง (Destructive space occupying lesion) ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น การกดเบียดของก้อนเลือด และแขนขาอ่อนแรง (Mass effect /Displacement effect) ทำให้เนื้อสมองโดยรอบได้รับบาดเจ็บ ไม่มีเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยหมดสติหรือเสียชีวิตได้ เมื่อเกิดเลือดออกในเนื้อสมองก้อนเลือดจะเบียดเนื้อสมองรอบ ๆ และทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น โดยในระยะแรกร่างกายจะปรับตัวโดยก้อนเลือดจะดันน้ำไขสันหลังเข้าสู่ช่องว่างใต้เยื่ออะแร็กนอยด์ส่วนเอว (Lumbar subarachnoid space) ถ้าหากยังไม่สามารถลดความดันที่สูงขึ้นได้ ความดันนี้จะกดเส้นเลือดแดงซีรีบรัล (Cerebral artery) ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงและจะเข้าสู่กระบวนการเกิดการขาดเลือดของเนื้อสมองตามมา เช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Morrison, T., Dorothy, F & Gordon, G. 2014 : 460-468) ส่วนภาวะหลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมองเลือดที่ออกจะไปกระตุ้นทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณผิวของเส้นเลือดแดงซีรีบรัล มีการปล่อยสารซีโรโตนินจากเกล็ดเลือดที่รั่วออกมาจากเส้นเลือด (Extravasated platelets) ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดส่งผลทำให้มีการลดปริมาณเลือดที่ไหลในเส้นเลือดแดงนั้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดเนื้อสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ (Secondary ischemic stroke) ทำให้ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง เกิดภาวะสมองขาดเลือดตามมาหลังจากเกิดเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Delayed Cerebral Ischemia ; DCI) ได้ และเมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจะทำให้ภาวะสมองบวมจากผนังเซลล์เนื้อเยื่อสมองที่เสียไปเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น มีการปล่อยสารแคททีโคลามีน (Catecholamines) ออกมา ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง และอาจพบระดับโทรโปนิน (Troponin) ในเลือดสูงได้ (Morrison, T., Dorothy, F., & Gordon, G. 2014-460-468)

ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมากโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจก่อนที่ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว (นิพพานัทร์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. 2560 : 100-111)

### 2.1.6 ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

วิลาวรรณ ทองเจริญ (2554 : 273-285) กล่าวว่า โรคความดันโลหิตสูงได้ชื่อว่าเป็น เพฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆฆ (Silence killer) เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงให้เห็น แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะวิงเวียนศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นหลังการตื่นนอน พอตอนสายอาการจะทุเลาลง ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงจะพบเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมักมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะผลกระทบเป็นภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหลายระบบดังนี้

1) ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atheroma) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เอื้อต่อการเกิดตะกรันที่ทำให้มีการแข็งตัว (Atheromatous plaque) ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) ทั้งในหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดตะกรันแตก (Plaque rupture) มีการเซาะของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้มีเลือดออกในอวัยวะนั้น ๆ (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2554)

2) ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ กลไกที่โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจเกิดจากการเพิ่มของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular hypertrophy workload) เป็นระยะเวลาานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจดังนี้

2.1) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการมีหินปูนและไขมันไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพลง มีความยืดหยุ่นลดลงโดยบริเวณพื้นผิวภายในหลอดเลือดมีการสะสมของไขมันและสารอื่น ๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นเกิดเป็นตะกรันทำให้หลอดเลือด



ตีบตัน (พีระ บุรณะกิจเจริญ. 2553) ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) หลังการออกกำลังกายหรืออาจมีอาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเกิดจากการที่มีตะกรันไปเกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้ไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดโดยตะกรันจะสะสมไปเรื่อย ๆ จนทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลงส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวใจ หายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) หรือเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart attack) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน โดยภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดหรือเกิดการแยกหรือแตกของตะกรัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เจ็บใต้กระดูกชายโครงด้านซ้ายอาจเจ็บร้าวไปถึงขากรรไกรและแขนซ้าย มักเจ็บนานมากกว่า 30 นาที เมื่ออมยาใต้ลิ้นกลุ่มไนเตรท สำหรับผู้ที่เป็โรคหัวใจขาดเลือดซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดอาการเจ็บจะไม่หายไป

2.2) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ และความดันโลหิตสูง โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดล้มเหลว หากหัวใจซีกขวาล้มเหลวก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจซีกขวาได้ อาจเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ตับโต บวมน้ำทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร ขาบวม ท้องบวม หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวจะมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาจมีเลือดคั่งในปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ไอเป็นเลือด นอนราบแล้วหายใจไม่สะดวก หรือนอนแล้วต้องตื่นขึ้นมากกลางดึก (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea : PND)

2.3) ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysm) คือ การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากระทบหลอดเลือดเป็นเวลานานส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นมีการขยายและโป่งออกเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น การกดเบียดหลอดลมทำให้มีอาการหายใจลำบาก การกดเบียดหลอดเลือดอาหาร ทำให้มีอาการกลืนลำบาก การกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง ทำให้มีอาการเสียงแหบ (กระทรวงสาธารณสุข. 2555 : ออนไลน์)

3) ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมอง โดยความดันซิสโตลิกมีผลร้ายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความดันไดแอสโตลิก การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นร่วมกับการพบตะกรันที่ทำให้มีการแข็งตัวในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงทำให้โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง

4) ภาวะแทรกซ้อนที่จ่อประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จ่อประสาทตาหนาตัวขึ้น เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำก็จะกดเบียดหลอดเลือดดำที่จุดตัด และเมื่อเป็นมากขึ้นจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ซึ่งอาการแสดงจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคมกกว่าระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด

5) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้ไตเสื่อมสภาพมักพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไตทำให้การทำงานของหน่วยไตเสื่อมลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรัง โดยอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน ขาบวม คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงส่วนภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) จะตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไปและตรวจเลือดพบระดับ BUN และ Creatinine สูง ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ไตสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

5.1) การทำลายผนังหลอดเลือด จะมีอาการปวดศีรษะ ตามัว สับสน ร่วมกับอาการของภาวะไตวาย เช่น ขาบวม ปัสสาวะออกน้อยลงที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง (Benign hypertensive nephrosclerosis)

5.2) การเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ไตมีความเสื่อมมากขึ้น โดยตรวจพบอาการบวม มีปัสสาวะออกน้อยลงมีการเพิ่มขึ้นของระดับ Creatinine และไข่ขาวในปัสสาวะที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Malignant hypertensive nephrosclerosis) หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งระยะนี้จะมีอาการตัวบวม ขาบวม เหนื่อยหอบ สับสน ซัก ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

จากผลกระทบด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากอวัยวะหลายระบบทำงานบกพร่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนปีละหลายครั้งเกิดความรุนแรงและอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการเกิดเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่น ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจเมื่อเกิดภาวะของโรคที่รุนแรงหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนบทบาทภายในครอบครัวสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีผลคุกคาม

ความสุขในชีวิตและครอบครัวเกิดความเครียด กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตในสังคมและการประกอบอาชีพ นอกจากนั้น ความพิการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญเมื่อควบคุมอาการรุนแรงของโรค ไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย สูญเสียรายได้จากงานประจำเมื่อติดตามการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นเกิด ผลกระทบทางภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและการสูญเสียรายได้ในการรักษาโรค จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีมากถึง 69.40 ล้านดอลลาร์ (Rosamond et al. 2007 : Online) ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพทำให้ต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2554)

## 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 2 แนวทาง คือ การรักษาโดยการใช้นิยาลดความดันโลหิต และการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ไขมันต่ำ และจำกัดเกลือ การลดสิ่งกระตุ้น ได้แก่ แอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นการทำงานของหัวใจ เช่น กาแฟ และการหยุดสูบบุหรี่ เพิ่มการออกกำลังกาย และการลดความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งการปรับพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะเป้าหมายถูกทำลายตามที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 2.1.6 ควบคุมอาการของโรคไม่ให้รุนแรง มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขตามสภาพ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตประกอบด้วย

### 2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา

เป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีการรับประทานยาที่รักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่มาพบแพทย์ตามนัดอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการรับประทานยา เป็นการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ การตรวจสอบชื่อ สกุลบนซองยา ตรวจสอบชนิดยา วิธีการใช้ยา ทั้งนี้ เพื่อการรับประทานยาที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธีการไม่หยุดรับประทานยาเองหรือลดขนาดยาเอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญของผู้ป่วยโลหิตสูง จึงควรมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เช่น นำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจน หรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งที่รับประทานยา หรือใช้แฟงหรือกล่องบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เป็นต้น (รัตนภรณ์ ศิริเกตุ. 2558 : 299-304) จากศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 ราย การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -0.347$ ,  $t = -3.425$ ,  $p < 0.01$ ) สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเน้นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามแพทย์นัด (สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติदारกุล และปราณี คาจันทร์. 2551 : 539-548) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 211 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 53 (ประนอม สังขวรรณ. 2555)

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองใน 4 ด้าน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด

## 2.2.2 พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

อาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาหารที่ช่วยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนการลดน้ำหนักตัวลง มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555 : 1-16) มีดังนี้

- 1) ผู้มีน้ำหนักตัวเกิน การมีน้ำหนักตัวเกินมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนัก สามารถลดความเสี่ยงลงได้ จากการศึกษาของ โบเกอร์ (Boger. 2015 : 1-19 ) พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง ร้อยละ 49 เทียบกับผู้มีภาวะอ้วนที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้น ภาวะน้ำหนักตัวเกินจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถประเมินโดยคำนวณจากดัชนีมวลกายถ้ามีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ควรรับประทานอาหารให้น้อยลงกว่าที่กำหนดนี้ โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลมากร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการออกกำลังกายให้มากขึ้นเพื่อให้น้ำหนักลดลง โสภณ เมฆธน (2552) เสนอว่า การรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนักทำได้โดยการรับประทานอาหารหมวดข้าว แป้งและไขมันให้น้อยลง หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัดและอาหารประเภททอดและผัด ควรรับประทานอาหารประเภทผักโดยเฉพาะผักใบและผลไม้ที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ใยอาหารทำให้รู้สึกอิ่ม

2) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคจะสามารถช่วยชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิตทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการควบคุมน้ำหนัก การใช้อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension : DASH diet) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558 : ออนไลน์) การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูงจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารประเภทผัก ธัญพืช และผลไม้จะช่วยควบคุมความดันโลหิต ดังนั้น การบริโภคอาหารที่ช่วยควบคุมความดันโลหิตจึงต้องจำกัดอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองควรควบคุมอาหารเค็ม เพราะอาหารเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษา พบว่า ปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง ทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ปกติปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายต้องการ คือ 500 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้น การจำกัดโซเดียมให้เหลือ 2.4 กรัมต่อวัน หรือ 6 กรัมของเกลือแกง จะลดความดันโลหิตได้ 5 - 10 มิลลิเมตรปรอท

จากการศึกษาในต่างประเทศ Fernanda et al. (2012 : 1-8) พบว่า การใส่เกลือในการประกอบอาหารมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ในวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกรับประทานเกลือวันละ 6 กรัม/วัน แม้วานานาประเทศจะแนะนำให้รับประทานเกลือน้อยกว่า 5 - 6 กรัม/วัน มีการทดลองให้รับประทานเกลือลดลง พบว่า สัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ลดลงทั้งกลุ่มป่วยเป็นความดันโลหิตสูง และกลุ่มไม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง การศึกษา Meta-analysis of intervention with salt restriction แสดงให้เห็นว่าสามารถลดความดันซิสโตลิก ได้ 3.7 ถึง 7.0 มม.ปรอท และในความดันไดแอสโตลิก ได้ 0.9 ถึง 2.5 มม.ปรอท ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตขึ้นอยู่กับ การรับประทานเกลือที่ลดลง หากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานลงได้จะสามารถลดหรือคุมระดับความดันโลหิตได้แม้ในคนปกติ ดังนั้น การรับประทานอาหารที่จำกัดปริมาณโซเดียมควรปฏิบัติ ดังนี้ จำกัดการใช้เครื่องปรุงที่มีรสเค็มซึ่งแต่ละชนิดจะมีปริมาณโซเดียมไม่เท่ากัน หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง แหนม ปลาส้ม หน่อไม้ดอง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน เค็มจัด อาหารสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง บะหมี่สำเร็จรูป อาหารบรรจุกระป๋องต่าง ๆ ขนมกรุบกรอบ และไม่ใส่ผงชูรสในการปรุงอาหาร การปรุงอาหารให้นำรับประทานควรมีการนำสมุนไพร และเครื่องเทศมาปรุงอาหารเพื่อช่วยเพิ่มรสชาติให้กับอาหารให้นำรับประทานมากขึ้น เช่น พริกไทย ลูกผักชี รากผักชี กระเทียม เป็นต้น (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555 : 1-16)

### 2.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมจากกิจวัตรประจำวันโดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ที่ทำให้ร่างกายมีการสูบฉีดไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้สมรรถภาพ

การทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้น ช่วยลดความเครียดความกังวลได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะทำให้สุขภาพทั่วไปดีขึ้น จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายและการลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อยต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเมตาบอลิซึม และระบบการไหลเวียนโลหิต โดยทำการทดลอง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ควบคุมอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 7-5 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่กลุ่มออกกำลังกายสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 4 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต (พรรณิ ทิพย์ธราดล. 2552) อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีข้อควรระวัง คือ ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) คือ การออกกำลังกายชนิดนี้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่มีการเกร็งหรือดึงตัว (Tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อด้านกับแรงต้านทานเพราะอวัยวะต่าง ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหว แต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้น ๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำหมัดไว้ การเอามือดันพื้นแล้วออกแรงกดตัวลง เป็นต้น เป็นการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพราะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Blumenthal et al. 2000 : Online)

Lee, L.L., Arthur, A. & Avis, A. (2007) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการทดลองในรูปแบบโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการเดิน และอยู่ในความดูแลของพยาบาล กำหนดให้ติดตามโดยใช้โทรศัพท์และมีติดตามเยี่ยม พยาบาลจะแนะนำ เกี่ยวกับการเดินแบบปกติที่อยู่บนพื้นฐานแนวทางการปฏิบัติของ Physical activity guidelines และมีการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความตระหนักในตัวเองตามพื้นฐานของทฤษฎี Self-efficacy พบว่า หลังจาก 6 เดือน ได้มีการติดตามค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงในความดันโลหิตตัวบนซึ่งลดลง 15.4 มม.ปรอท และ 8.4 มม.ปรอท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง ระหว่าง 2 กลุ่ม คือ -7.0 มม.ปรอท (95% CI, -11.5 to -2.5 mmHg, p=0.002) จากงานวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการเดินในชุมชนโดยใช้แนวทางการปฏิบัติของ Physical activity guidelines สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

สำหรับเรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย ได้มีผู้ศึกษาเพื่อหาข้อสรุปจากการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย 2 รูปแบบ ในการช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายโดยมีช่วงของการ Warm up ก่อนการออกกำลังกาย โดยการยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงหลังจากการ Warm up จะเริ่มเป็นการออกกำลังกายแบบแรงต้าน และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งการออกกำลังกายแบบแรงต้านจะเป็นการออกกำลังกายในลักษณะของการออกกำลังกายโดยการดึงลงของกล้ามเนื้อส่วนหลัง (Latissimus dorsi pull down) การกางขาออก (Leg extention) การหดยา (Leg curl) กดยา กดไหล่ จากนั้นจะเป็นการแบบแอโรบิก ประมาณ 45 นาที

โดยเป็นการเดินบนลู่วิ่ง (Treadmill) การปั่นจักรยาน (Stationary cycle) การเดินขึ้น-ลงแบบขั้นบันได (Stair step) และมีการประเมินหลังจากการออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง สามารถลดระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างโดยมีค่าเฉลี่ยที่ 5.3 และ 3.7 มม.ปรอทตามลำดับ (Stewart, K. J et al. 2006 : 756-762)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเริ่มจากการฝึกหายใจเข้าออกลึกและยาว 5-10 ครั้ง หลังจากนั้นเดินช้าๆ ทำอยู่กับที่ 20-30 นาที และยืนแกว่งแขน 500-1,000 ครั้ง เพื่อจะช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกายทำให้น้ำหนักตัวลดลงและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง ความถี่ คือ ออกกำลังกายทุกวัน หรือ สัปดาห์ละ 3 วัน อยู่บนพื้นฐานแนวทางการปฏิบัติของ Physical activity guidelines และมีการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความตระหนักในตัวเอง ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่มีแบบแผนสามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้

#### 2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมการจัดการความเครียด คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านหนึ่ง ประกอบด้วย การลดความถี่ในการเผชิญความเครียด การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และการจัดการกับอาการทางกายที่มีผลจากความเครียด ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดได้ดีหรือเหมาะสมหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง เพศ ศาสนา การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ หรือปัจจัยขัดขวางต่อการกระทำนั้น (Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Pearson, M.A. 2002) ฉะนั้น พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดจึงเป็นพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดและการจัดการความเครียดทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย การจัดการความเครียด แม้ว่าภาวะเครียดจะไม่ใช่อสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการทำกิจกรรมที่ลดความเครียด การพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสมจึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558 : ออนไลน์)

แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ (2553 : 28-35) ศึกษาผลของการฝึกโยคะสมาธิต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และความเครียดในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการนั่งสมาธิและกำหนดจิตให้อยู่ที่ตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย นาน 20 นาที หลังจากฝึกโยคะสมาธิตามที่วิทยากรแนะนำในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มทดลองต้องนำไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านทุกวัน วันละ 20 นาที ตลอดการทดลองในกลุ่มทดลองหลังปฏิบัติโยคะสมาธิตรวจวัดค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ที่แขนข้างเดียวกัน 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 5 นาที พบว่าค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังฝึกโยคะสมาธิ มีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนฝึก ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4

จากการทบทวนข้างต้นจะเห็นว่าวิธีการลดความเครียดมีหลายวิธี การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการลดความเครียดโดยการทำสมาธิเนื่องจากทำให้เกิดการผ่อนคลายอย่างลึกในเวลาอันสั้น จะช่วยให้เอาใจจดจ่อไว้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว เป็นการฝึกตนเองเพื่อช่วยให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.3 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer and Gaelick)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดจากพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

#### แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทุกกระบวนการ เป็นความสามารถของผู้ป่วยที่กระทำหรือร่วมกระทำหรือร่วมกระทำกับผู้อื่น แนวคิดนี้มีพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive) และตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติ ในพฤติกรรมนั้น ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงพฤติกรรมที่มีคุณค่าหรือสิ่งที่มาส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความสุขของชีวิต แนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่ง ชดช้อย วัฒนะ (2558 : 118-127) ได้รวบรวมแนวคิดการจัดการตนเองจากหลากหลายนักทฤษฎีสรุปได้ดังนี้

Creer & Holroyd (2000) การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย (Goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) การตัดสินใจ (Decision making) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนตนเอง (Self-reaction)

Browder & Shapiro (1985) การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ



Lorig, K., & Holman, H. (1993 : 17-28) การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Clark et al (1991 : Online) การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคม

Kanfer and Gaelick (1991 : Online) มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลถูกกระตุ้นจากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคเรื้อรัง เป้าหมายหลักของการจัดการตนเอง ได้แก่ ช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาพฤติกรรมด้านความคิด การจัดการกับอารมณ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติ การประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและเปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กลวิธีการจัดการด้วยตนเองประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

- การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนัก และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมอธิบายการบันทึกและฝึกบันทึก

- การประเมินตนเอง (Self-evaluation) คือ การที่ผู้ป่วยประเมินการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในช่วงแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา เปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

- การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อให้กำลังใจตนเองในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

มีผลการศึกษา ที่พบว่า การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น คือ มีทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. 2553) เช่นเดียวกับการศึกษา การนำไปโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 18-60 ปี มีการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ผลคือ ผู้ป่วยมีการจัดการกับพฤติกรรมที่เหมาะสม ระดับความดันโลหิตลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. 2551) ซึ่งการจะเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วม มีการตัดสินใจทั้งผลดีและผลเสียของสิ่งที่ตนเลือกปฏิบัติ ซึ่งตรงกับแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของคุณคน ในทุกกระบวนการโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Kanfer and Gaelick. 1991 : Online)

การศึกษาครั้งนี้เลือกแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer and Gaelick. 1991 : Online) เนื่องจากการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และแกลิก เชื่อว่าเป้าหมายสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยหรือรังมีการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่ง ถูกกระตุ้นจากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และแกลิก มาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้รับบริการมีพัฒนาพฤติกรรมด้านความคิด การจัดการกับอารมณ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติ การประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และ 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กลวิธีการจัดการด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อม ระยะการจัดการด้วยตนเอง และระยะการติดตามตนเอง

1. ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดในสมอง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม

2. ระยะการจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกำกับตนเอง 3 กิจกรรม ดังนี้

2.1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ โดยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคและการจัดการกับพฤติกรรมมารับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด พร้อมมอบคู่มือให้ผู้ป่วยฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วย ยกตัวอย่างการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดพร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมอธิบายการบันทึกและฝึกบันทึก

2.2) การประเมินตนเอง (Self Evaluation) คือ การที่ผู้วิจัยกับผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในช่วงแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านทักไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย โดยมีการร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายพร้อมให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเองและเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและลงบันทึก เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติ

2.3) การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมเมื่อตนเองสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ส่วนผู้วิจัยช่วยให้อกำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมตนเองได้ และโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาในส่วนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

3. ระยะเวลาติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการจดบันทึกการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามแพทย์นัด และประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์โดยวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรม หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กับเป้าหมายที่กำหนดไว้

## 2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามสมรรถนะพยาบาลขั้นสูงที่สภาการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความสามารถในการพัฒนาจัดการกำกับดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อน (สภาการพยาบาล. 2552 : ออนไลน์) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถือเป็นกลุ่มเฉพาะ ที่ต้องดูแลวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการจัดการตนเองดังนี้

1. การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการจัดการตนเองนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยรวมทั้งสภาพสังคมท้องถิ่น วิธีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การนำศักยภาพของตนเองในชุมชนและโรงพยาบาลเพื่อมาออกแบบบริการสุขภาพตามปัญหา บริบท และความต้องการด้านการดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การเก็บข้อมูลให้ครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การที่ได้ข้อมูลที่ครอบครัวในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ซึ่งจะส่งผลถึงการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ นภาพร ห่วงสุขสกุล (2555) พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. 2550) ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมางกูร และอนันต์ มาลารัตน์ 2554 : 160-169) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต (สุมาลี วังธนากร, ชุตติมา ผาติदारกุล และปราณี คาจันทร์. 2551 : 539-548) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมางกูร และอนันต์ มาลารัตน์ 2554 : 160-169) และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. 2550) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเน้นพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่งระดับไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดีจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และการออกกำลังกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลงให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

3. เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถตั้งปัญหาของตนเอง ออกมารายบุคคลและสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ในระยะยาว

4. การชี้แนะหรือการให้ความรู้ให้มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมตนเองและสามารถ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

5. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการชี้ แนวทางในการจัดการต่อพฤติกรรมตนเอง คู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และสามารถจัดการต่อพฤติกรรมตนเองได้

6. วิเคราะห์และประเมินผลจากการเข้ากิจกรรมการจัดการพฤติกรรมตนเองและสามารถป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองได้

## 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer & Gaelick, 1991 : Online) มาพัฒนาเป็นโปรแกรม 3 ระยะ ประกอบด้วย

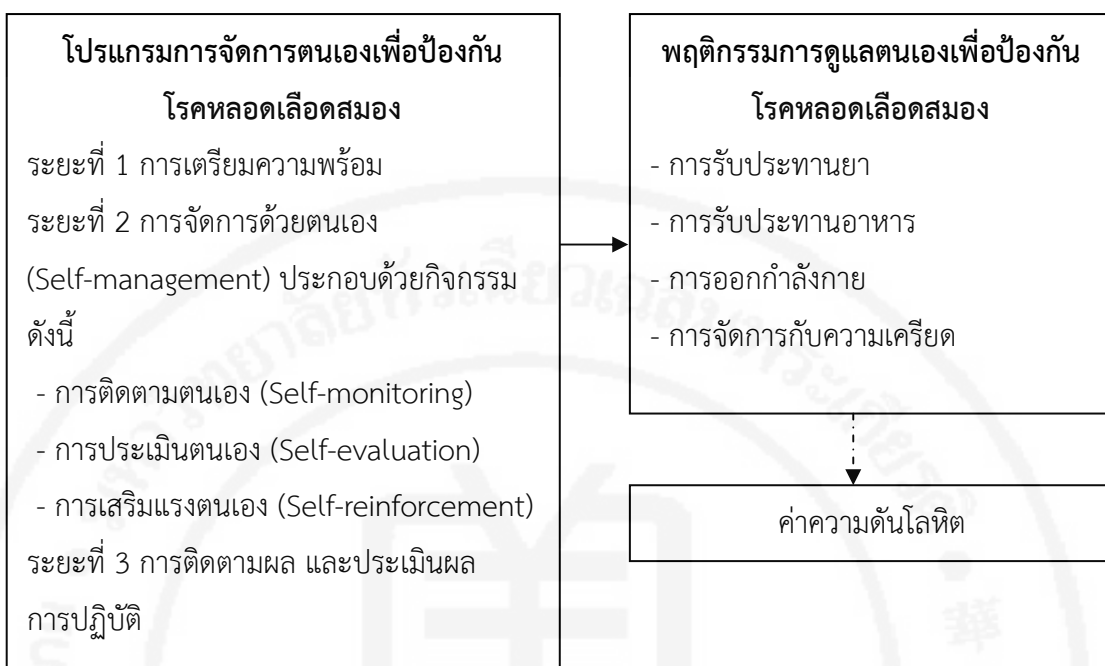
ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม

ระยะที่ 2 การจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ กิจกรรม การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและ การเสริมแรงตนเอง

ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อค่าความดันโลหิต

รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

### แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest designs) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

$O_1$  \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  $O_2$

$O_3$  \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_  $O_4$

$O_1$  หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

$O_2$  หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

$O_3$  หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

$O_4$  หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตในกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

Y หมายถึง การรักษาพยาบาลตามปกติ

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.1 ประชากร

คือ ผู้ป่วยอายุ 40-60 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาพัฒนา

### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยอายุ 40-60 ปี ใช้สิทธิ์ประกันสังคม โรงพยาบาลประจำพัฒนา ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558 : ออนไลน์)

#### 1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

(1) เป็นผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงโดยมีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน

(2) ไม่มีโรคร่วม คือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

(3) ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาชนิดเดียวกันตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

(4) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

(5) ผู้ป่วยสมัครใจและยินดียินดีเข้าร่วมงานวิจัย

##### 1.2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการทดลอง

(2) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย

(3) ระหว่างการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้รักษา

#### 2) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ โคเฮน (Cohen. 1998) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect size) จากการศึกษาของ เบญจมาศ ถาดแสง (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คำนวณค่าขนาดอิทธิพลพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ



ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าเท่ากับ .77 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โคเฮน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย

### 3) วิธีคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

คำนวณค่า Effect Size โดยใช้สูตรคำนวณของ โคเฮน (Cohen. 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_c - \bar{X}_e}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{SD_C^2 + SD_E^2} / 2$$

ค่า Effect Size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เบญจมาศ ถาดแสง. 2554) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมคำนวณโดยจากผลการศึกษาที่ได้

$$\bar{X}_E = 85.47$$

$$\bar{X}_C = 92.71$$

$$SD_E = 9.96$$

$$SD_C = 8.58$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร Pooled SD} &= \sqrt{8.58^2 + 9.96^2} / 2 \\ &= \sqrt{73.6164^2 + 99.2016^2} / 2 \\ &= \sqrt{172.818^2} / 2 \\ &= \sqrt{86.409} \\ &= 9.29 \\ ES &= \frac{92.71 - 85.47}{9.29} \\ &= 0.77 \end{aligned}$$

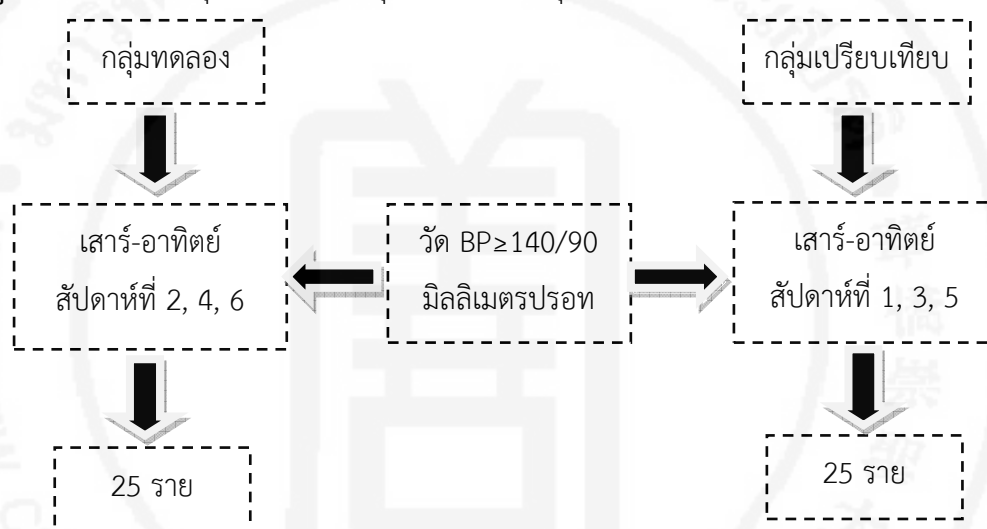
จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โคเฮน (Cohen. 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย

### 4) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยการเลือกแบบเจาะจง จากเกณฑ์การคัดเข้าจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 50 ราย โดยกำหนดให้ ในวันที่มาตรวจนัดและวัดความดันโลหิตแรกเริ่ม ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90

มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558 : ออนไลน์) โดยทำการสุ่มในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์แรกที่เริ่มโปรแกรม ให้จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง และในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่สอง จัดให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะสลับสัปดาห์กันจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย การแยกสัปดาห์ในการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อป้องกันการพบกันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองและช่วยลดการได้รับข้อมูลที่ไม่ง่าเป็นระหว่างทั้งสองกลุ่ม ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



### 3.3 สถานที่ทำวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ประชาพัฒน์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

### 3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามเลขที่ ID 825-2562 ลงวันที่ 16 มกราคม 2562 (เอกสารภาคผนวก ก) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลประชาพัฒน์และขอความสมัครใจเข้าร่วม การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาการให้ข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัย (เอกสาร ภาคผนวก ข) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (เอกสารภาคผนวก ค) ทั้งนี้ ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา การสอบถามและการบันทึกไม่ระบุชื่อ นามสกุล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

### 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

#### 3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลลิก (Kanfer and Gaelick, 1991 : Online) ประกอบด้วย การดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ภายหลังวัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป สาธิตขั้นตอนการออกกำลังกายและการผ่อนคลาย ความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม คือ

(1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้แต่ละสัปดาห์พร้อมตั้งเป้าหมาย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค

(2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและค้นหา ปัญหา และอุปสรรคและประเมินผลเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองกับเป้าหมายที่วางไว้

(3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเอง ตามความเหมาะสมของแต่ละคน โดยผู้วิจัยช่วยเหลือ สนับสนุนในการจัดการกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้คำชมเชยและกำลังใจ

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ ประเมินผลการจัดการพฤติกรรม การดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้เล่าให้ฟังและจากแบบบันทึก ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบ พฤติกรรม การดูแลตนเองกับเป้าหมาย กระตุ้นผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรม ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยังไม่บรรลุ เป้าหมาย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของตนเอง เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง วัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ขั้นตอนการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกับผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเอง กับพฤติกรรมตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 (หลังได้รับโปรแกรม) โดยผู้ป่วยได้สรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผ่านมาทั้งหมด

2) คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีเนื้อหา ความหมาย สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาการเตือนและการจัดการอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง กลุ่มอาหารที่ไม่ควรรับประทานและกลุ่มอาหารที่ควรรับประทานในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (ภาคผนวก จ)

3) บันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง มีลักษณะแบบเติมข้อความประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด (ภาคผนวก จ)

### 3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ใช้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา

2) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย (ภาคผนวก จ) ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ

- พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 11 ข้อ
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ
- พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ
- พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

โดยคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

#### คำถามด้านบวก

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 5-7 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 3-4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 1-2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมข้อนั้นเลย

#### คำถามด้านลบ

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 5-7 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 3-4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1-2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย  
 แบ่งตามอันตรภาคชั้น (Best & Kahn. 2006) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{120-30}{3} \\ &= 30 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 30.00-60.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 60.01-90.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 90.01-120.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายด้าน

(1) ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีคะแนนสูงสุด 44.00 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 11.00 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{44-11}{3} \\ &= 11 \end{aligned}$$

(2) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนนสูงสุด 32.00 และคะแนนต่ำสุด 8.00 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{32-8}{3} \\ &= 8 \end{aligned}$$

(3) ด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด มีคะแนนสูงสุด 24.00 และคะแนนต่ำสุด 6.00 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{24-6}{3} \\ &= 6 \end{aligned}$$

(4) ด้านพฤติกรรมกรับประทานยา มีคะแนนสูงสุด 20.00 และคะแนนต่ำสุด 5.00 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{20-5}{3} \\ &= 5 \end{aligned}$$

### 3.6 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

#### 3.6.1 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล ของโรงพยาบาลประชาชนพัฒน์

ได้รับการตรวจสอบเทียบเครื่องมือวัดที่มีการควบคุมมาตรฐานของเครื่องมือโดยหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล

#### 3.6.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ง)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไขและนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index : CVI) เพื่อหาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับค่านิยมของตัวแปรที่ศึกษา โดยกำหนดระดับของการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ศึกษา

ระดับ 2 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก

ระดับ 3 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามควรได้รับแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย

ระดับ 4 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ศึกษา

จากนั้น นำมาคำนวณค่า CVI คือ

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็น ระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งค่า CVI ที่ดีควรมีค่ามากกว่า 0.8 ข้อคำถามจึงจะเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ (Beck, C., Polit, S., & Owen, S. 2007 : 459-467) การศึกษาครั้งนี้ได้ค่า CVI ของแบบสอบถาม

$$\text{พฤติกรรมกรดูแลตนเอง} = \frac{27}{30} = 0.9$$

2) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย แผนการจัดการตนเองได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน โดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาเชิงวิชาการ การใช้ภาษา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันโดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาเชิงวิชาการ การใช้ภาษาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

### 3.6.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1) การทดสอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น Reliability statistics ของ Cronbach's Alpha ได้ค่า .867

2) การทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อสามารถยอมรับโปรแกรมฯและคู่มือการจัดการตนเองฯดังกล่าว เพื่อนำไปดำเนินการวิจัยต่อไป

## 3.7 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.7.1 การดำเนินการก่อนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา เพื่อขออนุญาตดำเนินงานวิจัยในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขั้นตอนในการดำเนินการ

2) เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก แพทย์โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3) เตรียมผู้ช่วยวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

3.1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยินดีให้

ความช่วยเหลือในการทำหน้าที่วัดความดันโลหิตและเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2) ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมอธิบายวิธีการดำเนินวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการบันทึกข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจและซักถามเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตและการลงบันทึก การใช้แบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล และทดลองวัดความดันโลหิต โดยนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย นำข้อผิดพลาดและปรับวิธีการประเมินให้ตรงกัน

4) ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา กรุงเทพมหานคร จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการเลือกแบบเจาะจงจากเกณฑ์การคัดเข้า โดยกำหนดให้ในวันที่มาตรวจนัดและวัดความดันโลหิตแรกได้รับโดยการสุ่มในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์แรกที่เริ่มโปรแกรม ให้จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง และในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์ สัปดาห์ที่สองเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

### 3.7.2 การดำเนินการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งระยะเวลาในการศึกษาดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติจากแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลประชาชนพัฒนา

1.1) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความสมัครใจเพื่อร่วมมือในการวิจัย

1.2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง

1.3) ให้การรักษาพยาบาลตามปกติโดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ได้แก่ ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ พบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนพบของโรงพยาบาลและรับใบนัดเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป



1.4) นัดกลุ่มเปรียบเทียบอีก 8 สัปดาห์ ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง

1.5) ให้คำแนะนำพฤติกรรมดูแลตนเองและมอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองพร้อมกับแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แก่กลุ่มเปรียบเทียบทุกคน

2) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยตนเองจากผู้วิจัยใช้เวลา ดำเนินการ 8 สัปดาห์

### ตารางที่ 1 วิธีการดำเนินการวิจัย

| กิจกรรม/สัปดาห์  | โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  |
|--|--|
| <p><b>สัปดาห์ที่ 1</b></p> <p>การเตรียมความพร้อม และการติดตามตนเอง (Self-monitoring)</p> | <p>1. ขณะผู้ป่วยทำการซักประวัติคัดกรองตรวจรักษา ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในโปรแกรมทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัย วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วย ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10 นาที)</p> <p>2. ขณะรอเรียกรับยาและไบนัด ผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริม การจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม/รายบุคคล (ใช้เวลา 20 นาที) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับพฤติกรรม การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ กับความเครียด การสังเกตและรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป</li> <li>- ให้ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลของตนเองที่ผ่านมา กับพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิด การรับรู้ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล ของตนเอง</li> </ul> |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| กิจกรรม/สัปดาห์  | โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ป่วยที่ผ่านมา สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง</li> <li>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ มอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 3 เพื่อติดตามผลและประเมินผลการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการจัดการกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>สัปดาห์ที่ 2, 3</b><br>การประเมินตนเอง<br>(self-evaluation) และ<br>การเสริมแรงตนเอง<br>(Self-reinforcement) | ขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง (ใช้เวลา 20 นาที)<br>โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยสอบถามสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย</li> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| กิจกรรม/สัปดาห์  | โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้   |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง และลงบันทึก เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติ</li> <li>- ผู้ป่วยเลือกริธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เช่น ถ้าสามารถ ปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหารจะให้ รางวัลตัวเองโดยการซื้อของให้ตนเอง ผู้วิจัยช่วยให้กำลังใจ ชมเชย</li> <li>- กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4</li> </ul>   |
| <b>สัปดาห์ที่ 4</b><br>การประเมินตนเอง<br>(self-evaluation)<br>และการเสริมแรงตนเอง<br>(Self-reinforcement) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขณะผู้ป่วยทำการซักประวัติวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย (ใช้เวลา 5 นาที)</li> <li>2. ขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง (ขณะรอ เรียกรับยาและใบนัด) (ใช้เวลา 20 นาที) ดังนี้ รายกลุ่ม/รายบุคคล ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยสอบถามสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย</li> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย</li> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย</li> <li>- ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และลงบันทึก เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติ</li> </ul> </li> </ol> |

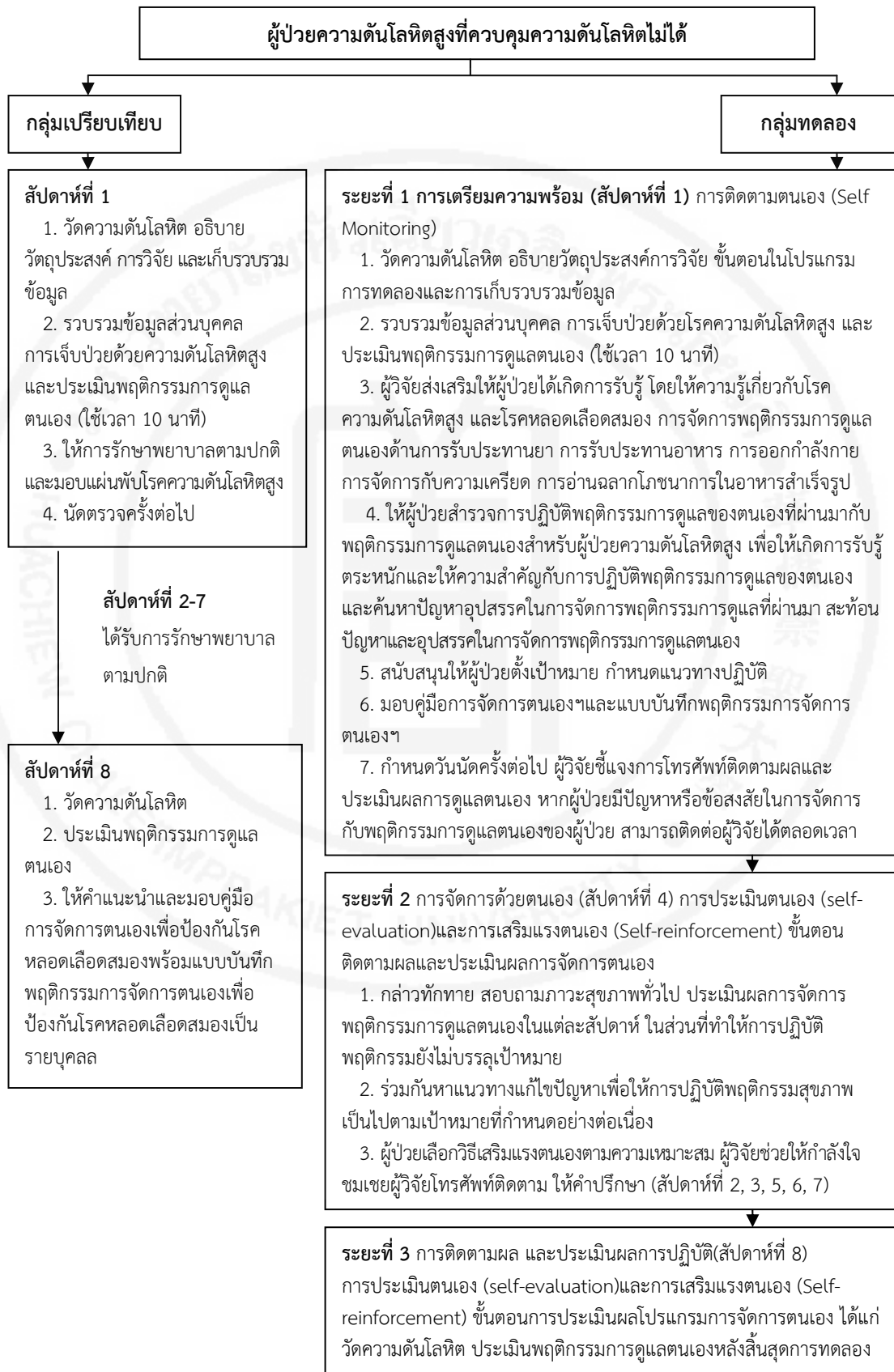
## ตารางที่ 1 (ต่อ)

| กิจกรรม/สัปดาห์  | โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้   |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเลือกริธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เช่น ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหารก็ให้รางวัลตัวเองโดยการซื้อของให้ตนเอง ผู้วิจัยช่วยให้กำลังใจ ชมเชย</li> <li>- กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 5, 6, 7</li> </ul>   |
| <p><b>สัปดาห์ที่ 5,6,7</b></p> <p>การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)</p> | <p>ขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง (ใช้เวลา 20 นาที) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยสอบถามสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย</li> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย</li> <li>- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย</li> <li>- ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลงบันทึก เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติ</li> <li>- ผู้ป่วยเลือกริธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เช่น ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหารจะให้รางวัลตัวเองโดยการซื้อของให้ตนเอง ผู้วิจัยช่วยให้กำลังใจ ชมเชย</li> <li>- กำหนดวันนัดครั้งต่อไปเพื่อสรุปและประเมินผลการสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8</li> </ul> |

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

| กิจกรรม/สัปดาห์   | โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้   |
|---|--|
| <p><b>สัปดาห์ที่ 8</b></p> <p>การประเมินตนเอง<br/>(self-evaluation)</p> <p>และการเสริมแรงตนเอง<br/>(Self-reinforcement)</p> | <p>เป็นการประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ พร้อมทั้งให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง</li> <li>- ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</li> <li>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยในความร่วมมือ</li> </ul> |

### แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



### 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แยกตามลักษณะของข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบที (independent sample t-test)
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบที (independent sample t-test)

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test and post-test design) แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparisons group) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาพัฒน์ เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 ราย ผลการวิจัย เสนอเป็น 3 ส่วน โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ ไคสแควร์

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระยะเวลา ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ประวัติ โรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วย และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic / Diastolic ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังของกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic / Diastolic ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ



4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic / Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์

| ลักษณะส่วนบุคคล           | กลุ่มทดลอง<br>(n=25) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 25) |        | X <sup>2</sup> | P-value |
|---------------------------|----------------------|--------|------------------------------|--------|----------------|---------|
|                           | จำนวน<br>(คน)        | ร้อยละ | จำนวน<br>(คน)                | ร้อยละ |                |         |
| <b>เพศ</b>                |                      |        |                              |        |                |         |
| ชาย                       | 13                   | 52     | 11                           | 44     | -6.25          | .538    |
| หญิง                      | 12                   | 48     | 14                           | 56     |                |         |
| <b>อายุ (ปี)</b>          |                      |        |                              |        |                |         |
| 40-50                     | 11                   | 44     | 4                            | 16     | -2.812         | .010    |
| 51-60                     | 14                   | 65     | 21                           | 84     |                |         |
| <b>สถานภาพ</b>            |                      |        |                              |        |                |         |
| โสด                       | 1                    | 4      | 8                            | 32     | .225           | .824    |
| คู่                       | 22                   | 88     | 9                            | 36     |                |         |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 2                    | 8      | 8                            | 32     |                |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>      |                      |        |                              |        |                |         |
| ประถมศึกษา                | 3                    | 12     | 9                            | 36     | 2.53           | .018    |
| มัธยมศึกษา                | 8                    | 32     | 5                            | 20     |                |         |
| ปวช./ปวส.                 | 2                    | 8      | 10                           | 40     |                |         |
| ปริญญาตรี                 | 12                   | 48     | 1                            | 4      |                |         |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ลักษณะส่วนบุคคล                   | กลุ่มทดลอง<br>(n=25) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 25) |        | X <sup>2</sup> | P-value |
|-----------------------------------|----------------------|--------|------------------------------|--------|----------------|---------|
|                                   | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                        | ร้อยละ |                |         |
|                                   | (คน)                 |        | (คน)                         |        |                |         |
| <b>อาชีพ</b>                      |                      |        |                              |        |                |         |
| ไม่ได้ทำงาน                       | 1                    | 4      | 2                            | 8      | 1.00           | .327    |
| ทำงาน                             | 24                   | 96     | 23                           | 92     |                |         |
| ประกอบกิจการส่วนตัว/              |                      |        |                              |        |                |         |
| ค้าขาย                            | 4                    | 16     | 0                            | 0      |                |         |
| รับราชการ                         | 7                    | 28     | 1                            | 4      |                |         |
| รัฐวิสาหกิจ                       | 7                    | 28     | 8                            | 32     |                |         |
| รับจ้าง                           | 6                    | 24     | 14                           | 56     |                |         |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b> |                      |        |                              |        |                |         |
| ไม่มีรายได้                       | 0                    | 0      | 2                            | 8      | 1.445          | .161    |
| มีรายได้                          | 25                   | 100    | 23                           | 92     |                |         |
| 5,001-10,000                      | 7                    | 28     | 1                            | 4      |                |         |
| 10,001-15,000                     | 8                    | 32     | 8                            | 32     |                |         |
| 15,001-20,000                     | 6                    | 24     | 12                           | 48     |                |         |
| 20,001-25,000                     | 9                    | 36     | 9                            | 36     |                |         |
| 25,001-30,000                     | 2                    | 8      | 2                            | 8      |                |         |
| มากกว่า 30,000                    | 1                    | 4      | 0                            | 0      |                |         |

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นผู้ชาย ร้อยละ 52 ผู้หญิง ร้อยละ 48 มีอายุมากที่สุด 52 ปี ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28.0 ประกอบอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,000 บาท ร้อยละ 20.0

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 56 ผู้ชาย ร้อยละ 44 มีอายุ 53 ปีมากที่สุด ร้อยละ 20 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36 การศึกษาระดับปวช./ปวส. ร้อยละ 40 / ร้อยละ 32 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาท ร้อยละ 32.0

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ และระดับการศึกษา

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์ วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง ประวัติโรคร่วมของผู้ป่วยและเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์

| การเจ็บป่วย<br>ด้วยโรคความดันโลหิตสูง                    | กลุ่มทดลอง<br>(n=25) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n=25) |        | X <sup>2</sup> | P-value |
|--|----------------------|--------|----------------------------|--------|----------------|---------|
|  | จำนวน<br>(คน)        | ร้อยละ | จำนวน<br>(คน)              | ร้อยละ |                |         |
| <b>ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b> |                      |        |                            |        |                |         |
| 1 ปี - 2 ปี  | 7                    | 28     | 9                          | 36     | 1.276          | .208    |
| 3 ปี - 4 ปี  | 9                    | 36     | 7                          | 28     |                |         |
| 5 ปี - 6 ปี  | 8                    | 32     | 9                          | 36     |                |         |
| มากกว่า 6 ปี   | 1                    | 4      | 0                          | 0      |                |         |
| <b>ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว</b>        |                      |        |                            |        |                |         |
| ไม่มี  | 9                    | 76     | 17                         | 68     | -700           | .491    |
| มี   | 6                    | 24     | 8                          | 32     |                |         |
| <b>มีญาติเป็น HT ความสัมพันธ์</b>                        |                      |        |                            |        |                |         |
| บิดา   | 2                    | 8      | 2                          | 8      |                |         |
| มารดา  | 4                    | 16     | 4                          | 16     |                |         |
| พี่/น้อง   | 0                    | 0      | 2                          | 8      |                |         |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี - 4 ปี ร้อยละ 36 รองลงมา 5 ปี - 6 ปี ร้อยละ 32 และประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง ร้อยละ 24 ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ปี - 2 ปี และ 5 ปี - 6 ปี ร้อยละ 36 และประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง ร้อยละ 32 ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน

#### 4.2 การเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง          | กลุ่มทดลอง |      |           |      | t     | P-value |
|-------------------------------|------------|------|-----------|------|-------|---------|
|                               | ก่อนทดลอง  |      | หลังทดลอง |      |       |         |
|                               | $\bar{X}$  | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. |       |         |
| 1. ด้านการรับประทานอาหาร      | 26.40      | 3.09 | 41.48     | 3.48 | 13.84 | .000    |
| 2. ด้านการออกกำลังกาย         | 17.36      | 4.82 | 28.64     | 4.20 | 16.30 | .000    |
| 3. ด้านการจัดการกับความเครียด | 14.72      | 1.10 | 22.36     | 1.49 | 21.22 | .000    |
| 4. ด้านการรับประทานยา         | 19.84      | 3.59 | 24.84     | .47  | 6.89  | .000    |
| 5. พฤติกรรมโดยรวม             | 78.32      | 7.28 | 117.32    | 4.93 | 30.54 | .000    |

\* นัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและในแต่ละด้าน

ก่อนการทดลอง โดยรวมเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ =26.40, S.D.=3.09) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$ =17.36, S.D.=4.82) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$ =14.72, S.D.=1.10) ด้านการรับประทานยา ( $\bar{X}$ =19.84, S.D.=3.59) พฤติกรรมโดยรวม ทั้ง 4 ด้าน ( $\bar{X}$ =78.32, S.D.=7.28)

หลังการทดลอง มีการแจกแจงแต่ละด้านดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ =41.48, S.D.=3.48) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$ =28.64, S.D.=4.20) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$ =22.36, S.D.=1.49) ด้านการรับประทานยา ( $\bar{X}$ = 24.84, S.D.=.47) พฤติกรรมโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ( $\bar{X}$ =117.32, S.D.=4.93)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบที ด้านการรับประทานอาหาร (t=13.845, P-value=.000) ด้านการออกกำลังกาย (t=16.308, P-value=.000) ด้านการจัดการกับความเครียด (t=21.222, P-value=.000) ด้านการรับประทานยา (t=6.890, P-value=.000) และพฤติกรรมโดยรวม ทั้ง 4 ด้าน (t=30.54, P-value=.000) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| กลุ่มทดลอง | ก่อนทดลอง |        | หลังทดลอง |        | t      | P-value |
|------------|-----------|--------|-----------|--------|--------|---------|
|            | $\bar{X}$ | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.   |        |         |
| SBP (mmHg) | 160.32    | 8.330  | 147.44    | 10.372 | 11.013 | .000    |
| DBP (mmHg) | 75.92     | 10.058 | 70.48     | 6.814  | 3.943  | .001    |

\*SBP=Systolic blood Pressure, DBP=Diastolic Blood Pressure

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน / ค่าล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน มีคะแนนเฉลี่ย 160.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.33 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่าง มีคะแนนเฉลี่ย 75.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.058 หลังได้รับ โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน มีคะแนนเฉลี่ย 147.44 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 10.372 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่าง มีคะแนนเฉลี่ย 70.48 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 6.814 จากผลการวิเคราะห์ ค่า P-value < 0.05 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ค่าบน / ค่าล่างแตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญที่ 0.05

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบที

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง          | กลุ่มเปรียบเทียบ |       |           |       | t      | P-value |
|-------------------------------|------------------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                               | ก่อนทดลอง        |       | หลังทดลอง |       |        |         |
|                               | $\bar{X}$        | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |        |         |
| 1. ด้านการรับประทานอาหาร      | 33.80            | 4.04  | 43.44     | 9.20  | 3.66   | .001    |
| 2. ด้านการออกกำลังกาย         | 17.76            | 8.06  | 14.20     | 4.68  | -13.29 | .000    |
| 3. ด้านการจัดการกับความเครียด | 11.64            | 2.36  | 14.96     | 2.60  | -1.44  | .161    |
| 4. ด้านการรับประทานยา         | 10.08            | 1.25  | 10.16     | 1.31  | -.34   | .735    |
| 5. พฤติกรรมโดยรวม             | 73.76            | .11.3 | 77.52     | 11.42 | -1.55  | .132    |

\* นัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและในแต่ละด้าน

ก่อนการทดลอง โดยรวมเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ =33.80, S.D.=4.041) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$ =17.76, S.D.=8.068) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$ =11.64, S.D.=2.360) ด้านการรับประทานยา ( $\bar{X}$ =10.08, S.D.=1.255) โดยรวมทั้ง 4 ด้าน ( $\bar{X}$ =73.76, S.D.=11.35)

หลังการทดลอง มีการแจกแจงแต่ละด้านดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ =43.44, S.D.=9.20) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$ =14.20, S.D.=4.68) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$ =14.96, S.D.=2.60) ด้านการรับประทานยา ( $\bar{X}$ =10.16, S.D.=1.31) โดยรวมทั้ง 4 ด้าน ( $\bar{X}$ =77.52, S.D.=11.42)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบที ด้านการรับประทานอาหาร ( $t=3.66$ ,  $P\text{-value}=0.001$ ) ด้านการออกกำลังกาย ( $t=-13.29$ ,  $P\text{-value}=0.000$ ) ด้านการจัดการกับความเครียด ( $t=-1.445$ ,  $P\text{-value}=0.161$ ) ด้านการรับประทานยา ( $t=-0.34$ ,  $P\text{-value}=0.735$ ) และด้านการจัดการกับอาการเตือน ( $t=-5.09$ ,  $P\text{-value}=0.000$ ) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับอาการเตือน และพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลไม่แตกต่าง ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

| กลุ่มเปรียบเทียบ | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | t      | P-value |
|------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                  | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |        |         |
| SBP (mmHg)       | 169.48    | 6.410 | 171.00    | 6.137 | -2.121 | .044    |
| DBP (mmHg)       | 85.28     | 9.851 | 86.36     | 9.124 | -.573  | .572    |

\* SBP=Systolic blood Pressure, DBP=Diastolic Blood Pressure

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน / ค่าล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน มีคะแนนเฉลี่ย 169.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.410 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่าง มีคะแนนเฉลี่ย 85.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.851 หลังเข้าร่วมวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน มีคะแนนเฉลี่ย 171.00 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 6.137 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่าง มีคะแนนเฉลี่ย 86.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.124 จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่าง Sig. (2-tailed) < 0.05 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าล่างแตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญที่ 0.05 และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบน P-value > 0.05 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่าบนไม่แตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญที่ 0.05

#### 4.3 การเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มเปรียบเทียบ |       | t     | P-value |
|----------------------|------------|------|------------------|-------|-------|---------|
|                      | $\bar{X}$  | S.D. | $\bar{X}$        | S.D.  |       |         |
| ก่อนทดลอง            | 78.32      | 7.28 | 77.52            | 11.42 | .30   | .767    |
| หลังทดลอง            | 117.32     | 4.93 | 73.76            | 11.35 | 16.01 | .000    |

\* นัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05

จากตารางที่ 8 ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 78.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.28 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 77.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.42

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.930 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.355

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนทดลองของของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่า P-value = .767 และหลังทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีค่า P-value < 0.05 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ความดันโลหิต | กลุ่มตัวอย่าง |        |                  |       | t      | P-value |
|--------------|---------------|--------|------------------|-------|--------|---------|
|              | กลุ่มทดลอง    |        | กลุ่มเปรียบเทียบ |       |        |         |
|              | $\bar{X}$     | S.D.   | $\bar{X}$        | S.D.  |        |         |
| SBP (mmHg)   | 147.44        | 10.372 | 171.00           | 6.137 | -9.822 | .000    |
| DBP (mmHg)   | 70.48         | 6.814  | 86.36            | 9.124 | -7.082 | .000    |

\* SBP=Systolic blood Pressure, DBP=Diastolic Blood Pressure

\* ทางสถิติน้อยกว่า .05

จากตารางที่ 9 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 147.44 มิลลิเมตรปรอท Diastolic ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.372 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง เท่ากับ 70.48 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.814

กลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 169.48 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.410 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่า Diastolic เท่ากับ 85.28 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.851 ภายหลังจากการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่า Systolic บน เท่ากับ 171.00 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.137 มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตค่า Diastolic เท่ากับ 86.36 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.123

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่า Systolic/Diastolic ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการได้รับโปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิต Systolic มีค่า P-value=.000 ระดับความดันโลหิตค่า Diastolic มีค่า P-value=.000 แปลผลได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 ราย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 ที่แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทพัทลุง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ

###### 1) ลักษณะส่วนบุคคล

1.1) กลุ่มทดลอง เป็นผู้ชาย ร้อยละ 52 ผู้หญิง ร้อยละ 48.0 มีอายุมากที่สุด 52 ปี ร้อยละ 16.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.0 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28.0 ประกอบอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,000 บาท ร้อยละ 20.0

1.2) กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 56.0 ผู้ชาย ร้อยละ 44.0 มีอายุมากที่สุด 53 ปี ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.0 มีระดับการศึกษาเป็นปวช./ปวส. มากที่สุด ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาท ร้อยละ 32.0

1.3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันในเรื่องอายุและระดับ การศึกษา นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

###### 2) การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 2 ปี ร้อยละ 28 รองลงมา 3 ปี ร้อยละ 24 มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง ร้อยละ 24 ซึ่งมีความสัมพันธ์คือมารดามากที่สุด ร้อยละ 16

2.2) กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 5 ปี ร้อยละ 32 รองลงมา 3 ปี ร้อยละ 24 ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง ร้อยละ 32 ซึ่งมีความสัมพันธ์คือมารดามากที่สุด ร้อยละ 16

2.3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในลักษณะทั่วไป

### 5.1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบมีผลไม่แตกต่างในด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานยา

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนทดลองของของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ( $p=.767$ ) แต่หลังทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $p=.000$ )

### 5.1.3 ค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1) กลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ( $p=.000$ ) เช่นเดียวกับค่าความดันไดแอสโตลิกในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ( $p=.001$ )

2) กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $p=.044$ ) เช่นเดียวกับค่าความดันไดแอสโตลิกในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่าง ( $p=.572$ )

3) เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตซิสโตลิก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $p=.000$ ) และค่าความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีค่าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $p=.000$ )

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 1** หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ **สมมติฐานการวิจัยข้อ 3** หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษานี้ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลดี อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีของ Kanfer and Gaelick (1991 : Online) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมซึ่งมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลถูกกระตุ้นจากความชอบ หรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติ โดยมีการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคเรื้อรัง เป้าหมายหลักของการจัดการตนเอง ได้แก่

1. ช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาพฤติกรรมด้านความคิด การจัดการกับอารมณ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
3. เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างกลวิธีการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายแต่ละสัปดาห์พร้อมตั้งเป้าหมาย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค ประเมินผลเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมกับเป้าหมายที่วางไว้ และการเสริมแรงตนเอง ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองและวัดความดันโลหิตตลอด 8 สัปดาห์ จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมหลักในการควบคุมความดันโลหิตซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนภรณ์ ศิริเกต, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และพร้อมจิต ห่อนบุญheim (2558 : 299-304) ; สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติदारกุล และปราณี คาจันทร์ (2551 : 539-548) ; ประนอม สังขวรรณ

(2555) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมมารับประทานยาช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ และการให้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (รัตนารณณ์ ศิริเกต, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และพร้อมจิต ห่อนบุญเหิม. 2558 : 299-304)

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 2** หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองขึ้นในด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า กิจกรรมการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาติดตามอาการตามนัด ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการให้เอกสารการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลดีในระดับหนึ่ง และผู้ป่วยเองเข้าใจถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนารณณ์ ศิริเกต, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และพร้อมจิต ห่อนบุญเหิม (2558 : 299-304) ที่พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

**สมมติฐานการวิจัยข้อ 4** หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนระดับความดันโลหิตดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการควบคุมอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูงเพราะระดับความดันโลหิตขึ้นอยู่กับการรับประทานเกลือที่ลดลง (Fernanda, M., Marcela,C., & Michelle,T. (2012 : 1-8) การออกกำลังกายที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ได้แก่ การปั่นจักรยาน การเดินขึ้นลงบันได ซึ่งในโปรแกรมจะมีการประเมินตนเอง มีการกระตุ้นเตือนจากผู้ทำวิจัยให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักในตัวเองที่จะทำตามเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้ การจัดการความเครียดโดยวิธีที่สามารถจะช่วยลดฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิต น้ำหนัก และความเครียดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ มะลิวรรณ สง่าลี (2550) ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เมื่อนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นได้นั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและลดค่าความดันโลหิตให้ลดลง ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การแก้ไขอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ควรมีการสนับสนุนด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาและแนะนำแหล่งความรู้ให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นและให้ครบทุกด้าน

2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะสั้น 8 เดือน ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาว เช่น 12 เดือน เพื่อประเมินผลการคงทนของประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

### บรรณานุกรม

- กรศิรินทร์ เลิศสกุลจินดา. (2554) **ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) นครราชศรีธรรมราช : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555) **สถิติสาธารณสุข ปี 2555 (2551-2555).** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82](http://bps.moph.go.th/new_bps/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82) (13 March 2018)
- \_\_\_\_\_. (2556) **ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2548-2556.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://bpo.ops.moph.go.th/Healthinformation/illin42-48> hton (10 กันยายน 2561)
- \_\_\_\_\_. (2560) **ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2560.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://bpo.ops.moph.go.th/Healthinformation/illin> 42-48 hton (10 กันยายน 2561)
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2560) **สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก.** กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลประชาพัฒน์.
- จันทน์ เปี่ยมน่ม. (2550) **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอศิขณภูมิ จังหวัดจันทบุรี.** วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558) “แนวความคิดการจัดการตนเอง” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 26 (1) หน้า 118-127.
- ชลธิรา กาวไสง. (2555) **ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร ห่วงสุขสกุล. (2555) **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ) อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2552) **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. (2558) **ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2557.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- นิพนธ์พันธ์ สันทรัพย์, จิณวัตร จันทร์ และบุปผา ใจมัน. (2560) “โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : เพลิดเพลินที่ควรตระหนัก” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28 (1) หน้า 100-111.
- นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธเวทย์ และเมตตา คาพิบูลย์. (2553) **ประเด็นสารวันรณรงค์ อัมพาตโลก ปี 2553 (งบประมาณ 2554)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.thaincd.com/document/file/news/anouncement/cerebrovascular\\_disease.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/news/anouncement/cerebrovascular_disease.pdf) (8 ตุลาคม 2561)
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554) **ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัชฌิมากร และอนันต์ มารรัตน์. (2554) “พฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 18 (3) หน้า 160-169.
- ประพนอม สังขวรรณ. (2555) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่नावาง อำเภอแม่อาว จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) พะเยา : มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554) **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพมหานคร : ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554) **การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยาการพิมพ์.
- พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม. (2559) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรรณี ทิพย์ธราดล. (2552) **แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง โรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน**. นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553) **โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ. (2553) “ผลของการฝึกสหะโยคะสมาธิต่อความดันโลหิตต่อการ  
การเต้นของหัวใจและความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” วารสารการพยาบาลและ  
สุขภาพ. 4 (2) หน้า 28-35.
- ภราดร มัณยานนท์. (2550) “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลาพูน” วารสารสาธารณสุข  
ล้านนา. 3 (1) หน้า 32-42.
- รัตนารักษ์ ศิริเกตุ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และพร้อมจิต ห่อนบุญheim (2558) “ผลของโปรแกรม  
การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรค  
หลอดเลือดสมอง” ศรีนครินทร์เวชสาร. 30 (3) หน้า 299-304.
- วีไล พัววีไล. (2550) Hypertension 2004 : Preserve target organs damage from  
hypertension. กรุงเทพมหานคร : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554) การพยาบาลปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ : ศาสตร์และศิลป์  
การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. (2551) ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต  
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ :  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555) อาหารสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง.  
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical  
Nursing Practice Guidelines for Stroke พ.ศ. 2554). นนทบุรี : กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2558) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.  
กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา.
- สภาการพยาบาล. (2552) การรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. [ออนไลน์] แหล่งที่มา :  
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/2626/2007/>  
(3 เมษายน 2561)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ  
ทั่วไป. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%  
202015.pdf](http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf) (10 สิงหาคม 2561)



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2557) **วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day)**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา.
- สำนักงานสาธารณสุข Health Data Center. (2560) **สถิติโรคเรื้อรังกรุงเทพมหานคร**. [ออนไลน์]  
แหล่งที่มา : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).  
(10 กุมภาพันธ์ 2561)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555) **สถิติสาธารณสุข**. [ออนไลน์]  
แหล่งที่มา : [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistic2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf)  
(31 มกราคม 2561)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557) **จำนวนและอัตราตาย 11 โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนน ต่อประชากรแสนคนปี 2550-2556 จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร. 12 เขตและภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://thaincd.com/information-statostoc/non-communicable-disease-data.php> (10 กุมภาพันธ์ 2561)
- สุมาลี วัจนากร, ชุตินา ผาติदारกุล และปราณี คำจันทร์. (2551) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26 (6) หน้า 539-548.
- โสภณ เมฆธน. (2552) **พิชิตอ้วน พิชิตพุง**. นนทบุรี : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- หัตสยาพร มะโน. (2552) **การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาคม อารยาวิชานนท์. (2553) **การตรวจวินิจฉัยโรคระบบประสาท : Approach to Neurological Disorders**. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- American Heart Association. (2005) **Heart Diseases & Disorders**. [Online] Available : [http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier\\_4464](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier_4464). (16 May 2018)
- Beck, C., Polit, S., & Owen, S. (2007) “Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations” **Res Nurs Health**. 30 (4) page 459-467.
- Bertoia, W., Gupta, R. (2011) **Implications of new hypertension guidelines in the United States**. [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768528> (20 August 2018)

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bertoia, W., Roberts & Eaton. (2011) "Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update"  
**A Report From the American Heart Association.** (13) 3 page 38-360.
- Blumenthal, J. A et al. (2000) "Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension : effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning" **Arch Intern Med.** 160 (13) page 1947-1958. [Online] Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&listuids=10888969>. html. (20 August 2018)
- Boger, E., et al. (2015) "Development and psychometric evaluation of a new patient reported outcome measure for stroke self – management : The Southampton Stroke Self - Management Questionnaire (SSSMQ)" **Health and Quality of life outcomes.** 13 (165) page 1-9.
- Burns and Grove. (2003) **The Practice of Nursing Research : appraisal, synthesis and generation of evidence.** 6<sup>th</sup> edn. St. Louis : W. B. Saunders.
- Creer and Holroyd. (2000) "Self-management of chronic illness" In **M. Doekaert (Ed), Handbook of self-regulation.** page 601-629. San Diego, CA : Academic Press.
- Chobanian et al. (2003) **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report.** [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748199> (5 June 2018)
- Clark et al. (1991) **Self-Management of Chronic Disease by Older Adults.** [Online] Available : [https://www.researchgate.net/publication/249623526\\_Self-Management\\_of\\_Chronic\\_Disease\\_by\\_Older\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/249623526_Self-Management_of_Chronic_Disease_by_Older_Adults) in Journal of Aging and Health. (13 March 2018)
- Cohen. (1998) **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale NJ Lawrence Erlbaum Associates.
- Fernanda, M., Marcela, C., & Michelle, T. (2012) "How Can Diet Influence the Risk of Stroke?" **Hindawi International Journal of Hypertension.** page 1-8.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Flossmann, Schulz & Rothwell. (2004) **Heritability of ischemic stroke in relation to age, vascular risk factors, and subtypes of incident stroke in population-based studies.** [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15001788> (13 March 2018)
- Hanchaiphibookkul et al. (2011) **Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand : Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study.** [Online] Available : [https://www.researchgate.net/publication/51145620\\_Prevalence\\_of\\_stroke\\_and\\_stroke\\_risk\\_factors\\_in\\_Thailand\\_Thai\\_Epidemiologic\\_Stroke\\_TES\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/51145620_Prevalence_of_stroke_and_stroke_risk_factors_in_Thailand_Thai_Epidemiologic_Stroke_TES_Study) (13 March 2018)
- Kanfer & Gaelick. (1991) **Self-management.** [Online] Available : [https://www.researchgate.net/publication/232488687\\_Self-management\\_met](https://www.researchgate.net/publication/232488687_Self-management_met) (5 June 2018)
- Lee, L.L., Arthur, A. & Avis, A. (2007) “Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan” **Preventive Medicine.** 44 (2) page 160-166.
- Lorig, K., & Holman, H. (1993) “Arthritis self-management studies” **A twelve-year review Health Education Quarterly.** 20 (1) page 17-28.
- Mancia G et al. (2007) “2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)” **J Hypertens.** 25 (6) page 1105-1187.
- Ministry of Public Health. (2013) **Thailand Demographics Profile.** [Online] Available : [http://www.indexmundi.com/thailand/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/thailand/demographics_profile.html). (20 September 2018)
- Morrison, T., Dorothy, F & Gordon, G. (2014) **Performance-Based Testing in Mild Strokec : Identification of Unmet Opportunity for Occupational Therapy.** 69 (1) page 460–468.
- National Stroke Association. (2016) **State of the nation ; Stroke statistic.** [Online] Available : [https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke\\_statistics\\_2015.pdf](https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke_statistics_2015.pdf) (20 August 2018)

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Pearson, M.A. (2002) **Health Promotion in Nursing Practice**. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey : Practice Hall.
- Rosamond et al. (2007) **A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee**. [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194875> (5 June 2018)
- Roy, B.A. (2009) **Fit and facts from American council on exercise**. [Online] Available : [http://www.acefitness.org/FITFACTS/pdfs/fitfacts/itemid\\_110.pdf](http://www.acefitness.org/FITFACTS/pdfs/fitfacts/itemid_110.pdf). (20 August 2018)
- Stewart, K. J et al. (2006) “Effect of Exercise on Blood Pressure in Older Person” **American Medical Association**. 165 (7) page 756-762.
- Suk et al. (2003) **Abdominal obesity and risk of ischemic stroke : the Northern Manhattan Stroke Study** **Stroke**. [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12775882> (5 June 2018)
- Suwanwela NC. (2014) “Stroke Epidemiology in Thailand” **Journal of Stroke**. 16 (1) page 1-7.
- World Stroke Organization (WSO). (2017) **Campaign Advocacy Brochures**. [Online] Available : [http://www.worldstrokecampaigning.org/images/wsd-2017/brochure-2017/WSD\\_brochure\\_FINAL\\_sponsor\\_.pdf](http://www.worldstrokecampaigning.org/images/wsd-2017/brochure-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf) (16 May 2018)
- World Health organization. (2015) **The atlas of heart disease and stroke**. [Online] Available : [http://www.who.int/cardiovascular\\_disease/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_disease/resources/atlas/en/) (18 November 2018)



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้อันไร้ขีดจำกัด

## เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 26 มีนาคม 2562

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวกัตติกา วังทะพันธ์  
 คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ  
 ประกาศเสตชิ่งกึ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 26 มีนาคม 2562

เลขที่รับรอง

อ.817/2562

วันที่ให้การรับรอง: 26 มีนาคม 2562

วันหมดอายุใบรับรอง: 25 มีนาคม 2564

**ภาคผนวก ข**  
**คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย**

ดิฉันนางสาวกัตติกา วังทะพันธ์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หากท่านเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขออนุญาตพบท่านโดยจะมีการนัดหมายเพื่อร่วมกิจกรรม ดังนี้ (สัปดาห์ที่ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พร้อมมอบคู่มือและแบบบันทึกให้ผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 6) สนทนาภาวะสุขภาพทั่วไป ประเมินผลการจัดการพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้เล่าให้ฟังและจากการบันทึก เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองกับเป้าหมาย กระตุ้นผู้ป่วยค้นหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 8) ขั้นตอนการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง สอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ผู้ป่วยกับผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองกับพฤติกรรมตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา วัดความดันโลหิต และประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

การตอบเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นการสมัครใจ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีอธิบายให้เข้าใจตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย ช่วงหนึ่งช่วงใด หรือต้องการยุติการให้ข้อมูลท่านสามารถกระทำได้ตามที่ตามความสมัครใจโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อความข้างต้นสามารถร้องเรียนได้ที่ศูนย์ร้องเรียนโรงพยาบาลประชาพัฒนา 146 ถนนสุขสวัสดิ์ แขวงบางปะกอก เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร 10140 โทร 02427-9966

ที่สำคัญที่สุดการวิจัยครั้งนี้ จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวกัตติกา วังทะพันธ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ภาคผนวก ค

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์.....

ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวกัตติกา วังทะพันธ์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล  
 เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในการศึกษาเรื่องผลของ  
 โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม  
 ความดันโลหิตไม่ได้ โดยสิ่งที่ได้รับฟังมีดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ขั้นตอนของการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้
5. การสมัครเป็นผู้เข้าร่วม/กลุ่มตัวอย่าง และการถอนตัว

ข้าพเจ้าได้รับฟังแล้วมีความเข้าใจในทุกอย่างที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล และมีความยินยอมในการเข้า  
 ร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยความสมัครใจปราศจากการบังคับจากผู้ใด และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจาก  
 การศึกษาช่วงเวลาใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกด้วยเหตุผลใดก็ตาม

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## ภาคผนวก ง

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม  
รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์ ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ  
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เรื่อง** ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**คำชี้แจง** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบ คือ

1. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (รายบุคคล)
3. คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบ คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

| สำหรับผู้ป่วย                              | สำหรับผู้ป่วย                              |
|--|--|
| ( ) กลุ่มควบคุม คนที่.....                 | ( ) กลุ่มทดลอง คนที่.....                  |
| ก่อน                                       | ก่อน                                       |
| น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร | น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร |
| BMI.....กก./ม <sup>2</sup> BP.....mmHg     | BMI.....กก./ม <sup>2</sup> BP.....mmHg     |
| ออกกำลังกายโดย.....                        | ออกกำลังกายโดย.....                        |
| หลัง                                       | หลัง                                       |
| น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร | น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร |
| BMI.....กก./ม <sup>2</sup> BP.....mmHg     | BMI.....กก./ม <sup>2</sup> BP.....mmHg     |
| ออกกำลังกายโดย.....                        | ออกกำลังกายโดย.....                        |

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ( ) แต่ละข้อ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

- เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
- อายุ.....ปี
- สถานภาพ ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
- ระดับการศึกษา ( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา  
( ) 3. ปวช/ปวส ( ) 4. ปริญญาตรี  
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....
- อาชีพ ( ) 1. ไม่ได้ทำงาน /แม่บ้าน  
( ) 2. ทำงาน ( ) 2.1 เกษตรกร ( ) 2.2 ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย  
( ) 2.3 รับจ้าง ( ) 2.4 รับราชการ  
( ) 2.5 รัฐวิสาหกิจ ( ) 2.6 อื่น ๆ ระบุ.....
- รายได้ ( ) 1. ไม่มีรายได้ ( ) 2. มีรายได้ ระบุ.....บาท/เดือน
- ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระบุ.....เดือน/ปี
- มีญาติพี่น้องสายตรงร่วมบิดาและ/หรือมารดา (ทั้งที่มีชีวิตอยู่และเสียชีวิตแล้ว) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง  
( ) ไม่มี ( ) มี ระบุความสัมพันธ์.....
- ท่านมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยหรือไม่  
( ) 1. ไม่มี  
( ) 2. มี ( ) 2.1 โรคเบาหวาน ( ) 2.2 โรคไขมันในเส้นเลือด  
( ) 2.3 โรคไตเรื้อรัง ( ) 2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย  
 ( ) กลุ่มควบคุม คนที่.....  
 ( ) กลุ่มทดลอง คนที่.....

## 2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองซ้ำมือแต่ละข้อให้เข้าใจ และเลือกเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องข้อความที่ต้องการปฏิบัติพฤติกรรมขวามือ ตามความเป็นจริงของท่านเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 5 – 6 วันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 3 – 4 วันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1 – 2 วันใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น เลย

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง  | ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม |                            |                            |                         |                         |
|---|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
|   | ปฏิบัติเป็นประจำ<br>(5)      | ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่<br>(4) | ปฏิบัติเป็นบางครั้ง<br>(3) | ปฏิบัติน้อยครั้ง<br>(2) | ไม่เคยปฏิบัติเลย<br>(1) |
| <b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>  |                              |                            |                            |                         |                         |
| 1. ท่านงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ผลไม้ดอง อาหารที่ใส่ผงชูรส              |                              |                            |                            |                         |                         |
| 2. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ข้าวกล่องสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว  |                              |                            |                            |                         |                         |
| 3. ท่านเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เพิ่มในอาหารก่อนรับประทานหรือระหว่างรับประทาน  |                              |                            |                            |                         |                         |
| 4. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ผักชนิดต่าง   |                              |                            |                            |                         |                         |
| 5. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เต้าหู้ ถั่ว  |                              |                            |                            |                         |                         |
| 6. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น อาหารที่มีครีมกับเนยมาก ๆ เช่น เค้ก ขนมปังเนยสด |                              |                            |                            |                         |                         |

(ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง  | ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม |                         |                         |                      |                      |
|---|------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
|   | ปฏิบัติเป็นประจำ (5)         | ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4) | ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3) | ปฏิบัติน้อยครั้ง (2) | ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) |
| 7. ทานปรุงอาหาร ด้วยวิธีการ อบ นึ่ง ต้ม   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 8. ทานรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 9. ทานสั่งอาหารหรือรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด ผัด เช่น หมูทอด ไช้ทอด ผัดผัก   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 10. ทานดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 แก้วต่อวัน  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 11. ทานดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่ม ชูกำลัง  |                              |                         |                         |                      |                      |
| <b>ด้านการออกกำลังกาย</b>   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 12. ทานออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การวิ่งช้า ๆ การเต้นแอโรบิคอย่างน้อยต่อเนื่องกันนาน 20 นาที   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 13. ทานประเมินความพร้อมของตนเองก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวด หรือเวียนศีรษะ ไม่อ่อนเพลีย มีไข้ ใจสั่น เป็นต้น                              |                              |                         |                         |                      |                      |
| 14. ทานมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และทำการผ่อนคลายหลังออกกำลังกายเสร็จ 5-10 นาที   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 15. ทานออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 16. ทานออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 17. ในระหว่างออกกำลังกาย และหลังออกกำลังกาย ทานมีการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น |                              |                         |                         |                      |                      |

(ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง  | ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม |                         |                         |                      |                      |
|---|------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
|   | ปฏิบัติเป็นประจำ (5)         | ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4) | ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3) | ปฏิบัติน้อยครั้ง (2) | ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) |
| 18. หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด ท่านหยุดออกกำลังกายทันที หากอาการเหล่านี้ยังไม่ดีขึ้น ท่านจะไปพบแพทย์ |                              |                         |                         |                      |                      |
| 19. หลังออกกำลังกายท่านนั่งพักอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนไปทำกิจกรรมอย่างอื่น  |                              |                         |                         |                      |                      |
| <b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b>   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 20. เมื่อท่านรู้สึก เครียด วิตกกังวล โกรธ หรือ หงุดหงิด ท่านสามารถควบคุมหรือผ่อนคลายได้   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 21. เมื่อท่านเครียดจะผ่อนคลายด้วยการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 22. เมื่อมีความเครียด กังวลใจท่านปรึกษาญาติ หรือผู้ที่ไว้วางใจได้   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 23. ท่านจัดการกับความเครียดโดยการทำให้สงบ เช่น ไปวัด สวดมนต์ ทำสมาธิ  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 24. เมื่อท่านเครียด โกรธ โมโห ท่านใช้วิธีระบายอารมณ์กับผู้อื่นใกล้ชิด   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 25. เมื่อท่านเครียด มักซื้อยาระงับประสาท มารับประทานเอง   |                              |                         |                         |                      |                      |
| <b>ด้านการรับประทานยา</b>   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 26. ท่านรับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 27. ท่านซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง   |                              |                         |                         |                      |                      |
| 28. ท่านนำยาลดความดันโลหิตสูงของผู้อื่นที่เป็นยาความดันโลหิตสูงเหมือนท่านมารับประทาน  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 29. ท่านหยุดรับประทานยาเอง เมื่อรู้สึกว่าตนเองดีขึ้น  |                              |                         |                         |                      |                      |
| 30. ท่านลดหรือเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์  |                              |                         |                         |                      |                      |

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สัปดาห์ที่.....

เป้าหมายของฉัน .....

| ฉันเป็นโรคความดันโลหิตสูง ฉันจะเลือกปฏิบัติ<br>ในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและ<br>การจัดการความเครียด ดังนี้   | ทำได้ | ทำไม่ได้ | ปัญหาอุปสรรค |
|--|-------|----------|--------------|
| <b>การรับประทานยา</b><br>1. รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ  |       |          |              |
| <b>การควบคุมอาหาร</b><br>2. ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น กะปิ ผลไม้ดอง ไส้กรอก<br>ไข่เค็ม อาหารที่ใส่ผงชูรส  |       |          |              |
| 3. ลดการเติมเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ผงชูรส ซอสปรุงรส ซุปก้อน<br>ผลปรุงรส   |       |          |              |
| 4. ลดรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ข้าวกล่อง แกงดูง<br>ขนมขบเคี้ยว  |       |          |              |
| 5. ลดการรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า โจ๊กซอง   |       |          |              |
| 6. เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ผักชนิด<br>ต่าง ๆ   |       |          |              |
| 7. เลือกรับประทาน ปลา เต้าหู้ นมพร่องมันเนยหรือนมไขมันต่ำ  |       |          |              |
| 8. ลดการรับประทานอาหารผัดทอด   |       |          |              |
| 9. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี อบ นึ่ง ต้ม  |       |          |              |
| 10. ลดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและโคเลสเตอรอลสูง และ<br>แป้งน้ำตาล เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หนั๋งไก่ ไข่แดง หมูสามชั้น<br>อาหารทะเล อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ ขนมปัง |       |          |              |
| 11. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  |       |          |              |
| <b>การออกกำลังกาย</b><br>12. เลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม 3 ครั้งต่อสัปดาห์<br>โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที  |       |          |              |
| <b>การจัดการความเครียด</b><br>13. หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ เดินเล่น นอนหลับ<br>ดูละครหรือหนัง   |       |          |              |





แบบบันทึกผลการจัดการตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหรือภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

ชื่อเฝ้าฯ 5 หรือ 6 เมื่อก่อนจะชื่อ.....

| ชนิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีผลกับชีวิตประจำวันหรือการทำงาน การอดนอน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มแอลกอฮอล์ | ทำดี | ทำไม่ได้ | ข้อมูลผู้เฝ้าฯ |
|---|------|----------|----------------|
| 1. รับประทานยาจำนวนและเวลาตามที่แพทย์สั่ง ครบทุกชนิด  |      |          |                |
| 2. งดการรับประทานไขมันอิ่มตัว เช่น กุ้ง ไข่แดง ไข่ทอด ไข่เค็ม อาหารฟาสต์ฟู้ด  |      |          |                |
| 3. งดการดื่มเครื่องดื่ม เช่น น้ำปลา นมรส นมเปรี้ยว นมรสเปรี้ยว นมรสหวาน   |      |          |                |
| 4. งดรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมัน ไข่ทอด   |      |          |                |
| 5. งดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ข้าวทอด กล้วยทอด   |      |          |                |
| 6. งดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ข้าวทอด กล้วยทอด   |      |          |                |
| 7. งดการรับประทาน ปลา เค็ม ผักดอง ผักเค็ม ผักดอง  |      |          |                |
| 8. งดการรับประทานอาหารที่เค็ม   |      |          |                |
| 9. งดการรับประทานเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล   |      |          |                |
| 10. งดรับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูง และมีน้ำตาล เช่น กล้วยทอด ข้าวทอด ไข่ทอด กล้วยทอด ข้าวทอด กล้วยทอด          |      |          |                |
| 11. งดสูบบุหรี่และงดดื่มแอลกอฮอล์   |      |          |                |
| 12. ฝึกออกกำลังกายเป็นประจำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที   |      |          |                |
| 13. งดการรับประทานยาเกินขนาด เช่น ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้แพ้  |      |          |                |

หน้า

**เรื่อง**

- ส่งเขปความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- ส่งเขปความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

**พุดิกรรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้**

- แบบบันทึกพุดิกรรรมการจัดการตนเอง
  - การรับประทานยา
  - การออกกำลังกาย
  - การจัดการกับความเครียด
  - การรับประทานยา

**ชนิดของโรค**  
ความดันโลหิตสูง

**สาเหตุของโรค**  
กรรมพันธุ์ ความเครียด

แบ่งเป็น

- ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 50 โดยทั่วไปมักไม่มีอาการผิดปกติ
- และชนิดที่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 50 สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ

ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่ชัดเจนหรือแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลายอย่าง

**ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญๆ**

4. รับประทานยาและรับการรักษาคัดเนือง

- ต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง ทั้งขนาด จำนวน และช่วงเวลาไม่ลดหรือเพิ่มเอง จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
- พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- แพทย์อาจจะแนะนำให้ตรวจสอบความดันโลหิตเอง ควรจัดไว้และทำไปให้แพทย์ดูในวันนัด
- ถ้ามีโรคอื่นๆร่วมด้วยให้รับประทานยานั้นๆตามแพทย์สั่งเช่นเดียวกัน

เมื่อเจ็บป่วยอื่นๆควรรับการตรวจรักษาจากแพทย์

การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตจาก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้

แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 มีลักษณะของ

ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีผลปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การควบคุม ยาได้ ยาไม่ได้ ปัญหาอุปสรรค

| อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหลับนอน  | ยาได้ | ยาไม่ได้ | ปัญหาอุปสรรค |
|---|-------|----------|--------------|
| 1. รับประทานอาหารจำนวนและเวลาไม่คงที่ ควบคุมยาก   |       |          |              |
| 2. อดการรับประทานอาหารเค็ม เช่น กล้วย ไข่ต้ม ไข่ทอด ไข่จืด อาหารปิ้งย่าง  |       |          |              |
| 3. อดการดื่มเครื่องดื่ม เช่น น้ำปลา ผงชูรส ซอสปรุงรส ซุปก้อน สอปรุงรส   |       |          |              |
| 4. อดรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ข้าวกล่อง แกล้ง ขนมขบเคี้ยว   |       |          |              |
| 5. อดการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ เช่น มาน่า ไข่กข่อง   |       |          |              |
| 6. เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง สับปะรดต่างๆ   |       |          |              |
| 7. เลือกรับประทาน ปลา เต้าหู้ นมพร่องมันเนยหรือนมไร้มัน   |       |          |              |
| 8. อดการรับประทานอาหารเค็มจัด   |       |          |              |
| 9. เลือกรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ อย นิ่ง ส้ม   |       |          |              |
| 10. อดรับประทานเครื่องดื่มที่มีรสหวานและเค็มหรือรสจัด และเบียร์น้ำอัด เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมี่ไก่ ไก่แดง หมูสามชั้น ซากาเคมด อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว กะทิ รมแป๊ะ |       |          |              |
| 11. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์   |       |          |              |
| 12. เลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ตนเองชอบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่าน้อย30 นาที  |       |          |              |
| 13. หากมีอาการความเครียด เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล อดนอน อดหลับ อดตื่น  |       |          |              |

### สังเขปความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

คือ "ภาวะที่ตรวจพบความดันโลหิตอยู่ในระดับมากกว่า 140 /90 มม.ปรอท" แบ่งเป็น

**ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1**

ความดันโลหิตตัวบน 140 – 159 มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง 90 – 99 มม.ปรอท

**ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2**

ความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 160 มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 100 มม.ปรอท

สามารถสังเกตอาการหลัก ๆ ของสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ชาหรืออ่อนแรงใบหน้า ครึ่งซีก มุมปาก ตา หน้าเบี้ยว น้ำลายไหลออกจากมุมปาก
2. ชาหรืออ่อนแรงแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง อย่างจับพาลัน สัญญาณการทรงตัว
3. พูดไม่ชัดพูดไม่ออก สับสน
4. มองเห็นภาพซ้อน
5. ปวดศีรษะรุนแรง

\*\*\*อาการ 5 สัญญาณเตือนดังกล่าว อาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกันก็ได้ แต่อย่างไรหากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ไม่ควรรอดูอาการแต่ควรรีบพบแพทย์โดยด่วน เพราะหากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วจะสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันการณ์ ลดความเสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิตได้

### การรักษา

1. ให้อาหารย่อยลิ้มเลียดภายในเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที นับจากเริ่มมีอาการ
2. ให้อาหารตามเกล็ดเลือด
3. การผ่าตัด

พฤติกรรมมาตรฐานที่ตนเองต้องในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ต้องเริ่มจากการปฏิบัติพฤติกรรมมาตรฐานที่ตนเองเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการปฏิบัติพฤติกรรมมาตรฐานที่ตนเองที่ถูกต้อง คือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติตามที่แพทย์แนะนำ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาตรฐานที่ตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีเป็นการรักษาขั้นแรกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



**การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย**

**1. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภค**



- การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าในขั้นต้นควรลดน้ำหนัก อย่างน้อย 5 กิโลกรัมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน
- การลดปริมาณเกลือในอาหาร เหลือน้อยกว่า 1 ช้อนชาวัน หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป
- ลดปริมาณไขมัน โคเลสเตอรอลสูงและแป้งน้ำตาล เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หนังกุ้ง ไข่แดง หมูสามชั้น อาหารทะเล อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ ชนมนัง เป็นต้น
- ลดปริมาณแอลกอฮอล์ หรือจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ คือสุราไม่เกิน 2 ฝา/วัน, เบียร์ไม่เกิน 1 กระป๋องต่อวัน

การปรับเปลี่ยนอาหารโดยรวม ต้องทำควบคู่กันไป ร่วมกับกรกิน ผัก ผลไม้ เส้นใยอาหารในปริมาณมากและลดไขมันอิ่มตัวด้วย จึงจะเห็นผลได้ชัดเจน

ในรายที่มีภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว อาจมีอาการเตือนเหล่านี้เกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไป หรืออาจเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนจะมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวรทำให้นื้อเยื่อถูกทำลาย สมองหยุดการทำงาน

**ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

- ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- ไขมันในเลือดสูง
- ความอ้วน
- การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
- รับประทานยาที่มีไขมันสูง
- อาหารสำเร็จรูป อาหารรสเค็ม
- การขาดการออกกำลังกาย

**สังเขปความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง**

**2. ออกกำลังกาย**

**ความหมาย โรคหลอดเลือดสมอง**

ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้นื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก

**อาการ**



อาการแสดงต่างๆ จะมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย เช่น ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า และ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใด เดินเซ ทรงตัวลำบาก อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่าง**ฉับพลัน**

การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิค (แบบใช้ออกซิเจน) คือ การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งของกล้ามเนื้อใหญ่ ซึ่งเป็นการใช้ออกซิเจนในการให้พลังงาน จะได้ประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น

การออกกำลังกายควรปฏิบัติทุกวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที หากไม่มีข้อห้ามหลักปฏิบัติในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

1. มีการอุ่นเครื่อง และผ่อนคลายอย่างถูกต้อง อย่างน้อย 5 - 10 นาทีก่อนและหลังออกกำลังกาย
2. พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ
3. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าร่ากายปกติ ถ้ารู้สึกไม่สบายรอให้หายก่อน อย่างน้อย 2 วัน
4. ไม่ควรออกกำลังกายทันทีหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรห่างอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
5. ไม่ใส่เสื้อผ้าที่คับ หรืออึดอัดจนเกินไป
6. ดื่มน้ำให้เพียงพอ
7. ไม่ควรออกกำลังกาย และควรปรึกษาแพทย์ หากมีอาการดังนี้ รู้สึกอึดอัดหรือไม่ปกติบริเวณส่วนบนของร่างกาย อาจจะมีอาการแน่น ปวด เจ็บ ตึง หรือ

จำวกได้มันคีระชะ เวียนคีระชะ เจ็บปวด ตึงตามกล้ามเนื้อ กระตุก ข้อ เหนื่อยเมื่  
หอบ ขณะออกกำลังกาย

**3. การจัดการเครียด**  
คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านหนึ่งประกอบด้วยการลดความถี่ในการเผชิญ  
ความเครียด การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดและการจัดการกับอาการทางกายที่  
มีผลจากความเครียดและบุคคลจะมีการจัดการความเครียดได้ดี การจัดการกับ  
ความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการทำกิจกรรมที่ลดความเครียด เช่นการพักผ่อนให้เพียงพอ  
การจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม การนั่งสมาธิ การเข้าวัดสวดมนต์

**อาการของโรคความดันโลหิตสูง**

ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการที่  
จำเพาะ ชัดเจน แต่อาจมีอาการ  
ปวดศีรษะรุนแรง มักปวดบริเวณ  
ท้ายทอยซึ่งเป็นช่วงเช้า คลื่นไส้  
อาเจียน ใจเต้น เหนื่อยง่าย

**ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง**

โรคความดันโลหิตสูงต้อง  
ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่าง  
ต่อเนื่อง ร่วมกับการมีพฤติกรรม  
การดูแลตนเอง ด้านการ  
รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย  
คลายความเครียด เป้าหมาย  
คือควบคุมระดับความดันโลหิตให้  
อยู่ในระดับปกติของแต่ละคน ตาม  
คำแนะนำของแพทย์ผู้รักษา  
ภาวะแทรกซ้อนในการ  
ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ  
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก  
หัวใจล้มเหลว ไตวาย ประสาทตา  
เสื่อม อัมพาต

แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของศูนย์บริการสุขภาพระดับสูงถึงศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง

วันที่ 3 และ 4 เมษายน 2561

ชื่อ.....

| ชื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเลือกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนอาหาร การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ดังนี้                           | ทำได้ | ทำไม่ได้ | ปัญหาอุปสรรค |
|---|-------|----------|--------------|
| 1. รับประทานอาหารจำวนและเวลาปกติสม่ำเสมอ  |       |          |              |
| 2. ลดการรับประทานอาหารเค็ม เช่น กบป๋อ หมี่ทอด ไก่ทอด ไข่เค็ม อาหารปิ้งย่าง  |       |          |              |
| 3. ลดการดื่มเครื่องดื่ม เช่น น้ำปลา ผงชูรส โซลิต์โปรเฟส ซุปก้อน ผงปรุงรส  |       |          |              |
| 4. ลดรับประทานอาหารจำวนใหญ่ เช่น ข้าวกล้อง กล้วย หน่อหน่อ   |       |          |              |
| 5. ลดการรับประทานอาหารจำวนใหญ่ เช่น กล้วย กล้วย กล้วย   |       |          |              |
| 6. เลือกรับประทานผักผลไม้สด เช่น ข้าวกล้อง ผักโขมสด   |       |          |              |
| 7. เลือกรับประทาน ปลา เต้าหู้ นมพาสเจอร์ไรซ์ไขมันต่ำ  |       |          |              |
| 8. ลดการรับประทานอาหารทอด   |       |          |              |
| 9. เลือกรับประทานผลไม้สด เช่น กล้วย กล้วย   |       |          |              |
| 10. ลดการรับประทานเครื่องดื่มที่มีรสหวานและไขมันสูง และเบียร์ขาว เช่น ข้าวราดหมู ข้าวมันไก่ ผัดเผ็ด ผัดเผ็ด ข้าวราดหมู อาหารที่มีไขมันสูงของกะทิ ขนมปัง |       |          |              |
| 11. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์   |       |          |              |
| 12. เลือกออกกำลังกายเชิงการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที  |       |          |              |
| 13. งดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์   |       |          |              |

## ภาคผนวก ฉ

ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ  
ก่อนและหลังการทดลองจำแนกเป็นรายชื่อ

| พฤติกรรม<br>การดูแลตนเอง                                | กลุ่มทดลอง |        |           |        | กลุ่มเปรียบเทียบ |        |           |         |
|---|------------|--------|-----------|--------|------------------|--------|-----------|---------|
|   | ก่อนทดลอง  |        | หลังทดลอง |        | ก่อนทดลอง        |        | หลังทดลอง |         |
|   | $\bar{X}$  | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.   | $\bar{X}$        | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.    |
| 1. งดหรือหลีกเลี่ยง<br>การรับประทานอาหาร<br>ที่มีรสเค็ม | 2.28       | .79162 | 3.44      | .65064 | 1.72             | .84261 | 1.80      | .70711  |
| 2. รับประทานอาหาร<br>สำเร็จรูป                          | 3.04       | .88882 | 2.20      | .40825 | 3.04             | .78951 | 3.28      | .61373  |
| 3. เติมน้ำปลา ซอส<br>ซีอิ๊ว เพิ่มในอาหาร                | 3.52       | .71414 | 2.32      | .47610 | 3.72             | .67823 | 3.84      | .62450  |
| 4. รับประทานอาหาร<br>ที่มีกากใยสูง                      | 2.52       | .58595 | 3.60      | .50    | 2.92             | .70238 | 2.16      | .80000  |
| 5. รับประทานอาหาร<br>ประเภทเนื้อปลา เต้าหู้<br>ถั่ว     | 2.60       | .64550 | 3.6000    | .50    | 2.96             | .73485 | 2.20      | .86603  |
| 6. รับประทานอาหาร<br>ที่มีไขมันสูง                      | 3.32       | .47610 | 2.3600    | .48990 | 3.20             | .76376 | 3.24      | .77889  |
| 7. ปรงอาหาร ด้วย<br>วิธีการอบ นึ่ง ต้ม                  | 2.80       | .81650 | 3.96      | .61101 | 3.68             | .55678 | 2.96      | .73485  |
| 8. รับประทานอาหาร<br>ทะเล                               | 2.72       | .84261 | 1.96      | .67577 | 2.68             | .74833 | 4.68      | 8.22456 |
| 9. รับประทานอาหาร<br>ที่ปรุงโดยการ ทอด ผัด              | 3.36       | .56862 | 2.20      | .50    | 3.60             | .500   | 3.76      | .72342  |
| 10. ต้มเครื่องดื่มที่มี<br>ส่วนผสมของแอลกอฮอล์          | 2.40       | 1.2583 | 1.6800    | .85245 | 2.12             | 1.0132 | 2.3600    | .86023  |
| 11. ต้มชา กาแฟ<br>หรือเครื่องดื่มชูกำลัง                | 2.84       | 1.4628 | 2.04      | 1.0198 | 4.16             | .80000 | 4.16      | .85049  |
| 12. ออกกำลังกาย<br>อย่างน้อยต่อเนื่อง<br>นาน 20 นาที    | 2.20       | 1.0408 | 3.72      | .79162 | 1.92             | .95394 | 1.64      | .63770  |

(ต่อ)

| พฤติกรรม<br>การดูแลตนเอง   | กลุ่มทดลอง |        |           |        | กลุ่มเปรียบเทียบ |        |           |        |
|--|------------|--------|-----------|--------|------------------|--------|-----------|--------|
|  | ก่อนทดลอง  |        | หลังทดลอง |        | ก่อนทดลอง        |        | หลังทดลอง |        |
|  | $\bar{X}$  | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.   | $\bar{X}$        | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.   |
| 13. ประเมินความพร้อม<br>ของตนเองก่อนออก<br>กำลังกาย  | 2.52       | .8226  | 3.92      | .70238 | 2.52             | 1.1944 | 2.00      | .8165  |
| 14. อบอุ่นร่างกาย<br>ก่อนออกกำลังกายและ<br>ผ่อนคลายหลังออก<br>กำลังกาย                                   | 2.28       | .97980 | 3.48      | .6532  | 2.32             | 1.1804 | 1.60      | .6455  |
| 15. ออกกำลังกาย<br>3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดย<br>แต่ละครั้งนานอย่างน้อย<br>30 นาที                            | 1.88       | .88129 | 3.08      | .90921 | 1.72             | .61373 | 1.52      | .5099  |
| 16. ออกกำลังกาย<br>ก่อนรับประทานอาหาร<br>อย่างน้อย 1 ชั่วโมง<br>หรือหลังรับประทานอาหาร<br>แล้ว 2 ชั่วโมง | 1.84       | .80    | 2.6       | .6455  | 2.44             | 1.1930 | 1.68      | .74833 |
| 17. ระหว่างออก<br>กำลังกายและหลังออก<br>กำลังกาย มีการสังเกต<br>อาการผิดปกติที่อาจ<br>เกิดขึ้นได้        | 2.64       | .81035 | 3.84      | .80    | 2.28             | 1.1733 | 1.96      | .88882 |
| 18. หากพบอาการ<br>ผิดปกติขณะออกกำลัง<br>กาย หยุดออกกำลังกาย  | 2.28       | .93630 | 3.44      | .91652 | 2.24             | 1.0908 | 1.84      | .68799 |
| 19. หลังออกกำลัง<br>กายนั่งพักอย่างน้อย<br>5-10 นาที   | 2.64       | .81035 | 3.84      | .85049 | 2.32             | 1.2151 | 1.96      | .93452 |
| 20. รู้สึก เกรียด วิดก<br>กังวล โกรธหรือหงุดหงิด<br>สามารถควบคุมหรือ<br>ผ่อนคลายได้                      | 3.84       | .55377 | 4.68      | .4761  | 4.24             | .77889 | 3.16      | .7461  |



(ต่อ)

| พฤติกรรม<br>การดูแลตนเอง   | กลุ่มทดลอง |        |           |        | กลุ่มเปรียบเทียบ |        |           |         |
|--|------------|--------|-----------|--------|------------------|--------|-----------|---------|
|  | ก่อนทดลอง  |        | หลังทดลอง |        | ก่อนทดลอง        |        | หลังทดลอง |         |
|  | $\bar{X}$  | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.   | $\bar{X}$        | S.D.   | $\bar{X}$ | S.D.    |
| 21. เมื่อเครียด จะ<br>ผ่อนคลายด้วยการสูบ<br>บุหรี่ และดื่มสุรา           | 2.28       | 1.4866 | 1.76      | 1.01   | 2.28             | 1.3076 | 2.60      | 1.1547  |
| 22. เมื่อเครียด กังวล<br>ใจปรึกษาญาติหรือผู้ที่<br>ไว้วางใจได้           | 3.04       | .61101 | 3.20      | .57735 | 2.84             | .94340 | 2.72      | .73711  |
| 23. จัดการกับความ<br>เครียดโดยการทำให้<br>สงบ                            | 1.76       | .87939 | 2.72      | 1.0214 | 2.32             | 1.2151 | 2.32      | 1.21518 |
| 24. ใช้วิธีระบาย<br>อารมณ์กับผู้ใกล้ชิด                                  | 2.68       | .69041 | 1.96      | .53852 | 2.84             | .9434  | 2.80      | .95743  |
| 25. เมื่อท่านเครียด<br>มักซื้อยาระงับประสาท<br>มารับประทานเอง            | 1.44       | .50662 | 4.92      | .27689 | 1.36             | .48990 | 1.36      | .48990  |
| 26. รับประทานยา<br>ตามจำนวนและเวลาที่<br>แพทย์สั่ง                       | 1.52       | .5099  | 1.68      | .98826 | 1.36             | .4899  | 1.36      | .4899   |
| 27. ซื้อยารักษาโรค<br>ความดันโลหิตสูง<br>รับประทานเอง                    | 1.24       | .59722 | 1.04      | .20    | 4.24             | .52281 | 4.28      | .5416   |
| 28. รับประทานยาลด<br>ความดันโลหิตสูงของ<br>ผู้อื่นที่เหมือนกัน           | 1.04       | .200   | 1.00      | .00    | 1.04             | .200   | 1.04      | .20     |
| 29. หยุดรับประทาน<br>ยาเอง เมื่อรู้สึกวุ่นวาย<br>ดีขึ้น                  | 1.60       | .70711 | 1.00      | .00    | 1.80             | .8165  | 1.80      | .8165   |
| 30. ลดหรือเพิ่มยา<br>รักษาโรคความดันโลหิต<br>สูงเองโดยไม่ปรึกษา<br>แพทย์ | 1.28       | .45826 | 1.00      | .00    | 1.48             | .65320 | 1.52      | .6532   |

